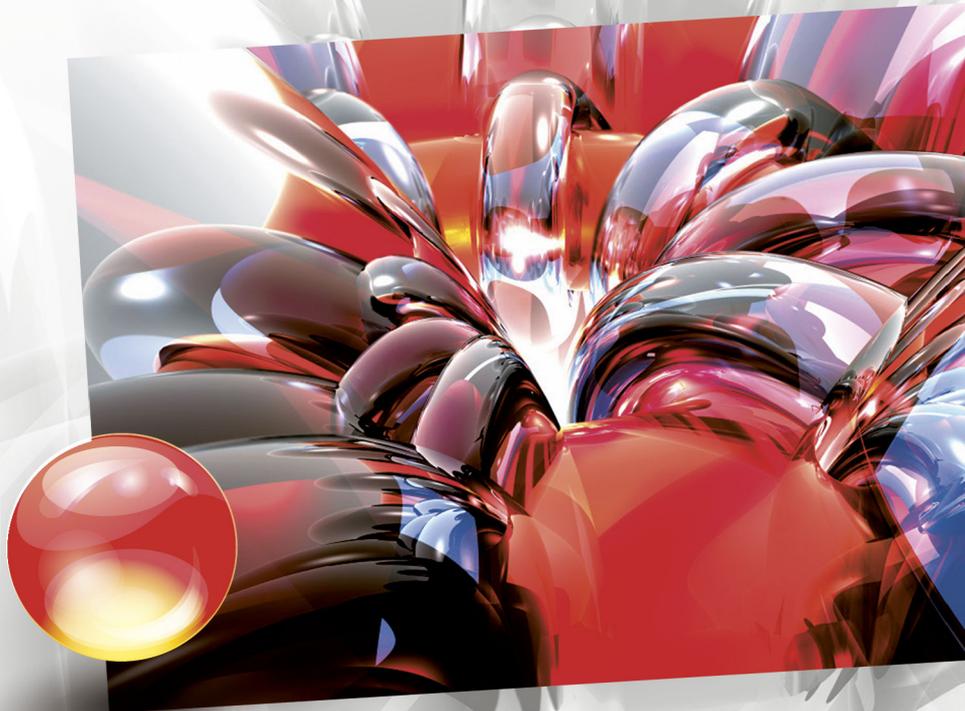




ФГБОУ ВО  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. ПРОФ. В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

# ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Материалы V Международной научно-практической конференции  
(г. Красноярск, 22-23 ноября 2018 года)



КРАСНОЯРСК  
2018

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Материалы V-й Международной  
научно-практической конференции

(г. Красноярск, 22-23 ноября 2018 года)

Под общей редакцией И. О. Логиновой

Красноярск  
2018

**УДК 159.9**  
**ББК 88.46**  
**П86**

**Редакционная коллегия: И. О. Логинова, О. В. Волкова,  
И. О. Кононенко, Е. И. Стоянова, О. В. Петряева, И. А. Шереметова,  
С. В. Грейщак, И. В. Ганюшина**

**П86**      **Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жиз-  
ненный потенциал** : материалы V-й Междунар. науч.-практ. конф.  
(г. Красноярск, 22-23 ноября 2018 г.) / под общ. ред. И. О. Логиновой.  
– Красноярск : Версо, 2018. – 482 с.

**ISBN 978-5-94285-186-6**

Сборник материалов V-й Международной научно-практической кон-  
ференции «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и  
жизненный потенциал» содержит статьи зарубежных и отечественных  
ученых, специалистов в области психологического здоровья, студентов  
психологических факультетов. Представленные материалы посвящены  
актуальным вопросам ценностного отношения к здоровью как жизнен-  
ному ресурсу и жизненному потенциалу человека, прикладным аспек-  
там психологии здоровья.

**УДК 159.9**  
**ББК 88.46**

ISBN 978-5-94285-186-6

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.  
В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава  
России, 2018

# СОДЕРЖАНИЕ

## *Раздел 1.*

### **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ОБЩЕМИРОВЫЕ ТРЕНДЫ**

---

<b>PROFESSIONAL COMPETENCE PECULIARITIES OF TEACHERS HAVING VARIOUS LEVELS OF SOVEREIGNTY</b>	
N.V. Basalaeva, T.V. Kazakova, N.V. Nemchinova .....	12
<b>SPATIO-TEMPORAL CHARACTERISTICS AS LIFE POTENTIAL OF THE PERSONALITY WITHIN MOBILITY CULTURAL DEVELOPMENT</b>	
E.V. Bredun, S. V. Neklyudova .....	20
<b>CREATIVE IMAGINATION AND ITS INTERRELATION WITH ALEXITHYMIA AMONG YOUNGER TEENAGERS</b>	
L. Chernenko, O. Volkova .....	26
<b>THE LEARNED HELPLESSNESS PREVENTIVE PROGRAM AIMED AT CHILDREN OF THE PRESCHOOL AGE</b>	
V. Chupina, O. Volkova .....	33
<b>PSYCHOSEXUAL FEATURES OF YOUNG FEMALES ENGAGED IN WATCHING JAPANESE EROTIC ANIMATION</b>	
E. Fedorenko .....	39
<b>POPULARIZATION OF A HEALTHY LIFESTYLE ON THE EXAMPLE OF COLD AQUATERMAL HARDENING</b>	
T.A. Fisher, S.A. Petrov, M.V. Narushko, Yu.G. Sukhovey, E.L. Dotsenko, I.V. Fisher .....	44
<b>SUPPORTED ACCOMMODATION OF ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AS A PRACTICE OF THEIR HUMAN POTENTIAL DEVELOPMENT</b>	
T.V. Furyaeva, A. N. Markevich .....	52
<b>VALUES AND PERSONAL CONCEPTS OF SUBCULTURES REPRESENTATIVES</b>	
K. Kalinovskaya, P. Nichkova .....	60
<b>XENOPHOBIA IN ADOLESCENTS: RESEARCH INTO THE BASIS FOR PREVENTION</b>	
K.S. Kalinovskaya, E.V. Potapova, T.V. Skutina, E.Y. Fedorenko .....	66
<b>PHYSICAL EDUCATION TEACHERS' PHYSICAL WELL-BEING AS A POTENTIAL FOR THEIR PROFESSIONAL ACTIVITIES</b>	
L. Kardeliene, J. Sucylaite, G. Kavaliauskiene .....	72

<b>INDICATORS OF HEALTHY LIFESTYLE AMONG UNIVERSITY STUDENTS</b> M. Kudryavtsev, I. Kramida, O. Khlyakin.....	79
<b>RELEVANCE OF EMOTIONAL LITERACY IMPROVING AS A FACTOR OF EMOTIONAL INTELLIGENCE DEVELOPMENT</b> A. Kurshakova, O. Volkova .....	85
<b>DEVELOPMENT OF BEHAVIORAL COPING STRATEGIES IN DISABLED PERSONS</b> I. Loginova, T. Kazakova, L. Hramova, O. Lobanova .....	92
<b>PREVENTION OF CRUELTY TO CHILDREN AS A CONDITION FOR THEIR MENTAL HEALTH MAINTENANCE</b> A.K. Lukina, M.A. Volkova .....	101
<b>VALUE-SEMANTIC SELF-DETERMINATION IN PRE-SERVICE SOCIAL TEACHERS AS A CONDITION FOR THEIR MENTAL HEALTH</b> A.K. Lukina, M.A. Volkova .....	106
<b>TO THE PROBLEM OF STUDYING THE BODY IMAGE OF YOUNG FEMALES WITH REPRODUCTIVE HEALTH DISORDERS</b> I.S. Morozova, K.N. Belogay .....	113
<b>EUTHANASIA IN DEMENTIA CAREGIVING: THE PERCEPTIONS OF PATIENTS' RELATIVES</b> E.L. Nikolaev, M.V. Emelianova .....	120
<b>COGNITIVE IMPAIRMENTS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION</b> M.M. Petrova, D.S. Kaskaeva, O.V. Eremina, O.L. Barbarash .....	125
<b>TEACHER'S BEHAVIOUR IN CONFLICT SITUATIONS AS FACTOR OF PSYCHOLOGICAL SAFETY OF THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT WITHIN HIGHER EDUCATION INSTITUTION</b> M.V. Sokolskaya, O.P. Sterligova, A.V. Tkachenko .....	133
<b>ATTITUDE TO ONE'S OWN BODY AS A FACTOR OF PSYCHOLOGICAL HEALTH OF ADOLESCENTS</b> M. Safonova.....	140
<b>QUALITY OF LIFE AND ATTITUDE TOWARDS DISEASE IN PATIENTS WITH BONE TUMORS</b> O.Yu. Shchelkova, E.B. Usmanova, E. A. Sushentsov .....	149
<b>ILLNESS PERCEPTION AND COPYING BEHAVIOR OF ISCHEMIC HEART DISEASE PATIENTS BEFORE CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING</b> A.V. Solodukhin, N. Kukhareva, O.A Trubnikova, O.L. Barbarash, A.V. Seryy, M.S. Yanitskiy.....	157

**MANIFESTATION OF DEEP SYMBOLISM IN DRAWINGS OF CHILDREN AFTER INJURY**

O.V. Sysoeva ..... 166

**THEORITICAL ANALYSIS OF THE CONCEPT “VICTIM” IN PSYCHOLOGY IN THE CONTEXT OF IDEALS OF RATIONALITY**

O.K. Tausinova ..... 172

**LONG-TERM POSTOPERATIVE COGNITIVE DYSFUNCTION PREDICTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING**

O. Trubnikova, I. Tarasova, I. Kukhareva, O. Barbarash ..... 176

**PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF STUDENTS IN VARIOUS EDUCATIONAL TRAJECTORIES**

A. Zakharova, G. Dulina ..... 187

**THE EFFECT OF DIFFERENT PHYSIOTHERAPY METHODS ON SYMPTOMS OF DEPRESSION FOR PATIENTS WITH LUMBAR RADICULOPATHY**

E. Valauskyte, G. Kavaliauskiene, J. Suciylaitė ..... 197

*Раздел 2.*

**ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ**

**ПРОБЛЕМА ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА И ПРОКРАСТИНАЦИИ У СТУДЕНТОВ**

Н.В. Басалаева, И.О. Южакова, В.В. Бурак ..... 202

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

М.И. Вайберг ..... 209

**РЕФЛЕКСИВНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КОМПОНЕНТ СТРУКТУРЫ ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ К ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Л.С. Гавриленко, В. Б. Чупина ..... 213

**ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ВУЗЕ**

А.В. Жарова, А.В. Голева, Г.Н. Гончарова ..... 219

**МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ИХ ЖИЗНИ**

Т.И. Захарова, В. Ю. Зорина, М.А. Лисняк, В.Г. Сухих ..... 225

<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</b>	
Е.В. Зорина, Л.А. Мудрова .....	231
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ</b>	
В.Г. Иванов, Е.Ю. Лазарева .....	235
<b>ПРОЯВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У ПЕДАГОГОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ СУВЕРЕННОСТИ</b>	
Т.В. Казакова, Н.В. Басалаева .....	241
<b>ПРОБЛЕМЫ САМООТНОШЕНИЯ И ВЫБОРА ПРОФЕССИИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ</b>	
С.М. Колкова.....	251
<b>ВЛИЯНИЕ ГАДЖЕТОВ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ</b>	
О.А. Корнилова, Д.А. Кадыграб .....	257
<b>АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ РЕВОЛЮЦИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ И КИБОРГИЗАЦИИ</b>	
М.В. Кочетков .....	264
<b>МОДАЛЬНОСТЬ ДОМИНИРУЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ СТУДЕНТОВ КАК ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ</b>	
О.М. Краснорядцева .....	271
<b>СФОРМИРОВАННОСТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ</b>	
О.Б.Лобанова, Т.А. Бахор .....	277
<b>СОВРЕМЕННЫЕ КОРПОРАТИВНЫЕ ПРАКТИКИ ПО ПОДДЕРЖКЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ</b>	
Ф.С. Лохмачев, Е.А. Данилова .....	286
<b>МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В РАЗВИТИИ НАВЫКОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНТОВ</b>	
М.А. Маргынова .....	292
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ САМОСОЗНАНИЯ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДУ</b>	
О.Р. Машанова, М.В. Кочетков, Е.С. Чебочакова, Я.Н. Акулинина .....	299

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОЙ  
УСТОЙЧИВОСТИ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У СПОРТСМЕНОВ**

Е.С. Набойченко, М.В. Носкова ..... 308

**ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА ЖИЗНЕННЫХ УСТАНОВОК В СИТУАЦИИ  
ТЯЖЕЛОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Н.В. Попенко ..... 314

**АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ОСНОВА ЖИЗНЕННОГО РЕСУРСА**

А.С. Пуликов, И.А. Петров, А.В. Сидоренко ..... 321

**РАЗВИТИЕ МОТИВАЦИИ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ**

А.Р. Рафикова ..... 327

**ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С  
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ  
ПРОХОЖДЕНИИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ  
В РАМКАХ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ КГБУЗ ККПНД № 1**

О.Г. Русанова, А.Ф. Музафарова ..... 332

**ОТНОШЕНИЕ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КУРСАНТОВ  
И СЛУШАТЕЛЕЙ ВУЗА МВД РОССИИ**

Д.Н. Рыбин, Ю.В. Трофимова ..... 338

**ОСОЗНАННОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАЗУМНОСТЬ КАК  
КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГО-  
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
УСПЕШНОСТИ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ**

М.С. Севостьянова, И.О. Логинова ..... 343

**ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ  
ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ**

О.П. Стерлигова, М.В. Сокольская ..... 353

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО  
СОПРОВОЖДЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ  
ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ СНА (НА ПРИМЕРЕ КРАЕВОГО  
ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «УЮТ»)**

Н.В. Тихонова, Н.И. Бондаренко, И.А. Дахнова ..... 360

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ  
РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ СНА**

Н.В. Тихонова, В.А. Кирсанова, Н.И. Бондаренко, И.А. Дахнова ..... 369

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ  
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) И СХОДНЫХ СОСТОЯНИЙ**

Е.А. Черенёва .....374

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СОТРУДНИКОВ  
ПРЕДПРИЯТИЯ «ВОЛГОФАРМ» В СВЕТЕ ТРУДОВЫХ ЦЕННОСТЕЙ  
И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТИМУЛОВ**

Т.В. Черникова, А.К. Балабаева .....383

**ПРОБЛЕМА МОДИФИКАЦИИ МЕТОДОВ КОГНИТИВНО-  
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ К РАЗЛИЧНЫМ ТИПАМ  
НОЗОЛОГИЙ (НА ПРИМЕРЕ ОРГАНИЧЕСКИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ  
РАССТРОЙСТВ)**

Н.В. Шмакова .....391

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА,  
ВЫСШИХ МОЗГОВЫХ ФУНКЦИЙ, ПРОФИЛЯ МЕЖПОЛУШАРНОЙ  
АСИММЕТРИИ И КОМОРБИДНОСТЬ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА  
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Л.С. Эверт, С.А. Бахшиева, Н.Ю. Гришкевич, Н.С. Шибанова, Т.В. Потупчик, Ю.Р.  
Ахмельдинова .....398

*Раздел 3.*

**РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**

---

**ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТИПА  
ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН.**

Р. М. Аббасова, М. А. Лисняк .....407

**ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИИ СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ**

Г.А. Айвазова, Ю.В. Живаева .....413

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С  
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ**

М.В. Алькина, И.О. Кононенко .....418

**ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ  
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ**

М.В. Алькина, И.О. Кононенко, В.В. Хиновкер .....421

**УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ УСЛОВИЯМИ ТРУДА КАК ФАКТОР  
БЛАГОПОЛУЧИЯ СОТРУДНИКОВ ОРГАНИЗАЦИЙ**

А.К. Балабаева .....426

## **ФАНТОМНАЯ БОЛЬ И МЕТОДЫ ЕЕ ОЦЕНКИ**

А.А. Баркова, Н.В. Попенко .....434

## **ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД**

Н. А. Бекетова, Е.И.Стоянова .....441

## **СУБЪЕКТИВНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ВРАЖДЕБНЫМИ УСТАНОВКАМИ В КОНТЕКСТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ**

В.Ю. Бенькова .....446

## **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ И СУБЪЕКТИВНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ ОДИНОЧЕСТВА В ПЕРИОД РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ**

А.О. Быков .....452

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕТОДОВ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ**

В.В. Бутакова, Г.В.Сенченко .....460

## **ОПЫТ ВКЛЮЧЕНИЯ МЕТОДА ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРОЦЕСС КОРРЕКЦИОННОЙ-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ**

В.В. Бутакова, Г.В. Сенченко .....466

## **ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ САМООЦЕНКИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Н.К. Гайлис, Ю.В. Живаева .....473

## **ДИАГНОСТИКА ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ ГИПООПЕКАЕМОМ СТИЛЕ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Т.А. Гуляева, Е.И. Стоянова .....485

## **ВЛИЯНИЕ БОЛЕЗНИ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНОГО МИФА ЛИЧНОСТИ**

А.А. Добрынина, М.А. Чухта.....490

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ПРОБЛЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПСИХОЛОГОВ**

Ю.Н. Желонкина, И.О. Южакова .....494

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СИБЛИНГОВ И ИХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ**

В. А. Керн, В. Б. Чупина.....500

<b>ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ</b>	
В.И. Кондратьева.....	503
<b>ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ АЛЛЕРГИЕЙ ЖИТЕЛЕЙ Г. КРАСНОЯРСКА</b>	
К.А. Краус, А.И. Шевченко.....	506
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТА НА ЭТАПЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ</b>	
А. Куковьякна, Ю.В. Живаева.....	515
<b>СООТНОШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК С УРОВНЕМ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СОТРУДНИКОВ ФСИН</b>	
О.О. Куртанидзе, Ю.В. Живаева.....	524
<b>ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ</b>	
К.В. Лантинова, Н.В. Попенко.....	529
<b>ОСОБЕННОСТИ И КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ</b>	
А.В. Ленючева, В.Б. Чупина .....	533
<b>ОСОБЕННОСТИ И КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ИЗ ПОЛНЫХ И НЕ ПОЛНЫХ СЕМЕЙ</b>	
А.В. Ленючева, В.Б. Чупина .....	545
<b>ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЧНОСТИ</b>	
С.В. Никифорова, Ю.В. Живаева .....	549
<b>МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В ДОУ</b>	
Т.Ю. Павличенко, Ю.В. Живаева.....	555
<b>МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ МОТОРНО-СЕНСОРНЫМИ НЕЙРОПАТИЯМИ</b>	
О.В. Петряева .....	561
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ СТУДЕНТА ПСИХОЛОГА</b>	
Е.О. Плотников, Ю.В. Живаева .....	566

<b>КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ У СОТРУДНИКОВ ОВД НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛА ПОЛИЦИИ МО МВД «ЕМЕЛЬЯНОВСКИЙ»</b>	
Т.А. Савицкая, Е.И. Стоянова .....	572
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</b>	
С.В. Симакова.....	578
<b>ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ</b>	
С.В. Симакова.....	581
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b>	
С.С. Тактаракова .....	583
<b>ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО -СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b>	
С.С. Тактаракова .....	589
<b>ВОЗМОЖНОСТИ АРТ-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОЗАМИ</b>	
К.В. Хохлова, Е.А. Солдатова, М.А. Лисняк .....	597
<b>ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД</b>	
А.В. Чубар, Е.И. Стоянова .....	603
<b>ФИЗИЧЕСКИЙ ПЕРФЕКЦИОНИЗМ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЙ</b>	
И.О. Южакова, Ю.Н. Желонкина .....	608

## **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ОБЩЕМИРОВЫЕ ТРЕНДЫ**

---

УДК 159.9.07

### **PROFESSIONAL COMPETENCE PECULIARITIES OF TEACHERS HAVING VARIOUS LEVELS OF SOVEREIGNTY**

**N.V. Basalaeva, T.V. Kazakova, N.V. Nemchinova**

*Siberian Federal University, Lesosibirsk, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** The article deals with sovereignty, which is one of teachers' professional competence characteristics. We show that the main manifestations of sovereignty in teachers' professional activity are professional thinking, professional stability, and pedagogical interaction.

**Keywords:** professional competence, sovereignty, professional thinking, pedagogical interaction, professional sustainability.

**Relevance.** In the national psycho-pedagogical science over the past decades, the number of studies on the problem of competence and its characteristics has increased significantly; however, insufficient attention is paid to the psychological characteristics of the teachers' professional competence.

**Problem Statement.** Having analyzed the literature (V.A. Adolf, A.K. Markova, L.M. Mitin, V.D. Shadrikov, etc.), we formulated the following definition: pedagogical professional competence is a combination of personal and activity characteristics (competences), providing effective professional interaction and pedagogical tasks successful solution. L.N. Kulikova indicates that a set of professionally significant personal qualities, teacher's personal potential is of the decisive importance in the professional competence development (Kulikova, 2005). Therefore, in our opinion, the most important is an appeal to the teacher's personality, more precisely, personal characteristics determining his personal and professional development. One of these characteristics is sovereignty as an integral personal quality that facilitates the regulation and development of equal interaction within the personal responsibility limits. The category of sovereignty in the modern science has appeared recently, but it is being developed actively in philosophy, sociology, political science, jurisprudence, cultural studies, literary criticism, and psychology. Most often this concept is used in constitutional law and legislation where it is considered as a synonym for sovereignty and presupposes

the sovereign rights possession. In this context, a sovereign personality is understood as a legal person who understands and respects the law and has the necessary legal culture minimum.

Before analyzing sovereignty as a characteristic of the teacher's professional competence, we should define the concept's content.

Although sovereignty has not yet become a full-fledged concept fixed in scientific terminology and dictionaries several directions in this phenomenon study have appeared in psychological studies. These include: the sovereignty study in humanistic psychology (A. Maslow, K. Rogers, G. Allport, V. Frankl et al.), in the context of psychological health and psychological security (M.V. Gorodilina, A.V. Klochko et al.), the subject-environment approach and the sovereignty of the psychological space (S.K. Nartova-Bochaver, N.A. Kondratova et al.), sovereignty in the system-anthropological psychology (V.E. Klochko, O.M. Krasnoryadseva, A.V. Klochko et al.), and ontogenetic process and mechanisms for the emergence of sovereignty (Yu.V. Trofimova, O.Yu. Grogoleva et al.). The most significant contribution to the development of the ideas about the sovereignty phenomenon essence was made by S.K. Nartova-Bochaver. She considers this phenomenon in the context of the subject-environment approach as a characteristic of the psychological space boundaries (Nartova-Bochaver, 2005; 2008).

S.K. Nartova-Bochaver distinguishes the following dimensions of psychological sovereignty:

1. Physical body sovereignty as an experience of one's own corporeality (eating behavior, sex, comfort posture, and clothing comfort);
2. Territory sovereignty as a consequence of existence among other people (territoriality of the physical space boundaries, status in the group, and social contacts);
3. Things sovereignty as creating and experiencing one's own identity through material objects (clothing, household items, money, and etc.);
4. Habits sovereignty (temporal regime) as a form of one's own being temporary organisation;
5. Social ties sovereignty as an experience of psychological intimacy;
6. Tastes and values sovereignty provides existential confidence (freedom, meaningfulness, and the value of being).

According to the author, these measurements reflect the physical, social and spiritual aspects of human existence and develop in ontogenesis through the appearance of new dimensions, the transfer of their boundaries and their filling with different contents in accordance with the experience and challenges of growing up (Nartova-Bochaver, 2008).

Thus, based on theoretical sources, we define sovereignty as the person's ability and the ability to act independently (independence of external and internal circumstances, and behavior), which allows him to build his own value-semantic life trajectory.

Sovereignty as a professionally competent teacher characteristic can be manifested in his professional thinking, in the stability of professional positions and attitudes, and in the type of psychological and pedagogical interaction with other participants in the educational process.

Professional thinking is understood as a set of characteristics that are important for the productivity and purposefulness of the pedagogical activity performance. As a part of our research, we focus on the professional thinking definition in the system anthropological psychology. V.E. Klochko considers professional thinking to be responsible not only for reflection and learning, but, more importantly, for the generation of a new, increasingly complicated reality. O.M. Krasnoryadseva examines professional thinking as a psychological phenomenon, generated by a set of determinants that originate in the very content of real activity, in the person acting here and now, and in the objective reality in which the real activity is being carried out (Krasnoryadseva, 1998). In this understanding, the thinking main quality is its involvement in a human existence particular moment as a possible means of realizing a way of life (what V.E. Klochko previously called the “transfer” of the subjective to the objective), and, consequently, thinking is a product and mechanism of this reality generation. In the authors’ opinion, the sovereignty is responsible for the order and quality of the reality created by the free choice and “screening out” superfluous. Professional thinking is responsible for the possibility of “inscribing” information and generating subjective representations in accordance with the established meanings and values system. The writing process presupposes some sensitivity and openness of contact with reality which, in our research context, allows us to speak about the teachers’ sovereignty manifestation. O.K. Tikhomirov noted that “thinking activity is always not only personal but also individually unique. Individual features are manifested in the opportunity to see the problem situation, in the task formulation, in particularities of the problem conditions analysis and their usage, in the relationship between the conscious and unconscious, in the character of the search emotional regulation, and in the tactics to goal-setting” (Tikhomirov, 1984). The solution to the problem is formed indirectly, refracting through the way of seeing the problem, and sovereignty is responsible for the formation of a holistic, internally coherent representation. O.M. Krasnoryadseva believes that while solving professional problems, one can analyze cogitative activity as a product of professional activity in its conditioning of professional mentality and at the same time as a means of its expansion, development, and systematization. Thus, O.M. Krasnoryadseva’s research (Krasnoryadseva, 1998, 2005) demonstrates the different forms of the pedagogical task adoption and transformation. Some educators perceive the proposed task as a parallel to an existing problem that does not “tie in” with their ideas. Other teachers tried to penetrate into the semantic content of the task, but they did not find the opportunity to search for its solutions, thereby showing the inability to put

their own specific goals guiding the thinking activity. Only a small group of teachers accepted the task, breaking away from the situation, and tried to find solutions to the problem by combining its meaning with the value-semantic reference points of its professional activity. In such “docking”, sovereignty is revealed as an “expansion” of oneself in the area, when, by “building up” dimensions of sovereignty, the environment becomes accessible to the teacher.

Appealing to the spatial characteristics of the teachers’ sovereignty, we note that a uniform and harmonious “buildup” of sovereignty measures a stable space, whereas during critical situations, stability is destroyed, manifested in the impossibility of control, experiencing the danger of invasion and lack of trust. A sovereign person has a stable life position that is able to control the life circumstances, on the one hand, and, on the other hand, the stability of the person’s ideas about himself and his image of the world makes him more secure, protected, and internally ordered, and therefore sovereign.

The research made by I.O. Loginova argues that the stability of the human life world allows us to maintain the integrity of the “man-world” system, ensuring the transition of the possibility into reality and the preservation of the person’s identity in his life activity conditions. As a rule, people who have survived the crisis situations or who are in a crisis situation have crisis life conditions. Their life is fragmented into excerpts that represent a life mosaic rather than a drama, as it (life) is deprived of inner self-identity (Loginova, 2012). Describing the stability in professional pedagogical activity, some researchers define it as a unity of the teachers’ attributes and qualities, which allows them to perform their professional activities confidently and independently in various emotional conditions. The stability of the teacher is realized through professional installations that provide the ability to respond to the situation and external objects on the basis of past experience. In this case, sovereignty manifests itself in the law and the possibility of choice – the choice of the activity form, the type of interaction, and the problem-solving method. In this regard, we note that professional stability as a proportionality of professional stability and variability is the characteristic of the competent teacher’s responsibility for the rapid orientation in educational innovations and solving everyday pedagogical tasks, finding optimal solutions in complex educational situations, and the formation of personal and professional positions.

The severity of sovereignty measurements is manifested in the features of sustainability, the nature of which was described in details by I.O. Loginova (Loginova, 2012). Thus, normative sovereignty is expressed in the stability of a constructive type reflected in the active development of vital coordinates, the “build-up” of new formations, high stability, and the ability to resolve contradictions. In addition, in the stability of the constructive type, personalization is realized as one of the sovereignty mechanisms; and identification, continuity, and a sense of permanence become possible.

In professional pedagogical activity, constructive stability implies the construction of a strategy for the release of domestic resources which helps to resist the environment and defend the professional position. The teacher optimally combines the present and the future constructing his professional space in accordance with his value orientations; and the arising contradictions and difficulties are considered as an incentive for “going beyond oneself.”

In general, characterizing sustainability as the manifestation of the teachers’ sovereignty and professional competence, it is worth noting that the defining indicators are the stability of value-semantic, personal and professional attitudes, the ability of self-organization, finding and choosing the best way to solve a professional problem, and the possibility of self-realization.

Sovereignty which indicators are a synergistic attitude to life, the desire for privacy, high productivity, and psychological well-being is manifested in the peculiarities of the teacher’s interaction with other participants in the educational process. The concept “interaction” is basic for a number of sciences, both humanitarian and natural ones. Interaction in its post-nonclassical understanding presupposes the generation of systemic suprasensory neoplasms that promote the self-organization of a man as a system (Klochko, 2005). Pedagogical interaction is aimed at organizing “the act of meeting a child with culture, making some selected elements of culture appropriate to the child, i.e. able to fit into his life and world value-semantic coordinates to become personally significant for him and to find his place in it” (Klochko, 2005). In this case, according to V.E. Klochko, it is the teacher who is responsible for ensuring that in the interaction with culture, the child’s world acquires new dimensions, is expanded, and streamlined.

In our study, the most interesting is the characterization of pedagogical interaction based on the functional characteristics of teachers (translator, facilitator, and mediator) in which the properties of sovereignty manifest themselves. Low level of sovereignty often leads to rigid teacher’s behavior existing in dichotomy “correctly-wrong”, “yes-no”, and “good-bad”. In this case, the teacher either “merges” with the surrounding reality without the resources to maintain his own uniqueness or by generating and personalizing his system of attitudes, suppresses or destroys everything that exists. Thus, depersonalization as a violated sovereignty is realized in the behavior of the teacher, for whom there is no sense of the subject, since all subject qualities existed before and without the person. If the function of the translator fails in the subject-subject paradigm in education, priority is given to the functions of the facilitator and the mediator. In modern conditions, the teacher does not have to be only a “translator” of the socio-cultural experience; he needs to rise to the level of a “facilitator” who facilitates the child “creating an image of the world in himself”, as the reality in which he can fully realize his inner capabilities. The teacher-facilitator “provokes” the independence and responsible freedom of students and not only when they are setting educational goals, but when they

are evaluating the results of academic work. In addition, he creates favorable conditions for independent and meaningful teaching, stimulates cognitive motives, and encourages manifestations of solidarity and cooperation. The principle of facilitation is focused on the future; to teach working not on a template, but carrying out an independent search for knowledge. Sovereignty implemented in this way contributes not only to successful adaptation, but also creates confidence and security in the environment.

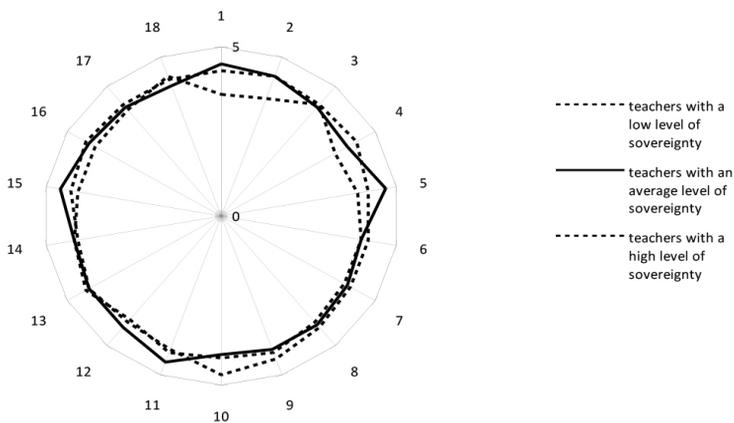
Actually, sovereignty manifests itself in the ability for the culture mediation, its values and meanings which are more suitable for a teacher-mediator. He does not contribute and does not facilitate the passage of the path; he firstly leads to this world while simultaneously teaching for self-passing. All this becomes possible with independent thinking where individual subjective meanings of objects are not born but a certain filtration system is created (Vygotsky's "sieve straining the world", V.E. Klochko's "light cone") for the correspondence of culture to the child. Specificity of pedagogical goal-setting among sovereign teachers is its origin at the "intersection of subjective realities" (Klochko, 2005) solely with the harmonization of the value-semantic coordinates of all participants in the educational process.

**Materials and Methods.** We empirically investigated the professional competence of teachers with different sovereignty levels. The total sample size of the study comprised 279 persons aged from 23 to 61 years. The study involved teachers of secondary general education institutions based in Yeniseysk, Lesosibirsk, Zelenogorsk and the Yenisei Region of the Krasnoyarsk Territory. To obtain the diagnostic data, we applied the following methods: the questionnaire of the sovereignty of the psychological space (SPS) by S.K. Nartova-Bochaver and method of peer review (expert list of teachers' professional competence assessment by V.D. Shadrikov).

**Results of the Study.** Teachers with a low level of sovereignty (a total of 58 persons, 20.79%) differ in all indicators from respondents from other groups, their overall level of sovereignty is significantly lower (especially on the scales of physical body sovereignty and sovereign values) which is expressed in the experience of discomfort and disrupted self-acceptance, distrust of peace, difficulties in establishing trust, and personal bondage. Examinees with an average level of sovereignty (a total of 179 persons, 64.16%) demonstrate normative indicators on all sovereignty scales which are manifested in the experience of security, respect for personal property, and adoption of a temporary organization form. Teachers of the third group (a total of 42 persons, 15.05%) which includes respondents with a high level of sovereignty demonstrate high values of the social connects sovereignty and the sovereignty of values which indicates the acceptance of personal responsibility for relations with people, the presence of a reference group and criticality.

In general, analyzing the profiles of professional competence, we note the following: teachers with a low level of sovereignty show the lowest

competency indicators, especially those which are related to the competence of personal characteristics and competence in setting goals and objectives of pedagogical activity. This fact indicates a reduced personal and professional effectiveness, inadaptation in the professional sphere, and difficulties in making independent decisions in the situation of choice. The teachers with a high level of sovereignty are distinguished by their strong competence in the field of motivating learning activities and by their competence in providing an information basis for their activities. Such teachers possess competence in the organization of training activities which manifests itself in their desire to control and manage. They do not understand the control as a means for possible development, but perceive it as an end in itself; they see their professional mission in the regulation of interaction between students in the educational process. The teachers with an average level of sovereignty in contrast to the other two subgroups demonstrate clearly expressed competence of personal qualities, competence in setting goals and objectives of pedagogical activity, as well as the competence in developing a program of activities and making pedagogical decisions which can be seen in productive professional activity and professional dynamism.



**Figure 1.** Profiles showing professional competence of the teachers with different levels of sovereignty

Legend:

1. Empathy and socio-reflection
2. Self-organisation
3. General culture
4. Ability to set goals and objectives under the age and individual characteristics of students

5. Ability to translate the theme of the lesson into a pedagogical task
6. Ability to involve students in the process of formulating goals and objectives
7. Ability to create situations that ensure success in learning activities
8. Ability to create conditions for ensuring positive motivation for students
9. Ability to create conditions for student self-motivation
10. Competence in teaching methods
11. Competence in the teaching subject
12. Competence in the subjective conditions of activity
13. Ability to select and implement an educational programme
14. Ability to develop own programme, methodological and didactic materials
15. Ability to make decisions in pedagogical situations
16. Ability to establish subject-subject relations
17. Ability to organize the learning activity for students
18. Ability to implement pedagogical evaluation

Having analyzed the results, we characterize them as follows: teachers with a low level of sovereignty are diligent, willing to oblige but not always confident in their professional capabilities and skills. They are afraid of responsibility, avoid professional risks (for example, using a new method or means of training), and are burdened by the pressure of others. It is difficult for them to make a decision in the situation of choice. Teachers with an average level of sovereignty try to act and think independently, do not expect to receive results at once, tend to reflect and intuitively behave in uncertain situations. Educators with a high level of sovereignty tend to demonstrate their professional competence and consistency, conviction in the correctness of their professional decisions, and high responsibility in professionally successful situations, while they are fairly pragmatic and cold-blooded.

**Conclusion.** The differences in the professional competence profiles of teachers with different levels of sovereignty were empirically proven: examinees with a low level of sovereignty are not sufficiently competent with respect to personal competencies (empathy, reflection, and self-organization) and experience difficulties in organizing the educational process. However, the competence in the organization and control of educational activities is maximally expressed among the educators with a high level of sovereignty. Teachers with an average level of sovereignty demonstrate the competence of personal qualities, as well as in setting goals and objectives of pedagogical activity.

### References

1. Klochko V.E. Self-organisation in psychological systems: problems of the formation of the mental space of the individual (introduction to transsexual analysis). Tomsk: Tomsk State University, 2005. 174 p. (in Russian)
2. Krasnoryadseva O.M. Actual problems of psychological support of educational projects // Siberian Psychological Journal. 2005. № 22. P. 129-134. (in Russian)

3. Krasnoryadseva O.M. Peculiarities of professional thinking in the conditions of psychodiagnostic activity. Barnaul : Barnaul state pedagogical University, 1998. 113 p. (in Russian)
4. Kulikova L.N. Professional competence of instructors-methodologists as a condition of quality of process of vocational training of students // Siberian Pedagogical Journal. 2005. № 4. P. 14-22. (in Russian)
5. Loginova I.O. Investigation of the stability of the person's life world: methodology and psychometric characteristics // Psychological science and education. 2012. № 3. P. 18-28. (in Russian)
6. Nartova-Bochaver S.K. Psychological sovereignty of the individual: genesis and manifestations : thesis ... doctor of psychology. M., 2005. 431 p. (in Russian)
7. Nartova-Bochaver S.K. The sovereign man: the psychological study of the subject in his being. St. Petersburg : Peter, 2008. 400 p. (in Russian)
8. Tikhomirov O.K. Psychology of thinking. Moscow: Publishing House of the Moscow University, 1984. 272 p. (in Russian)
9. Cherkasova I.I. Characteristics of panoramic-pedagogical thinking as the basic professional competence of the teacher // Vestnik TSPU. 2010. № 1. P. 105-108. (in Russian)

УДК 159.99

## SPATIO-TEMPORAL CHARACTERISTICS AS LIFE POTENTIAL OF THE PERSONALITY WITHIN MOBILITY CULTURAL DEVELOPMENT

**E.V. Bredun, S. V. Neklyudova**

*National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia*

**Abstract.** In this paper, we consider the spatial-temporal characteristics of mobile identity in the context of globalization. Mobility is viewed as a systemic quality of a self-organizing personality open to changing and transforming reality.

**Keywords:** time, mobility and identity, nomadism, space, self-organization, temporality, chronotope, couch surfing

**Relevance.** Nowadays, the process of expanding scientific, economic, cultural, and political spheres is growing ever faster, progress in these areas leads to an increase in information, time, and spatial streams. Such growth of changes in fast-flowing time leads to an expansion of opportunities for personal development and the improvement of society. The process of globalization leads to the formation of a new global society. To be included in the ongoing events, modern people must have a certain level of mobility correlating the time to the speed of the changes. In psychological sense, such changes lead to the reduction of distances between the countries and the cities, and they become

more available and open. Many people blur boundaries in their professional, educational, and daily life and become involved in trips or traveling around the world. Since the issue of migration is particularly acute today, the problems of mobile personality become relevant for modern psychological knowledge. As an integral factor in the expansion of the space-time domain, mobility is of scientific interest to psychologists. Also, mobility can serve as a catalyst for the development of personal qualities such as sensitivity to novelty and ability to implement practical ideas and solutions, stimulate recreational situation and the development of autonomy and equality in a non-linear society. The development of human ability to structure such activities is impossible without knowledge of the time psychological characteristics, specifics of time perception, and the role of time in life processes and personal life implementation.

**Problem Statement.** Problems of modern psychology should be aimed at identifying social and psychological factors that help the person to adapt in an expanding space-time continuum. Such an approach will make it possible to study the mobility of a person in the temporal space of an individual's life. Adaptation to the time acceleration and the space expansion are sources for the human potential development, empowerment activities, and self-realization. The problem of organizing time and space is a key issue in the modern society globalization.

Modern psychology changes the subject, in which the central place is occupied by a person. Study of the psychology of time in the present is caused by the formation of the postnonclassical paradigm that represents a person as an open system. The researchers V. E. Klochko, E. V. Galazhinsky, A. G. Asmolov, V. I. Slobodchikov, and etc. deal with the matter. Postnonclassical paradigm offers transsperspective analysis, which is a development direction of self-organizing systems organizing themselves in space and time. In transsperspective analysis of "new growth" appearing in the present time, they also define the image of not only the future, but also the past. Thus, the study of time becomes a new milestone in the knowledge of person as an open self-organizing system. According to this approach, the phenomena occurring in an open system become parameters of its order.

The system is transformed in interaction with external factors, which become internal, allowing to order external and internal elements of the environment. In self-developing systems, time also becomes a factor that realizes the self-development of modern person and his constant desire to translate the opportunity into reality in the processes of world transformation. The main subject of the study is the changing world of person, his chronotopical, and temporal characteristics. Transtemporality is understood as a condition of timeliness, holistic duration, formation, and readiness to put in order the present. As time pervades all components of mental organization and capacity, the development of the human activity potential has a temporal

structure. Ability to master time is the source of its expansion, filling with meanings, events, and goals. Therefore, the study of the person as an open self-organizing and self-developing system through systemic understanding the features of spatial-temporal organization is of particular importance. The person, and the space, and the time generated by him are considered in unity, the human psyche is continuous, and it is aimed at transforming the surrounding impersonal environment into the space of a person's vital activity which includes the meanings and values of the person.

Many studies emphasize that the temporal structure determines our perception of the world. External, objective, and internal, subjective time, form the life continuum of the individual in which the characteristics of the course of all life processes are included. The time of the individual is a special space-time continuum, with the inherent rate of development which develops the individual potential. In the studies of O. M. Krasnoryadtseva, the thinking plays a role in revealing the contradictions between the world and ideas about this world and mediates reorganization processes that ensure the balance and self-development of a person. The mentality is connected with reflection and subjective processing of the spatio-temporal relations. The result is a streamlining of the psychological structures in human existence. The person lives during a certain period of time and belongs to this time.

Time is a determinant of human behavior in the development of one's own potential. The culture of nomadism is an important direction actively developing within the framework of modern globalization. The modern nomadism is free movement of a person and his or her products of life, unlike national and territorial restrictions. The mobility of the modern person who wants to participate in the expansion of the spatio-temporal boundaries of one's own life constitutes a new strategy of being. The development of space which is presented to modern society can be realized only through displacement, real or virtual. Analysis of studies allows us to define the personal mobility as a personal quality based on individual properties (activity, plasticity, flexibility, adaptability, and high energy resource) and manifested in the behavior and subject activity in the form of purposefulness, independence, openness to new experience, creativity, motivation to self-development, and decision-making speed. Mobility can be a very popular characteristic of a modern person. The development of new spaces of being and the transition from one social stage to another increasingly subject to the mobile identity.

According to the research by T. Yu. Artyukhova, a mobile personality is an open psychological system that possesses changing personal characteristics and that ensure a change in the personality structure according to the situation requirement without destructive changes. Change is made possible through the system organization of personality. She singled out such mobile personality characteristics as activity, plasticity, and openness. These qualities allow preserving the integrity of the individual under changing

conditions in the development of space-time. Activity is the ability to change reality, people and themselves in the process of transforming the conditions of their life activity and it is an inherent characteristic of the human life. Self-organization is the creation of a new lifestyle which involves transformation of one's own world, considering varying external conditions, and making them part of one's own space. Plasticity provides variability of higher behavior forms based on the circumstances and the variability in personality patterns allowing the person to adapt easily to the social space. Openness, in turn, makes a person rather sensitive to the social reality. Such a person creates new behavior patterns or modifies existing ones. This allows him to interact more effectively with the environment constantly changing and updating the relationships. From this point of view, the mobile personality is a healthy personality striving to develop his life potential. Adapting in the public space due to the openness, plasticity, activity, and awareness of all these processes, a person self-organizes himself in space and time, as the system, thereby manifests himself as a mobile person.

British researcher Tim Cresswell offers to consider mobility in the context of semantic fields, discourses of power, representation and social identities. The discourse of mobility is used to characterize the plastic mobility in new realities, and for conceptual comprehension of life-value orientations that cultivate mobility as a condition for socialization in modern society and the information-communicative revolution. Mobility fulfills the function of programming aimed at developing the individual's ability to overcome barriers (spatial, temporal, cultural, ideological, informational, and etc.) by developing qualities that produce a certain degree of mobility and developing mobile-oriented competencies. Although mobility is a historically significant phenomenon, nowadays, movements are carried out in different ways, and in a more dynamic and complex form. Changes in tourism associated with the development of modern technology: the emergence of the Internet, changes in the transport sector, and on the other hand, with changes in the nature of tourism and the behavior of tourists have led to the emergence of new forms of tourist practices and ways to travel. Such interest in the development of mobility leads to the development of resources that allow expanding the space-time boundaries. Advances in network technologies also give a new opportunity for unity not only between friends, but between strangers.

One of such new phenomena has become virtual guest network. For example, Internet service "Couch surfing" is not just a free alternative to living in a hotel or hostel, but it also provides an opportunity to get acquainted with local customs, culture and everyday life of local residents. Thus, the experience gained in mastering a new space is quite unpredictable, what the traveler will see and what experience he will get, most often depends on the people at whom he stopped to spend the night.

Engaging in a communicative relationship, the person gets the opportunity to be in a new space of being that I. Goffman calls “behind the scenes”. In this case it relates to the house or apartment of local residents. On the other hand, he is not always a tourist. Any user of the system can get full and unhindered access to “behind the scenes”.

In this case “Couch”, as a common material object, serves only as an advantage of the catalyst and stimulator for the experience exchange in the “Couch Surfing” project. These benefits are characterised as “empirical capital”, in the sense that they represent the unity domain of the individuality of meanings, skills, and cultural learning that can be collected and have a constant value for a person. As a result of this experience exchange, four types of empirical capital such as an increase in self-esteem, cognition, and an inner feeling of warmth from helping others, and self-identification arise. This “empirical capital” consumption leads to the subject expansion of the space and time, and as a consequence, promotes his life potential development. Inclusion of human rights into spatial and temporal types of modern reality is carried out through the development of personal space-time continuum. The extension of the person spatial-temporal environment becomes more noticeable when the person is included in the extension of communicative activities. With a communicative impact, people tend to develop a common sense of their activity (Leontiev, 1974), while they can influence each other in understanding the spatial-temporal fields and the extension of the life-world.

The human’s life world is a field that includes all the connections and resources that are significant for a person, while the person is considered in unity with it; he represents a special spatio-temporal organization of self-realization and development of his life potential. The combination of space-time components is unique for each person and represents a special chronotope. The formation and deployment of the chronotope occurs in the context of a specific culture in which the person is. According to V.P. Zinchenko, chronotope combines the space-time characteristics limited bodily and is connected with unlimited space and time. E. V. Nekrasov describes the chronotope as dynamic, active, and developing in time value-semantic space. Expanding, the chronotope allows you to purchase new media psychological characteristics.

Speaking of cultural globalization which includes representatives of the mobile society we should mention about a particular chronotope. The period of time which may differ significantly from the astronomical one which includes the particular values, norms, and people, pushes the boundaries of its chronotope due to the process of development of new space-time areas including both physical and particular cultural parameters.

O. Rusakova emphasizes the rootedness of the chronotope concept in the modern discourse of mobility and the modern studies of communication,

information, and mobility caused by the development of objective-spatial and virtual communication which in turn generates the special kind of communicative network chronotope. In her trilogy “Information Age: Economy, Society, and Culture”, M. Castells analyses such chronotope. The author believes that the maximum inclusion of the masses in the spatial-temporal flows management will lead eventually to the communication barriers elimination and the emergence of a qualitatively new chronotope – extra-time or instant-communicative. This prospect increases the social importance of such a resource as communicative flexibility. The chronotope communication network is a system of interactive communicative interactions in the space of online communities.

M. Castells hypothesizes that in a networked society, space and time transformed by the paradigm of information technology, leading to new spatial logistics, refers to the “space of flows” concept. Castells writes: “Under the threads, I understand purposeful, repetitive, programmable sequences of exchange and interaction between physically disjointed positions occupied by social actors in economic, political and symbolic structures of society”.

**Conclusion.** We can conclude that modern society needs a mobile personality, ready to realize his potential through the development of space and time. The emergence of new mobility forms, inevitable in connection with global processes of extension, communication, and network resources, is a factor of serious anthropological changes manifested in social, material, and spiritual culture, as well as the formation of new personality. The phenomenon of mobility combined with such concepts as “nomadism”, “time”, “space”, “chronotope”, and “self-organization” opens up a large group of psychological studies. Such studies can open up new mechanisms for the functioning and assimilation of time in the space of the globalization process.

## References

1. Artyuhova T.Y. Psychological characteristics of mobile identity // International Journal of Experimental Education. 2010. № 7. P. 96-98. (in Russian)
2. Bolotova A. Man and time in cognition, activity, and communication. Moscow : HSE, 2007. 283 p. (in Russian)
3. Zinchenko V.P. Cultural-Historical Psychology: an experience in amplification // Questions of psychology. 1993. № 4. P. 5-19. (in Russian)
4. Castells M. The Information Age: Economy, Society and Culture. Moscow : GU-VshE, 2000. 606 p. (in Russian)
5. Klochko V.Y. Self-organization in psychological systems: problems of mental sphere of a personality emergence. Tomsk : TSU, 2005. 174 p. (in Russian)
6. Klochko V.Y. Tendentially analysis of the giftedness development conceptions // Siberian Journal of Psychology. 2013. № 48. P. 18-30. (in Russian)
7. Klochko V.Y., Klochko U.V. Human: open system in a closed environment // Journal of Psychology. 2015. № 57. P. 6-16. (in Russian)

8. Krasnoryadtseva O.M. Psychological characteristics of appearance and regulation of thinking in real life activity : abstract of psychology doc. diss. Moscow, 1997. 47 p. (in Russian)

9. Leontiev A.A. Psychology of intercourse. Moscow: Smysl, 1974. 365 p. (in Russian)

10. Lukyanov O.V. Willingness to be. The assumption of transtemporality experience of real concern // Existential tradition: philosophy, psychology, psychotherapy. 2006. № 1(8). P. 125-143. (in Russian)

11. Nekrasova E.V. The spatio-temporal organization of human world : abstract of psychology doc. dis. Barnaul, 2015. 47 p. (in Russian)

12. Rusakova O.F. Discourse of mobility in contemporary communications // Belgorod State University Scientific bulletin. Humanities. 2014. № 13. P. 245-252. (in Russian)

13. Yatsenko N. Explanatory dictionary of social science terms. St-Petersburg : Lan, 1999. 528 p. (in Russian)

14. Hellwig K., Morhart F., Kocher L., Zisiadis G. Share Your Life and Get More of Yourself. Experience Sharing in CouchSurfing // NA Advances in Consumer Research. 2014. Vol. 423. P. 510-511.

УДК 159.95

## CREATIVE IMAGINATION AND ITS INTERRELATION WITH ALEXITHYMIA AMONG YOUNGER TEENAGERS

L. Chernenko, O. Volkova

*Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** In this article we review the scientific literature describing the creative imagination characteristics and alexithymia in younger adolescents. We made an attempt to substantiate the prospects and relevance of the exploration of relationship between creative imagination characteristics in younger teenagers and alexithymia. For younger adolescents it is especially important to have a sufficiently developed ability for creative activity, which in turn positively influences the process of formation and development of the personality, and contributes to the effective overcoming of the age-related crisis. According to many authors, alexithymia with high probability can cause the emergence of various pathological features, such as psychosomatic diseases and various forms of addictions. It is important to know how alexithymia can affect the abilities, and what we can do to prevent some negative manifestations. Further prospective study will be the basis for compiling a psycho correctional and educational program aimed at preventing the impact of alexithymia on the development of younger adolescents.

**Keywords:** creative imagination, alexithymia, younger teenagers, emotions, ability, adolescents, development, personality.

**Relevance.** Nowadays there are many studies that provide information about such multidimensional process of human higher nervous activity as imagination. But despite the extensive scientific contributions made by scientists in the study of it, the process of imagination still remains not fully understood. The mechanism of its functioning often raises questions among researchers.

Creative imagination plays an important role in the life of any human being allowing him to create completely unique images. The potential of creativity is necessary at any age but in adolescence it acquires special significance contributing to harmonious development of the personality and successful self-realisation.

Creative imagination developed to a sufficient extent, can also determine the level of psychological well-being which is especially important for younger teenagers only entering into difficult adolescence period. Various types of creative activity have a particular relevance for teenagers because at this age such processes of higher nervous activity as thinking, memory, and imagination are developing especially actively

However, increasingly in studies of recent years we find mentions of the significant incidence of such adverse psychological characteristic as alexithymia. Many studies confirm the prevalence of alexithymic personality traits among adult population and young people especially in children and adolescents. As we know, alexithymia decreases the ability to recognise and differentiate one's own emotions and feelings of the subject, and also considerably complicates the imagination process.

Summarizing the data of several studies, Badalyan A. Y. asserts that in adolescence in the structure of individuality, accentuation of character and alexithymia can be developed which in the context of other risk factors can serve as premorbid background for development of border mental disorders, of many addictions, and also physical and psychological distress manifestations (Badalyan, 2016).

These facts largely explain the relevance of this scientific problem.

**State of the problem.** Different authors indicate different age intervals in the determination of early adolescence but most of them allocate for this stage the age range of 10 - 13 years.

At this age of growing child passes through significant changes in all spheres of his life. Mentality, behavior, self-perception, and the perception of the world is gradually changing in this period. Most of the processes of higher nervous activity are moving to the new level. Socializing with peers becomes very important for teenagers, they acquire the status of the reference group, while parents and older lose it. And this younger adolescence can be considered a starting point in the case of the above- mentioned changes.

In the words of L. S. Vygotsky, "in the structure of personality of a teenager there is nothing stable, final, fixed".

A number of scientists consider this period as the beginning of the adolescence crisis, at this age there is a transition from a junior school to youth. The processes of social interaction and learning are the leading activities at this age. We note the growth rates of this period, which are just beginning to emerge. The child shows self-consciousness, strengthens the gender identity, and the teenager feels older than he is and behaves accordingly. In adolescence the developmental process involves abstract thinking, imagination, and intelligence (Vygotsky, 1982; Elkonin, 1978).

Kulagina I. Y. believes that there is a relationship between intellectual development and the development of imagination. According to her, the convergence of imaging with theoretical thinking leads to the emergence of teenager creative impulse: writing poetry, drawing, and lesson designing.

It is important to note how the definition of the imagination process sounds in accordance with general psychology.

From Maklakov's A. G. point of view, imagination is a process of transforming views, reflecting reality, and creating new concepts on this basis.

Vygotsky L. S., considering the imagination and its relationship with creativity, expresses as follows: creative activity based on combining the abilities of our brain and psychology calls imagination or fantasy. Further, he notes that the creative activity of man makes him a creature facing the future, creating it, and changing his present. Thus, the scientist emphasizes that creative activity is an inherent property of human consciousness and it has significance both for the individual personality and for the development of the whole society.

Boroday Y. M. gives the interesting interpretation of the creative imagination concept. He believes that creative imagination is a productive capacity that allows the individual to create representations and images, synthesize complex compositions of two types which are the free analogues of existing realities and which have no analogues in reality (Boroday, 1966).

This process is characterized by the fact that a person translates the views and creates new ones not on the available sample, but outlining the contours of the image and choosing the desired materials. It is also important to note the close connection between creative imagination and memory as in all cases of its manifestation people use their previous experience (Maklakov, 2008).

However, the process of creative imagination does not involve the creation of images that are completely divorced from reality, and which would not have anything to do with it. It is noticed that if any product of the imagination we decompose into its constituent elements, among them will be difficult to find something that in reality would not exist. In turn, we achieve the effect of unreality, fantasy and novelties, and other creative imagination products in most cases due to unusual combinations of already known elements including changing their proportions (Nemov, 2002).

Subbotina L. Y. claims that there are two stages in the process of the imagination formation; they are both inseparably linked with rational activity. So, in the first 15 years of life both imagination and intellect are actively developing, however, then the rational activity retains its progressive development, and imagination, in most cases, is characterised by some drop in intensity.

For a teenager who enters the unknown world of adult life, imagination is the key to understanding the individual models of this world. Usually at this age, the activity of the creative imagination can cause the vision of unique and specific surrounding reality, different ideas, thoughts, and plans. Teenagers tend to build in their own mind a picture of what they would like to see in their future life. In some cases, dreaminess and propensity to fantasy which are highly developed in adolescence can lead to some detachment from reality.

Developed creative imagination can help in overcoming some psychological problems, and also contribute to individual self-improvement and active cognition of the surrounding world.

The rapid development of processes of higher nervous activity, in particular intelligence, affects the emotional sphere of the adolescent, his emotional experiences become subtler and more differentiated, and the ability for awareness grows. A teenager begins to better understand the experiences of others (Ilyin, 2001).

But at the present time there are enough scientific studies showing that modern teenagers very often have alexithymia traits in the structure of personality. A number of scientists also make assumptions about the danger of this phenomenon especially in younger adolescents because their mental processes are just entering into the stage of intensive development (Badalyan, 2016; Kuznetsova, 2014).

Special attention should be paid to the characteristics of alexithymia.

The term “alexithymia” means “no words to express the feelings”. For the first time the concept of alexithymia as a personality characteristic was formulated by J. Nemiah and P. Sifneos in 1973. For more than 40 years of researching alexithymic characteristics, foreign and domestic scientists have fundamentally advanced in the definition of the phenomenon.

Isurina G.S. and co-authors emphasize such features as the inability or difficulty that people experience when they need to define and to describe their sensory condition, difficulties in distinguishing between feelings and somatic sensations, numbness and misunderstanding of other people’s emotions, at the expense of inner experiences, fixation on external events, and the limited usage of symbols which indicate the poor imagination, fantasy, and dreams.

P. Sifneos tells that alexithymic personality traits also consist in the insufficient emotional potential of the person. The prevalence of rational over the emotional and cognitive indistinguishable is associated with these traits.

According to some scientists, patients also tend to the endless description of the physical sensations often associated with found disease. The content of their thoughts is characterized by the lack of imagination; they describe their inner feelings mostly in terms of irritability, boredom, emptiness, fatigue, excitation, voltage, and etc. Inadequacy affects, a tendency toward impulsiveness, and pronounced difficulties in verbalization of feelings were also observed. Their interpersonal communication is usually poor and patients prefer being alone avoiding people; the conversation with such a patient, as a rule, is accompanied by the feeling of boredom and meaninglessness of contact (Urvantsev, 2000; M. Bach, D. Bach, 1996).

Nowadays there is no consensus regarding the genesis of alexithymia, but scientists have put forward three main approaches to explaining the possible causes of the alexithymia formation.

The proponents of the biological theory regard alexithymia (primary alexithymia) as the primary process in which the leading role belongs to genetic mechanisms and special variants (defects) of brain development (Kalinin, 1995). This approach to the definition makes it possible to define this phenomenon as constitutional alexithymia. It is considered in the framework of the so-called “deficit” model, where the deficit refers to the lack of functions associated with the manifestation of fantasy and affects.

According to A. Marchenko, the concept of traumatic somatization (secondary alexithymia) includes views associated with the so-called “stupor” state (or inhibition), which arises as a reaction to severe psychological trauma. A person has such specific features as weak awareness about the events of the past life experience in the present time period, the penury of the language in communication and self-descriptions, the inability to adequately predict his own activity (even in an experimental setting), and etc. Secondary alexithymia can be reflected in the form of latent depression or a pathological form of sadness. In this case, it is regarded as a “protective mechanism”, although it does not operate in the traditional sense, as psychological protection.

There is also a sociological approach, explaining the origins of alexithymia in the context of behavior, cultural, and social factors. A bright representative of this concept is Crystal H., he admits social education as a condition of alexithymia. In his opinion, the affective development of a person and the emotional pathology corresponding to this development directly depend on the characteristics of the relations in the child-mother dyad characteristic of early childhood (Bylkina, 1995).

V.V. Zhironova has suggested the causes of alexithymia at this age. She claims that growing up, a teenager is exposed to certain negative influences of society, parents’ educational attitudes, and school peers, that can help suppress his own feelings and bodily sensations, as these influences are often destructive. All this is fixed in the so-called memory of the body,

which later becomes a way of protecting against severe experiences. Thus, the “muscular shell” is formed. This leads to illness, and to blocking life energy, emotions, strengths and abilities, to limiting the development of a mature person (Zhirona, 2016).

According to the to the research conducted by Kuznetsova S. O. and Razumova A. V., we can say that adolescents with alexithymia are characterised by high personal anxiety, alertness and increased hostility, and decreased perception of one’s own body. All these features manifest themselves in survey situation and out of it. The authors indicate the existence of a relationship between the presence of psychosomatic pathology and the severity of alexithymia. Thus, in adolescents with psychosomatic disorders, significantly increased rates of alexithymia are observed (Kuznetsova, Razumova, 2014).

The phenomenon of alexithymia also attracted the attention of researchers in connection with the growing number of persons suffering from drug addiction, alcoholism, and Internet addiction. There are data indicating the presence of radical alexithymia in patients with chemical dependence. Scientists believe that the inability to process affective states, to differentiate them, and to describe them is able to provoke the decrease of adaptation possibilities, and is a predictor of the addictions occurrence (Zamogilny, Zborovsky, Igumnov, Lapanov, Nikolkina, 2016).

Recent foreign studies show that people with Internet addiction have alexithymic traits. Thus, comparative studies of healthy students and people with Internet addiction show the highest rates of alexithymia symptoms in people of the latter category (Vink, van Beijsterveldt, Huppertz [et al.], 2015; Zaitsev, Selivanova, 2016).

All of this points to the seriousness of the situation that arose in connection with alexithymia in adolescence.

**Conclusion.** Adolescence is an important stage in the life of any person. The changes occurring during this period will largely play a significant role in the development of an integral personality and his activity in adulthood. This period gives rise to the development of his beliefs and views on life. Adolescents’ creativity has a number of features and provides a platform for the development of a healthy and active person. Such processes as thinking and imagination will be the basis of this activity. Through creative imagination the teenager gets a chance to realise his creativity in a variety of ways. This activity has a lot of positive consequences. Creativity also has some psychotherapeutic and healing properties. From all these facts we can conclude that the creative imagination is an important element in the development of younger adolescents. Alexithymia acts as a factor that could lead to the developmental violation which manifests itself in various forms. A person may have difficulties in describing his feelings and bodily sensations; he may have predominantly visual-active thinking. Noticeable is also a reduction in the imagination process.

Thus, we can confidently conclude that the problem of alexithymia among young teenagers has fairly significant prospects for further research. The prevalence of this phenomenon among young people suggests the need for preventive measures and corrective actions. It should be emphasised that the alexithymia in younger adolescents, negatively affect their overall development, the assertion of personality and psychological well-being. The above-mentioned facts largely determine the prospects of the study of this problem.

### References

1. Bach M., Bach D. Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study // *Psychother. Psychosom.* 1996. Vol. 65, № 3. P. 150-152.
2. Badalyan A.Yu. Alexithymia in adolescents with different types of accentuations of character // *Young scientist.* 2016. № 27. P. 239-241. (in Russian)
3. Bylkina N.D. Alexithymia (analytical review of foreign studies) // *Bulletin of Moscow University. Ser. 14. Psychology.* 1995. № 1. P. 43-53. (in Russian)
4. Eresko D.B., Isurina G.S., Koidanovskaya E.V. Alexithymia and methods of its determination in borderline psychosomatic disorders : methodical manual. St.-Petersburg, 1994. 240 p. (in Russian)
5. Kalinin V.V. Alexitimia, cerebral lateralization and efficacy of xanax therapy in patients with panic disorder // *Social and clinical psychiatrist.* 1995. № 5. P. 96-102. (in Russian)
6. Kuznetsova E.A. Emotional features of adolescents with various somatoform autonomic dysfunctions // *Bulletin of South Ural State University. Series: Psychology.* 2014. Vol. 7, № 2. P. 100-108. (in Russian)
7. Kuznetsova S.O., Razumova A.V. Research of the peculiarities of alexithymia in adolescents with psychosomatic diseases // *Tyumen Medical Journal.* 2014. Vol. 16, № 3. P. 56. (in Russian)
8. Kulagina I.Yu. Age-related psychology: the development of a child from birth to 17 years. 5th ed. Moscow: Izd-vo URAO, 1999. 175 p. (in Russian)
9. Maklakov A. G. General psychology. St.-Petersburg, 2008. 583 p. (in Russian)
10. Subbotina L.Yu. Development of the imagination of children. A popular manual for parents and teachers. Yaroslavl : Academy of Development, 1997. 240 p. (in Russian)
11. Vink J.M., van Beijsterveldt T.C., Huppertz C. [et al.] Heritability of compulsive Internet use in adolescents // *Addict Biol.* 2015. Vol. 21. P. 460-468.
12. Vygotskiy L.S. Psychology of human development. Moscow : Sense; Eksmo, 2005. 1136 p. (in Russian)
13. Zaitsev D.V., Selivanova Yu.V. Alexithymia as a factor of addictive behavior of young people // *Scientific review: humanitarian research.* 2016. № 11. P. 111-115. (in Russian)
14. Zamogilny S.I., Zborovsky K.E., Igumnov S.A., Lapanov P.S., Nikolkina Yu. A. Alexithymia as a factor in the development of various forms of addictive behavior // *Narcology.* 2016. Vol. 15, № 11 (179). P. 108-109. (in Russian)
15. Zhirona V.V. Lost feelings. Alexithymia, adolescents and ways to restore empathy // *Scientific community of students: Interdisciplinary research : Sat. Art. by mat. VI Intern. Stud. Scientific-practical. Conf. Novosibirsk,* 2016. № 3 (6). P. 52-56. (in Russian)

## THE LEARNED HELPLESSNESS PREVENTIVE PROGRAM AIMED AT CHILDREN OF THE PRESCHOOL AGE

V. Chupina, O. Volkova

*Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** The specifics of human historical development and changes in public way structure have seriously affected people's mentality, having created favorable conditions for helplessness emergence among people, where unpredictability and not controllability of life events play the major role. Changes in society exert impact not only on adults, but on children as well. New educational programs lead to increase in load of children, growth of requirements to them, but the children's mentality is not always capable to cope with tension which accompanies not only to the educational process, but, as we know, all modern reality. Children suffer not less than adults when their parents face such problems as unemployment, salary nonpayment, family problems, etc. As a rule, children cannot predict similar events in their life and cannot influence them somehow. Thus, all the mentioned factors can become favorable conditions for the learned helplessness emergence among children. The learned helplessness is a psychological state which is presented with violations in the personality motivation. The motivational deficiency is shown in inability to work, interfering actively with a situation. Many Russian psychologists (Aseev, Myasishchev, Lomov, Leontyev, etc.) consider that the motivation, as the driving force of human behavior, takes the leading position in personality structure penetrating its main structural compounds. Therefore, studying the motivational compounds in structure of the learned helplessness is obviously important.

**Keywords:** pre-school age, children, the learned helplessness, the situational learned helplessness, the personal learned helplessness, informative motivation.

**Relevance.** Now the tendency of school age bracket decrease is developing rapidly: children start their study early enough, they are already able to read and write at six, and respectively the initial preparation to the studying process begins even earlier. But whatever the informative stuff for training at school was, the child of six years is not psychologically ready to this qualitatively new step yet. Early entering the school complicates process of knowledge assimilation, and though the child is already capable to acquire the training material, the acute need to play games still remains the major need of a child. He studies in game conditions, being not ready to replace the social situation of development from game to educational one. The cognitive motivation is the key to successful training at school, but at the age of six years it still unstable and situational. The insufficient level of cognitive motivation formation at preschool children can

be one of the reasons of such situation which is not a consequence of age, but has to be created before entering the school. Only in this case the process of further training will proceed more effectively and, as a result, the risk of learned helplessness emergence decreases.

Thus, today the development of preschool child cognitive motivation as criterion of successful preparation for further education and training at school takes the position of the urgent objective and, as it follows the learned helplessness prevention.

**State of the problem.** The problem of the helplessness is being actively studied since the 60-ties of the 20th century within the theory of the learned helplessness (Seligman, Hiroto, Overmeyer, Maier, etc.). Russian researches concerning the learned helplessness started in the 90-es of the XX century (Gordeeva, Dalgatov, Rotenberg, Romek, Tsiring), that is relatively recently.

At the present time the problem of the helplessness in Russia is considered within several directions:

- the concept of personal helplessness (Tsiring, Vedeneyeva, Yakovleva, Zabelina, Evstafeeva, Krasnik, etc.),
- studying of achievement motivation (Dalgatov, Gordeeva, Magomedov, etc.),
- studying of the learned helplessness as professional destruction of the personality (Devyatovskaya, Symanyuk),
- studying of interrelation between addictive behavior and the learned helplessness (Glukhova, Shcheglova),
- the research of the learned helplessness connection with progress among school students (Medvedskaya),
- the research concerning the connection of the learned helplessness formation in the process of the ontogenetic development and its connection with the state of health (Volkova).

Within the concept of motivation achievement, the learned helplessness is considered by T.O. Gordeeva as possible reaction to failure in structure of activity achievement. Besides, researchers of motivation achievement note interrelation of attributive achievement style with success in educational and professional activity (Dalgatov).

There are three main sources of helplessness formation:

1) The experience of adverse events, such as the lack of opportunity to control events of one's life; at the same time the negative experience gained in one situation begins to transfer (generalize) also to other situations when the possibility of control really exists. Offenses caused by parents (and also by all members of life space of a child); death of parents, close people or even pets; serious disease; divorce of parents; fights and argues in family; etc., - can be defined as uncontrollable events.

2) The experience of helpless people observation.

3) The lack of independence in childhood, parents' readiness to do everything instead of the child that is often directly connected with a state of somatic health of the child or family members (Volkova, 2014).

L. Abramson and her colleagues distinguish two variations of helplessness: something that is represented as essentially impossible for any person generates the universal helplessness, and something defined by powerlessness of the certain person is the individual helplessness (Abramson, Seligman, 1978; Seligman, 1975). N.A. Baturin divides situational and personal helplessness (Baturin, 2000). The situational helplessness is the reaction to the events taking place and represents a temporary phenomenon, but the personal helplessness is a steady complex, the characteristic of the personality which partially depends on the events taking place in human life. The mental state developing in a certain situation is the cornerstone of situational helplessness. This type of helplessness is characterized by the possibility to arise at any person (Tsiring, 2005).

The situational learned helplessness is a temporary reaction to events which for any reasons are perceived by the person being not controlled.

The personal learned helplessness is a steady motivational characteristic of a person which is formed in the process of development as a result of relationship with other people. This type of the learned helplessness reveals in isolation, excitability, emotional instability, pessimism, shyness, tendency to sense of guilt manifestation, the underestimated self-assessment, indifference, passivity, and low level of self-expectations and lack of creative activity (Tsiring, 2005).

The personal helplessness concept by D.A. Tsiring is now considered to be one of the most detailed in the Russian psychology. The four-compound structure of the personal helplessness includes will-power, emotional, cognitive and motivational compounds. Studying of the motivational compound seems to be especially important due to the high value of the motivational sphere in the structure of the personality (Aseev, Myasishchev, Lomov, Leontyev, etc.). According to the personal helplessness structure allocated by D.A. Tsiring, the motivational compound is possible to present in the form combinations of certain characteristics of the personality motivational sphere which interacting with other (cognitive, will-power, emotional) personal features, form personal helplessness.

It should be noted that personal helplessness represents complete mental complex, respectively, all its compounds influence each other and cause each other. Therefore, consideration of separately studied motivational compound is rather conditional, nevertheless it is determined by need of a detailed research.

The assumption of congenital prerequisites of personal helplessness made by D.A. Tsiring is indirectly confirmed by empirical data, but leaves the matter open for discussions and further researches (Tsiring, 2001).

The injuring events belong to the group of environmental factors inducing personal helplessness. The role of injuring events in personal helplessness

formation is similar to their role in the formation of personality in general as the personal helplessness affects a number of personal features. Difficult situations or injuring events can paralyze will-power of the personality; it means that the will is powerless in realization of the specific life plan (Vasilyuk, 1984). The manifestation of personal helplessness will-power compound is obvious here (Tsiring, 2009). So, injuring events, considered as environmental factors, make personality sensitive to personal helplessness formation.

Children with personal helplessness have experience of strongly injuring events (death of relatives, divorce of parents, and birth of younger children) in family more often. These events, according to D.A. Tsiring, are among the factors determining personal helplessness. Also, as a result of the research, the specific data have been obtained revealing the fact that more essential role in personal helplessness formation is played not by a number of the injuring events of average intensity, but rather by a set of single strongly injuring events.

Speaking about environmental factors, it is important to highlight the role of family relationship. The family is considered as the major factor of personal helplessness formation. Besides, the nature of personal helplessness factors includes social sphere, such as, change in social and political situation in the country, and more private ones - change of a family financial position, the carrier changes of one of parents, etc. In case of unavailability to similar changes and the shortages of adaptation resources the difficult situation brings the personality to the state of stagnation, steady helplessness.

The risk of personal helplessness formation increases when various environmental factors appear in combination. So, difficult financial family position and one of parent's absence (broken family) at the same time make more intensive injuring impact on the personality that can lead to personal helplessness formation (Tsiring, 2014).

This thesis is confirmed with the research implemented by D.A. Tsiring where it is revealed that children, having personal helplessness, meet a number of subjectively injuring events authentically more often than children who were not diagnosed with the personal helplessness (Tsiring, 2010).

Thus, it is possible to assume that the learned helplessness phenomenon, its contents, formation mechanisms and factors determining emergence of this psychological phenomenon have close interrelation with experience of a person, cultural and historical characteristics of social environment and also features of his/her somatic status.

**Materials and methods.** The research was conducted in kindergarten № 257 (Krasnoyarsk, Russia). In total, 30 children of the advanced preschool age have been tested within the research. The empirical research included the following tasks:

- choosing the research tools;
- carrying out diagnostics;

- processing of research results;
- carrying out the formation;
- carrying out check experiment.

The research measure tools were as follows:

- The techniques “House”, “Yes and no” aimed at identification of the leading behavior motive (Uruntayeva, 1999);
- The technique “Boots”, which aim is to reveal the level of mental processes randomness development: attention, perception, sensorial and motility coordination, thin motility, ability to follow the rules (Gutkina, 2000, 1993).
- The technique “Studying of will-power” (Uruntayeva, 1999). As the will-power compound is one of the four main learned personal helplessness compounds, we have chosen the technique aimed at testing the will-power signs in the senior preschool children which allows revealing the learned helplessness manifestation.

**Results and their discussion.** The stating investigation phase with the use of the above-mentioned techniques allowed tapping the following features of the motivational and emotional and strong-willed sphere development of children in the advanced preschool age period. The research revealed that 35% (11 children) of group have the learned helplessness syndrome. The increased uneasiness level, imbalance, lack of initiative, diffidence, emotional sphere disorder were observed. These children had low level of motivation for school study, affective play motivation prevailed over cognitive motivation. The level of the motivational sphere development did not correspond to the age stage. Learning ability level was slow. These children were joined to the experimental group for participation in the forming activity stage.

We suggested that specially organized system of games and exercises aimed at the development of cognitive motivation in advanced preschool age will be an effective remedy of the learned helplessness prevention at the stage of training at school preparation.

The system of the developing games and exercises was based first of all, on the age characteristics of children, their experience, and ability, their interest as a power basis of adult knowledge regulation, communication and behavior of a child. While developing games and exercises not only existence of child’s possibility was taken into account, but also “the zone of child nearest development”. The ability of the child to cope with the game task applying to some help of the adult acts here as the main criterion (Tikhomirova, 2000, 1996). This help was gradually reducing up to full refusal of it. Thus, in the course of games and exercises system of children of preschool age development, we were guided by knowledge of the main psychological development regularities of a child during different childhood periods, and considered specific age features of children. After carrying out preventive program of developing games and exercises the repeated research has been conducted, which has allowed to reveal

changes at children of experimental group in the level of motivational, emotional and will-power spheres development. On average the level of emotional and will-power development has changed in 36% (4 children), such indicators as persistence, independence, achievement of the goal, etc. began to be shown.

**Conclusion.** Summing up the conducted research results the following highlights should be noted.

1. Now the learned helplessness is surveyed as the state which is arising as a reaction to events, uncontrolled by a person, tending to generalize. Motivational disturbances are key sign of the learned helplessness.

2. The typical learned helplessness reactions among children of the advanced preschool age are the diffidence, lack of independence, initiative, and persistence; there are signs of aggression and introversion. Such children have disturbances in the sphere of motivation.

3. Specially organized system of games and exercises aimed at the development of cognitive motivation among children of the advanced preschool age is an effective remedy of the learned helplessness prevention at the stage of school training preparation.

### References

1. Volkova O.V. Components and mechanisms of forming the learned helplessness in children with weak health: ontogenetic approach // Siberian Medical Review. 2014. № 4. P. 86-91. doi:10.20333/25000136-2014-4-86-91 (in Russian)

2. Chambers S., Hammonds F. Vicariously learned helplessness: The role of perceived dominance and prestige of a model // Journal of General Psychology. 2014. Vol. 141, № 3. P. 280-295. doi:10.1080/00221309.2014.913545

3. Filippello P., Sorrenti L., Buzzai C., Costa S. Perceived parental psychological control and learned helplessness: The role of school self-efficacy // School Mental Health. 2015. Vol. 7, № 4. P. 298-310. doi:10.1007/s12310-015-9151-2

4. Gomez R.J., Ryan T.N., Norton C.L., Jones C., Galán-Cisneros P. Perceptions of learned helplessness among emerging adults aging out of foster care // Child and Adolescent Social Work Journal. 2015. Vol. 32, № 6. P. 507-516. doi:10.1007/s10560-015-0389-1

5. Maier S.F., Seligman M.E.P. Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience // Psychological Review. 2016. Vol. 123, № 4. P. 1-19. doi:10.1037/rev0000033

6. Moreland J.J., Ewoldsen D.R., Albert N.M., Kosicki G.M., Clayton M.F. Predicting nurses' turnover: The aversive effects of decreased identity, poor interpersonal communication, and learned helplessness // Journal of Health Communication. 2015. Vol. 20, № 10. P. 1155-1165.

7. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman, 1975. 250 p.

8. Seligman M.E.P. What You Can Change & What You Can't. New York : Knopf, 1993. 317 p.

9. Sorrenti L., Filippello P., Costa S., Buzzai C. A psychometric examination of the learned helplessness questionnaire in a sample of italian school students // Psychology in the Schools. 2015. Vol. 52, № 9. P. 923-941. doi:10.1002/pits.21867

10. Taylor J.J., Neitzke D.J., Khouri G. [et al.] A pilot study to investigate the induction and manipulation of learned helplessness in healthy adults // Psychiatry Research. 2014. Vol. 219, № 3. P. 631-637. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.045

11. Volkova O.V. Theoretical and methodological analysis of the earned helplessness studies: actuality of psychosomatic approach // *Siberian Medical Review*. 2013. № 4. P. 43-47. (in Russian)

12. Volkova O.V. Integrative approach in studying the learnt helplessness problem of children // *Siberian Journal of Psychology*. 2014. № 54. P. 126-145. (in Russian)

13. Volkova O.V. The methodological principles of medical-psychological-pedagogical correction of learnt helplessness among children having weak somatic health // *Psychology of education*. 2015. № 7. P. 121-132. (in Russian)

14. Volkova O.V. Possibilities of cybernetic research model in the development of the program directed on diagnostics, correction, and prevention of “learned helplessness” in ontogenesis // *Siberian Journal of Psychology*. 2015. № 61. P. 47-63. doi: 10.17223/17267080/61/4 (in Russian)

УДК 159.96

## PSYCHOSEXUAL FEATURES OF YOUNG FEMALES ENGAGED IN WATCHING JAPANESE EROTIC ANIMATION

E. Fedorenko

*Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** The article explores some psychosexual features of young females who are fond of the yaoi Japanese erotic animation, devoted to homosexual relations between males. The distinctive characteristics of the yaoi genre reside in certain graphic features, especially the characters' enlarged eyes. The yaoi anime has gathered a large audience in Russia, mainly among females aged 18-23. The sample group of 40 respondents showed a distinct correlation between features of sexual neuroticism inner conflicts that include high but unrealized sexual desire, sex disgust, low sexual excitement, pornography approval and prudishness. The article provides research data on basic conflicts of the sample group, their concealed hetero aggression and distrust of self and others. In addition, the study discovered significant differences between females with or without sexual experience. The methods used include factor analysis and Spearman correlation method.

**Keywords:** yaoi erotic animation, psychosexual development, intrapersonal conflict, sex-role behavior, prudishness.

**Relevance.** The problem of psychosexual development and sex-role behavior has long been among the principal issues in developmental psychology, which includes gender identification, preferences and psychosexual self-perception. In spite of some published empirical data there is little known about the development of sexuality. The existent periodization of psychosexual

development does not provide a complete description of factors influencing the choice of sexual behavior. The issue under research in the present article is erotic animation. The genre of manga and yaoi anime devoted to homosexual relations between males has already attracted attention of specialists. Some authors believe that such sex-related behavior is typical of young females (Khasyanov and Zaitsev 2014). Other researchers consider such behavior to be a way to avoid focusing on one's body problems with the help of sexual fantasies (Ueno, Chizuko 1989), ignoring female sexuality.

This results to negation of one's primary gender role as the first step towards feminism (Fujimoto, Yukari 1991; Takemiya, Keiko 1993).

Therefore, it becomes more urgent today to understand the essence of the phenomenon, i.e. psychosexual features of the females choosing the yaoi genre as a sex-related behavior. We believe that deviations from traditional sexual themes can be explained by contradictive orientations and therefore, inner conflicts characterized by mixed sex-role development and masculine type of gender identification. In this case sexual fantasizing and impetus for pornography can serve a way of the conflict resolution.

**State of the problem.** In scientific literature psychosexual development is mainly considered within the context of ontogenesis that includes general biological body development, sexual maturation and further development of sexual functions. In addition, it is a result of socializing which influences the development of a certain sex-role and, as a consequence, sexual behavior principles. Psychosexual development is believed to be a process with three stages: sexual cognition, sex-role behavior stereotype, and psychosexual orientations development (Vasilchenko 1983). Yet there is a variety of models of psychosexual development in modern psychology, sexology and medicine literature (Freud, S. 2009, Kholodny 2014, Vasilchenko 1983). The time periods and the order of stages can vary from generation to generation. The density of research information is not the same at different stages. The biggest amount of research (biological, social and psychological) is devoted to adolescence. Kon I. believed that sexuality of young people falls into three categories: sex-related behavior, i.e. activities discovering or based upon sexual drive; erotic fantasies and experience; psychosexual orientations, i.e. opinions and dispositions on gender and sexual morality issues. These orientations can be classified according to the degree of cognition both at the level of culture and at the level of an individual (Kon 1979). Sigmund Freud and his followers considered all psychosexual problems of an adult to originate from 'traumatic experiences' of early childhood (Freud, S. 2009). Therefore, every stage of psychosexual development is a result of conflict resolution between inner instinctive drives and limitations of the social environment.

According to Starke and Friedrich, sexual satisfaction and psychological health of an adult depend on moral psychological atmosphere of her childhood (Starke and Friedrich, 1991). Trustworthy relations with parents, especially with

mother, emotional security, openness of family communication, absence of strict limitations, parental readiness to discuss children's intimate issues sincerely are the ways to develop healthy sexuality. Frustrated need in communication with parents results in confusion of sex roles and mixed gender identification which forms a basis for a certain type of psychosexual self-perception. Anna Freud identifies sexual self-abomination as a result of unconscious need to protect oneself from 'life factors' with the help of psychological defensive mechanisms. An example of these mechanisms is austerity, emphasised contemptuous and hostile attitude to all kinds of sensitivity and sexuality, which then leads to full control over one's feelings to the level of complete suppression (Freud, A. 2009).

Delayed psychosexual development can be sensed as shyness towards the opposite sex, absence of drive or aversion to sexual activity. It can depend on prudish orientations of the family and social environment. Regular watching of anime depicting homosexual relations between males is a kind of sexual behavior chosen by young females. We consider this behavior as a sign of developed psychosexual orientations and features that have not been researched and described in psychology literature. The key idea of this research is determination of connections between sexual behavior and sexual self-perception of young females engaged in erotic yaoi anime watching and having contradictory sex-relating orientations, which on the one hand cause essential prudishness and on the other they make a basis of frustration with one's sexual life.

**Materials and methods.** The aim of the present research is to discover a correlation between 18-23-year-old females' interest to Japanese erotic animation yaoi depicting male homosexual relations and psychosexual features of such females. Psychosexual features identified include a high level of neuroticism, contradictory sexual orientations, problems in sex-role identification with parents of the same gender, basic conflicts connected with distrust in others and a way of conflict resolution in the form of sexual fantasies. In 2016 we undertook a study of 40 young females belonging to the online group 'yaoi admirers' in the social network "VKontakte" engaged in watching Japanese erotic animation.

The task of the first stage of the research was to identify sexual orientations, signs of deviations in sexual behaviors and gender self-identification. For this purpose, we used Eysenk Inventory of Attitudes to Sex (EIAS) which consists of 159 questions divided into 14 scales: Permissiveness, Satisfaction, Neurotic sex, Impersonal sex, Pornography, Sexual shyness, Prudishness, Sexual disgust, Sexual excitement, Physical sex, Aggressive sex. At the second stage we studied indications of sex-role identification, respondents' personality features from the point of basic and urgent conflicts reflecting behavior models in parental families. Moreover, exploited methods of conflict treatment were analyzed.

The Wiesbaden Inventory of N. Peseschkian (WIPPF) of 85 questions comprising 27 scales was used.

**Research results.** The first stage of the research studied sexual orientations, signs of deviations in sexual behaviors, as well as masculine and feminine features. The research discovered relevant correlation between indications of worrying about a low level of sexual experience (frustration with the sexual life). In addition, indications of high sexual neurosis, pornography approval and prudishness (sexual continence) were obtained.

High results at the scale ‘Sexual disgust’ and low results at the scale ‘sexual excitement’ were found in 95% of the respondents. It allows hypothesising that sexual experience even with their permanent partners is unpleasant. Sometimes they literally forced themselves ‘to do it’. On the other hand the indications of high orientation to a real sexual intercourse (‘physical sex’) were received. According to the results interpretation it is of great importance for the young women ‘to give a good account of oneself’ in bed with their partners.

Apart from the above mentioned results the received data discovered a number of features that divide the respondents into two groups according to the following criteria: ‘permissiveness’, ‘impersonal sex’, ‘sexual libido’.

High index at the scale ‘permissiveness’ was revealed in 20% of the respondents. About 20% of the respondents showed a high indicator in the scale ‘permissiveness’.

It gives evidence of a light-minded attitude to sex, acceptance of sex before marriage and a view of sex as a general pleasure. At the same time these respondents demonstrated unimportance of partners’ personal qualities in sexual relations and a high level of sexual libido. The key factor in this group was previous sexual experience since the age of 14-16.

The key factor of the second group of respondents (65%) was the absence of sexual experience. They showed common results within the following criteria: ‘low permissiveness’ (serious attitude to sexual relations), respect of matrimonial relations, condemnation of sexual depravity, tendency to consider one’s sexual partner as a personality, and sexual shyness.

We revealed the following conclusions based on our research results:

- a strong correlation with the scales ‘dissatisfaction of one’s sexual life’, ‘sexual neurosis’, ‘approval of pornography’, and ‘prudishness’;
- relevant correlation with the scales ‘sexual disgust’, ‘sexual excitement’, ‘physical sex’; at the same time scales ‘sexual disgust’ and ‘sexual excitement’ discovered inverse ratio– the higher the index of ‘sexual disgust’, the lower the index of ‘sexual excitement’.
- relevant correlation was discovered between “the absence of sexual experience” of the young females regularly watching erotic animation yaoi and the scales of ‘permissiveness’ and ‘sexual shyness’. The type of correlation is that of inverse ration – the higher the index of ‘permissiveness’, the lower the index of ‘sexual shyness’.

The purpose of the second stage of the research was to obtain indications of sex-role identification, respondents' personality features from the point of basic and acute conflicts reflecting behavior models in parental families. The data received revealed close relevant correlation between watching yaoi anime and indications of basic inner conflict, based on concealed hetero aggression. The visible indications include excessive friendliness and good manners, a desire to be considered a truly positive person from the perspective of others. In addition, a relevant correlation was discovered with the basic conflict indications based on distrust and inability to accept self and others the way they are. The study of the family processes and models did not reveal any relevant correlation with the interest to yaoi animation. The sample group on the whole revealed indistinct fundamental emotional identification links. Moreover, fascination by yaoi anime revealed a relevant correlation with the used ways of managing conflicts connected with imagination and fantasizing.

**Conclusion.** Our assumption about the existence of sexual neurosis caused by inner conflicts of young females engaged in watching Japanese yaoi animation has been confirmed.

The conflict character implies a collision of contradictive orientations. First, it is the orientation of prudishness versus dissatisfaction with one's sexual life and pornography approval. Secondly, inverse correlation was revealed between 'sexual disgust' and 'sexual excitement'. In respect to the sample group it is high sexual disgust and low sexual excitement. Thirdly, relevant correlation of the above features with the scale 'physical sex', which reflects the importance of 'giving a good account of oneself' in bed with their partners. This correlation discovers one more point of possible inner conflict in the sample group participants.

The revealed basic conflicts are connected with hidden hetero aggression and absence of trust, and, therefore, inability to accept oneself and others the way they are, in their uniqueness. In addition, this study revealed a relevant correlation with the used ways of managing conflicts connected with imagination and fantasizing. In conclusion, no relevant correlation was revealed with the identification processes.

## References

1. Sexopathology: Handbook / ed. G.S. Vasilchenko. Moscow : Medicine, 1990. 576 p. (in Russian)
2. Freud S. Introduction to Psychoanalysis. Moscow: Azbuka-Klassika, 2009. 416 p. (in Russian)
3. Kholodny V.A. Medical sexological model of psychosexual development // Vestnik Nevrologii Psykhiatrii iNeirokhirurgii. 2014. № 10. P. 3-10. (in Russian)
4. Khasyanov V.B., Zaitsev A.C. Anime Subculture as Culture and Informational Phenomenon (by Example of Activity of Youth Unions in Irkutsk Region) // Scientific Dialogue. Psychology. Pedagogy. 2014. № 11 (35). P. 75-88. (in Russian)
5. Starke K., Fridrikh V. Love and sexuality till 30 years. Moscow: Visshaya Shkola, 1991. 383 p. (in Russian)

6. Thorn M. Girls And Women Getting Out Of Hand: The Pleasure And Politics Of Japan's Amateur Comics Community // *Fanning the Flames: Fans and Consumer Culture in Contemporary Japan* / ed. W. W. Kelly. New York : State University of New York Press, 2004. P.169-186.

7. Ueno C. Jendaaresu waarudo no <ai> no jikken (Experimenting with <love> in a Genderless World) // *Kikan Toshi II (Quarterly City II)*, Tokyo: Kawade Shobō Shinsha, 1989. [Cited and translated in Thorn, 2004]

8. Fujimoto Y. Shōjo manga ni okeru 'shōnen ai' no imi (The Meaning of 'Boys' Love' in Shōjo Manga) // *New Feminism Review* / ed. N. Mizuta. Vol. 2. Onna to hyōgen («Women and Expression»). Tokyo: Gakuyō Shobō, 1991. URL : [http://matt-thorn.com/shoujo\\_manga/fujimoto.php](http://matt-thorn.com/shoujo_manga/fujimoto.php) (date of access: 12. 08.2008). (in Japanese)

9. Takemiya K. Josei wa gei ga suki!?! (Women Like Gays!?) // *Bungei shunjū*. 1993. № 6. P. 82-83.

УДК 612.821

## POPULARIZATION OF A HEALTHY LIFESTYLE ON THE EXAMPLE OF COLD AQUATERMAL HARDENING

**T.A. Fisher, S.A. Petrov, M.V. Narushko**

*Tyumen Scientific Center of the SB RAS, Tyumen, Russia*

**Yu.G. Sukhovey**

*Institute of Immunology, SB RAMS, Tyumen, Russia*

**E.L. Dotsenko**

*University of Tyumen, Tyumen, Russia*

**I.V. Fisher**

*Tyumen Advanced Training Institute of the MIA of Russia, Tyumen, Russia*

**Abstract.** The article examines the unique social phenomenon of “winter swimming”, which has recently acquired a mass character in the culture of modern society. However, this phenomenon in scientific research is not enough. The study showed that people with long experience of cold (more than 10 years) hardening have a high level of personal anxiety, and the activity of the humoral unit of the immune system is several times higher than those in the Internal Affairs Agencies (IAA) staff group. In this case, dipping in cold water for a few seconds reduces the level of anxiety in all subjects. We also tend to believe that the psyche and the immune system reveal a number of similar features, behind which are deep evolutionary strategies and patterns.

**Keywords:** winter swimming lovers, immune system, personal and situational anxiety, hardening.

**Relevance.** The interest in studying the effect of cold on the human body for many years unabated. So, in the opinion of Academician V.P. Melnikov and V.K.

Gennadik (2012), the time has finally come when coldness must be considered as a resource, a source of goods and opportunities for humanity, and not a source of increased risk, threats to its security. It is known that the most common practice of cold impact on the human body is hardening. Hardening, as a means of increasing the body's defenses, arose in the extreme antiquity and survived to this day. In this regard, one can cite a few examples. It so happened that the children of northern peoples, despite the low, extreme temperature conditions for living, the specific features of the light regime, the activity of geomagnetic fields and many other factors practically did not know what colds were. Since the peoples of the North had a habit of wiping the newborn with snow, and in the future – “bathing” them in the snow, and not only healthy, but also sick. And in Tibet, there was another practice of tempering - from the icy water it was necessary to pull out the sheets and dry them on the back (Vorontsova, Belenky, 1990). Today in different cities of Russia and in Europe there are not only sports events, but also winter swimming festivals. So, in January 2017, such a festival was held in Podolsk, and in 2016 in Tyumen international championship. The purpose of such events is to involve in winter bathing, to attach to a healthy lifestyle, as many people as possible. After all, tempered people easily tolerate critical temperature changes and a sharp change in weather conditions, unfavorable living conditions, copes better with stresses (Golokhvast, Chaika, 2011).

At the same time, there is evidence that any impact of the temperature factor, not to mention the low-temperature aquathermal effect, depending on the strength and duration can have both a suppressive (Arzhakova, 2000) and a stimulating effect on life support systems (Kalenova et al., 2009), in particular on the body's regulatory systems: immune, endocrine, nervous systems (Fisher et al., 2012). Despite the fact that the cold hardening “winter swimming” as a cultural study worked out by means of different scientific disciplines, many questions still to be answered. And one of the most urgent questions: “What reactions of the body will manifest themselves at the immune and psychological levels, because the psyche and the immune system are able to provide multi-level protection and create new effective ways to protect the body from overloads and destruction?”.

Psychic activity provides effective adaptation with the help of not only cognitive processes (reflection, perception), but also psychological defenses: primary (congenital) and secondary (acquired). The main task of the immune system is the maintenance of antigenic protection of the whole organism. Recent studies (Capuron et al., 2007, Daruna, 2012, Suhovey et al., 2014, 2016, Fisher et al., 2016) show that these systems interact closely with each other and synchronize (simultaneously) react to a variety of diverse endo- - and exogenous environmental factors, depending on the strength of these impacts. And since hardening (especially cold aqua-

thermal effect) is the activation of adaptation mechanisms in the body, it makes exceptionally high demands on the adaptive capabilities of the organism. The main load in this case is presented to the psyche and the immune system, which provide an adequate adaptive homeostatic response of the body to maintain the life support system for a set of factors (temperature, psychological, physical). And in connection with the fact that “winter swimming” as a social phenomenon is becoming an increasingly common type of tempering in modern society, it became necessary to study the cold aqua thermal impact from a scientific point of view, showing not only positive, but also negative effects. At the same time, cold aqua-thermal hardening can be considered a non-medicamental means of increasing the human adaptive potential and removing psychoemotional stress (Fisher et al., 2015). The obtained knowledge is important for the development of the system of hardening in a civilized society, especially in large cities where high population density is observed, and the high rate of life creates tension in various aspects of life (social, professional, emotional, etc.). Promotion of a healthy lifestyle, the formation of a sustainable desire to be healthy and successful for maintaining the health of the population is the state strategy of the Russian Federation.

The aim of the study is to show some features of psychological and immune responses to low-temperature aquathermic effects in groups of people with different experiences using cold influences.

**Materials and methods.** A total of 62 middle-aged people were examined, of whom  $32.6 \pm 1.8$  years were:

1 group - 20 students of the Advanced Training Institute for IAA employees who are in training and who do not have experience of cold influences.

2 group - 22 people engaged in winter tempering from 10 to 15 years in the club of winter swimming “Crystal” in Tyumen, leading a normal lifestyle. We can say that these people are long adapted to cold aqua thermal impacts.

Each participant in the study dipped into the water (t-from +2 to +4 °C). The cold load regime was 15 to 35 seconds.

The study was conducted in several stages. The first stage - the subjects were asked to answer questions of the screening test “Health Risk Assessment” on the frequency of viral and bacterial diseases; On the frequency of allergic reactions; About observance of a diet, etc. And also, on questions of the questionnaire “Significant ways of your health”. The main questions of the questionnaire were: 1. Do you exercise regularly? 2. Do you often feel in a good mood? 3. Do you take time to eat healthy? 4. Do you use hardening methods to maintain your health; 5. Do you put the flu vaccine, like the prevention of diseases in the period of viral epidemics; 6. Do you regularly visit a doctor for prevention purposes? 7. Do you use the methods of health-improving procedures to maintain your health: massage, baths, phytoids, etc.

Also, an hour before the research, a psychological questioning was conducted using the methods “Cognitive Activity”, “Definitions of the level of anxiety”, and also the 8-color test.

The method “Cognitive Need” shows the level of satisfaction of information-cognitive needs with the help of social and cultural activities. The intensity of cognitive needs is determined by the sum of the scores: 17-25 - the need is expressed strongly, 12-16 - moderately, less than 12 - weakly. The method “Determination of the level of anxiety” studied the self-esteem of the level of anxiety (reactive anxiety, as a condition) and personal anxiety (as a stable characteristic of the personality). This test characterizes the inner emotional state of a person. When interpreting the obtained indicators, the following anxiety estimates were used: up to 30 points - low, 31-44 points - moderate; 45 and more - high. The color method of Lusher (2005) determined the level of anxiety, as the intensity of existing psychological or physiological deficiencies that cause situational anxiety.

At the second stage - 30 minutes before dipping in cold water, Lusher’s test and blood sampling from the vein were performed. At the third stage - 30 minutes after the exposure in cold water, a Lusher test and blood sampling were also performed, to assess the level of repertoire cytokines with VECTOR-Best-IL-4 reagents (a marker of humoral immunity, a level of refractive values in the range 0-4 pg / ml) and IFN- $\gamma$  (a marker of cellular immunity refentnyh level values in the range 0-15 pg / ml).

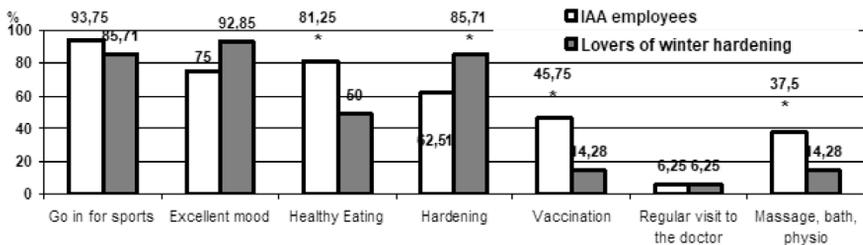
All investigators signed consent forms and research plans that were approved by the Ethics Commission on the basis of the Federal Law provided for in Articles 18, 20, 21, 22, 28 and 41 of the Constitution of the Russian Federation and Articles 18-22 of 21.11.2003 No. 323 “On Fundamentals of protecting the health of Russian citizens”. The statistical processing of the material was carried out on an IBM / PC using standard IBM statistical packages “SPSS Statistics 21” (mean, variance of averages, parametric comparison by the Student’s criterion).

**Results and its discussion.** Based on the results of the first stage of the study, it was found that law enforcement officers (ATS) are more likely to have viral diseases than those who like winter swimming, who have a high percentage of bacterial infections (Figure 1). Perhaps this is due to the fact that ATS officers are experiencing a complex of professional factors and do not always cope with complex loads (physical, emotional, professional, etc.). So, in the opinion of M.V. Bogdanova (2005), in the often and long-term ill, an insignificant frustrating situation is perceived as overemphasizing. As a result, this leads to a tension in the immune and mental processes. It is known that the reduction of antiviral protection is associated with a decrease in the activity of the cellular part of the immune system.



**Figure 1.** Comparative characteristics of the frequency of occurrence of diseases in winter swimming lovers and IAA employees (\* p <0.05).

Figure 2 shows that for different categories of people different ways of maintaining their health are significant. So, IAA listeners prefer to eat properly, get vaccinated, and do their own health prevention with the help of health techniques (massage, baths, etc.). In winter enthusiasts, in priority, of course - hardening. That is, IAA employees through preventive methods (healthy food, vaccination, massage, baths) satisfy the need for a healthy lifestyle. In turn, lovers of tempering themselves without resorting to specialists use the cold aqua thermal effect, as one of the non-drug methods of strengthening their health. In their opinion, thanks to the cold procedures, the psycho-emotional state improves, the body feels vigorous and has high working capacity. Therefore, already at this stage of the study, we observe that people engaged in cold hardening are allocated to a separate group to choose their own health and clinical picture of their health status.



**Figure 2.** Comparative characteristics of significant ways to preserve their health in winter swimming lovers and ATS employees (\* - p <0,05).

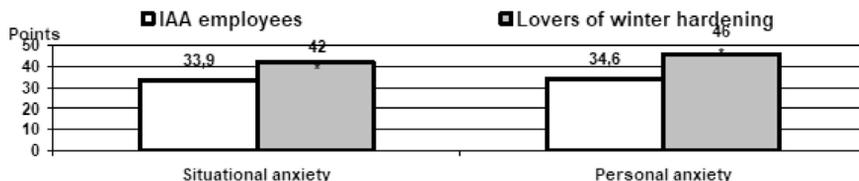
It has been established that a high cognitive need is observed among ATS employees and winter hardening enthusiasts (Figure 3). On the one hand, the cognitive need of the students of the Institute for Advanced Training of the Ministry of Internal Affairs Officers undergoing professional training is understandable. On the other hand, the question arises, because in winter enthusiasts the level of cognitive need is also high. First, it can be related to professional activities, since in this group everyone has a higher education.

Secondly, it is known that prolonged exposure to cold can stimulate cognitive activity through the immune system. It is known that with increased activity of the immune system, there is an intensified production of biologically active substances that regulate the functional activity of brain structures (Schauenstein R, 2000, cited Lebedev, 2007). Perhaps the impact of cold procedures stimulates the activity of the immune system, and this in turn enhances cognitive processes. Consequently, the obtained results of the study suggest that the cognitive component in the study groups is higher in the winter-hardened lovers.



**Figure 3.** Comparative characteristics of the level of cognitive need in winter swimming lovers and ATS employees (\* -  $p < 0.05$ )

The received data testify that the IAA employees have a moderate level of personal and situational anxiety (Figure 4). In a comparative analysis in a group of IAA employees, situational anxiety is reliably reduced. Fans of winter hardening showed a high level of personal anxiety.

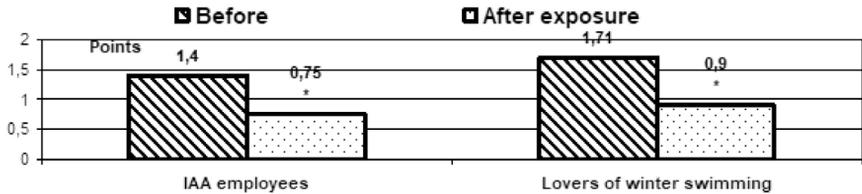


**Figure 4.** Comparative characteristics of the level of anxiety in winter swimming lovers and ATS employees (\* -  $p < 0.05$ ).

It is known that personal anxiety is an unconscious factor and is seen as a reaction to social influence under certain individual psycho-physiological properties (Eysenck, 2001), and also as a condition that can occur in time of various psychosomatic diseases (Sokolova, Nikolaeva, 1995). In this regard, it can be assumed that personal anxiety in this case acts as one of the reasons why people come to winter swimming clubs. That is, people engaged in winter hardening use cold aqua-thermal action to relieve stress.

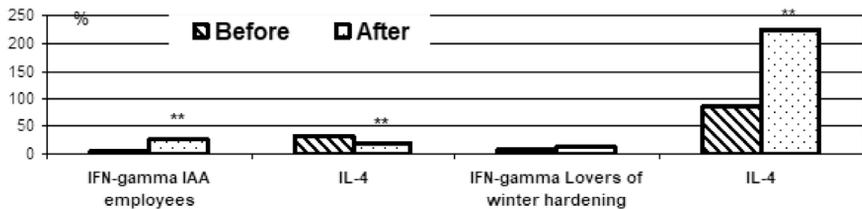
To confirm this assumption, we used Luscher's express method. Subjects before the cold procedures for 30 minutes were offered color cards (Luscher test) to determine the color preferences and after the procedure after 30 minutes the

test was repeated (Figure 5). It has been established that the cold aqua thermal effect irrespective of the duration of their application, significantly reduces anxiety in the study groups.



**Figure 5.** Comparative characteristics of assessing the level of anxiety among lovers of winter swimming and IAA employees (\* -  $p < 0.05$ ).

The obtained results indicate that (Fig. 6) that the employees of IAA increase the activity of the cellular part of the immune system (IFN- $\gamma$ ) and decrease the activity of the humoral unit (IL-4). Lovers winter hardening have a 2.6 times increase in the activity of the humoral unit (IL-4). Most likely, a long experience of cold aquathermal influences “taught” the immune system to increase its activity on cold exposure. Since immediately after bathing the activity of humoral immunity increases several times, but there is a decrease in anxiety.



**Figure 6.** Functional activity of the cellular and humoral components of the immune system (\* -  $p < 0.001$ ).

It can be assumed that immunocompetent cells are the carriers of the memory of the stereotype of the reaction of the macroorganism to the temperature factor. In particular, in persons previously subjected to periodic extreme cold stress, the activity of the humoral unit of the immune system and the corresponding neuroendocrine changes are triggered, which requires further research.

### Conclusions

1. It is established that lovers of winter swimming of individuals are less likely to get viral diseases with corresponding activation of the humoral part of the immune system.

2. IAA officers use traditional methods of rehabilitation with preventive purpose, and winter swimming lovers maintain their state of health by regular dipping in cold water.

3. The results of the study show that the lovers of winter swimming and IAA employees have a high level of cognitive need. In this case, high personal and situational anxiety among lovers of winter hardening is regarded as an unconscious reason for the occupation by cold hardening.

4. Cold aqua-thermal action reduces anxiety in subjects, despite the experience of cold procedures.

## References

1. Eysenck H. Psychological theories of anxiety // Anxiety and anxiety / ed. V.M. Astapova. St. Petersburg: Peter, 2001. P. 224-247. (in Russian)
2. Arzhakov L.I. Influence of adaptogens on the functional activity of cells of the immune and hematopoietic systems during cold exposure : author's abstract. dis. ... cand. biol. sciences. Novosibirsk, 2000. 23 p. (in Russian)
3. Bogdanova M.V. Features of psychological defenses in psychosomatic disorders : author's abstract dis. ... cand. psychol. science. Tomsk, 2005. 23 p. (in Russian)
4. Vorontsov I.M., Belenky L.A. Tempering of children using intensive methods. St. Petersburg, 1990. 27 p. (in Russian)
5. Golokhvast K.S., Chaika V.V. Some aspects of the mechanism of the influence of low temperatures on humans and animals (literary review) // Bulletin of new medical technologies. 2011. Vol. 18, № 2. P. 486-489. (in Russian)
6. Kalenova L.F., Fisher T.A., Suhovei Yu.G., Besedin I. M. Influence of short-term hypothermal and contrast effects on the immunophysiological parameters of laboratory animals // Bulletin of Experimental Biology and Medicine. 2009. Vol. 147, № 5. P. 549-552. (in Russian)
7. Lusher M. The color test of Lusher. Moscow : AST; SPb. : Owl, 2005. 190 p. (in Russian)
8. Melnikov V.P., Gennadinik V. B. Cryosophy is a system of ideas about the cold world // Cryosphere of the Earth. 2011. Vol. XV, № 4. P. 3-8. (in Russian)
9. Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Peculiarities of personality in borderline disorders and somatic diseases. Series: The program "Renewal of Humanitarian Education in Russia". Moscow : SvR-ArgusPereplyt, 1995. 359 p. (in Russian)
10. Fisher T.A., Dotsenko E.L., Petrov S.A., Frolova O.V. Walrus as a way to improve the quality of life // Bulletin of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences. Social, humanitarian, medical and biological sciences. 2015. Vol. 17, № 5-2. P. 528-533. (in Russian)
11. Fisher T.A. Psychological and immune responses to short-term cold exposure // Bulletin of the Ural Medical Medical Science. 2012. № 4 (41). P. 66-67. (in Russian)
12. Daruna J.H. Introduction to Psychoneuroimmunology. Academic Press Elsevier. 2nd. 2012. 366 p.
13. Suhovey Yu.G., Koptyug A.V., Petrov S.A., Dotsenko E.L., Fisher T.A. Psycho-immune partnership in the dynamic responses of living systems // International Journal of Life Science and Medical Research. 2014. № 4 (5). P. 57-70.
14. Sukhovey Y.G., Koptyug A.V., Fisher T.A., Petrov S.A., Dotsenko E.L. Functional Conjugation of the Different Regulatory Responses to the Stress Stimuli in Healthy Human Subjects // Open Journal of Applied Sciences. 2016. № 6. P. 489-500.

15. Capuron L., Miller A., Irwin M.R. Psychoheuroimmunology of depressive disorder: Mechanisms and elinical implications // Psychoheuroimmunolog. 2007. № 1. P. 509-530.

16. Fisher T.A., Petrov S.A., Frolova O.V., Narushko M.V. Adaptibility indigenous arctic population by “urban heat island” // Proceedings of the 2nd Pan-Eurasian Experiment (PEEX) Conference and the 6th PEEX Meeting. Beijing, 2016. P. 149-152.

УДК 159.97

## **SUPPORTED ACCOMMODATION OF ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AS A PRACTICE OF THEIR HUMAN POTENTIAL DEVELOPMENT**

**T.V. Furyaeva, A. N. Markevich**

*Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafiev,  
Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** The paper describes development and partial implementation of a structural-functional model of supported living in rural areas of adolescents and young adults with autism spectrum disorders with the help of public parents' organization. The novelty of the research is analysis of the existing alternative residential practices followed by accommodation of persons with mental disabilities in our country and abroad, moreover, the author's development of structural-functional model and its testing within a few years. The monitoring of behavioral characteristics, as well as the degree of involvement of families with special children in the social life shows positive trends in the disabled people's development.

**Keywords:** supported accommodation, autism spectrum disorders, inpatient accommodation, a structural-functional model of social settings, living arrangement, autism spectrum disorders (ASD).

**Relevance.** In Russia autism as a separate mental disorder is diagnosed since 1999 in connection with the transition to statistics on International classification of diseases, the tenth revision.

At the beginning of the XXI century a number of children with autism significantly increased. In this case a system help to people with health disabilities was lacking. It was a powerful impulse to the development of activity in parents having children-autists and formation of public organizations to assist persons with autism spectrum disorders. Due to the proportion of diagnosed individuals represents a category of preschool and young school aged children, the significant positive developments in the organization of psycho-pedagogical assistance happened in the pre-school education.

At present, a matter of life in adults with autism becomes more urgent.

Adult period is the longest one and all efforts of experts and parents should be oriented to the realization of the children human potential in adult life. In most cases the unresolved issue of supported living for persons with autism considering their features and capabilities leads to the loss of most skills, which is intellectual and personal degradation of human potential.

In Russia for a person with psychophysical features adulthood is determined and limited by the mass “impossibilities”, especially for people with mental violations, in particular, with autism spectrum disorders.

Until recently, a possibility of developing a system of supported accommodation outside psychoneurological boarding schools was not considered.

However, in 2012, the UN Convention on the rights of persons with disabilities (hereinafter the Convention) was ratified and Russia joined the developed countries.

The Convention provides clear legal guidance in the part of regarding arrangement of the adult life of the person with a disability. In this regard, began active development of social legislation. This became instrumental in the active development of social legislation.

It is a difficult and long process, but having the established legal basis for developing different forms of living arrangements for persons with psychophysical disorders, there is a need to develop and test various models of living arrangements, and create appropriate infrastructure.

**Problem statement.** The objective of the study is to define necessary and adequate conditions of life, ensuring realization of human potential in persons with severe and complicated forms of autism spectrum disorders.

Insufficient theoretical study of the problem concerning practices for organization of living conditions for people with mental disabilities in Russia, and in particular, individuals with autism influenced the choice of the article topic. The article gives main attention to the development and implementation of the model of supported accommodation for disabled people in the countryside.

**Materials and methods.** The study is built was carried out within the framework of a systemic approach and considers the process of accompanying supported accommodation of persons with special needs as a complex psychopedagogical system, the effectiveness of which depends on such methods as projecting and modeling (L. S. Vygotsky L. S., Bruner J., Galperin P. Y., Davydov V. V., Schedrovitsky G. P., Salmina N. G. etc.). Developing a model of the studied object, which goes beyond the immediate information by the postulation of axioms and hypotheses, reflects not only empirical characteristics, but also the nature of the system. The modeling is the process of constructing idealized objects in which new theoretical knowledge is formed through symbolic means. The use of formative experiment involves the projecting and simulation of the psychological problems, psycho-pedagogical means and conditions. As a

counterpart, the scheme, system, a landmark orientational structure of the model allows us to maintain and expand knowledge of existing practices, design new original variants, and show the ways of conversion and management.

The main problem when using the system approach is the problem of separation of invariant characteristic of the system. The invariant content of the system approach to the modeling of complex objects is the interaction of many parts, elements and their integration into a whole. G. P. Shchedrovitsky represents a description of the object or phenomenon systematically on the system level as: a) a process or set of processes; b) a functioning structure, or a structure of functions; c) organization of material - morphology, like fixing the traces of the processes and functional structures, and d) a substrate. Pedagogical systems are an example of complex objects. They are classified into: structural-functional units, process formative education, and student-oriented system. Pedagogical systems have a constant exchange with the outside world. Due to the functioning of these dynamic systems, the goal of their existence is purposeful and developing.

**Results and discussion.** The analysis of the existing practices in the implementation of the human potential in persons with autism demonstrates that in Russia there is mainly a targeted aid instead of conditions for full and the greatest possible independent life and realization human potential.

According to the Convention, a principle of social inclusion is of particular significance and every country should keep it in mind.

It focuses on the inclusion of people with disabilities in the life of the existing structures of society, taking into account the human potential of each person. Currently, Russian legislation is undergoing major changes related to the recognition of the rights of persons with disabilities disabled persons rights.

In particular, the law stipulates the statement of discrimination inadmissibility on the basis of disability In particular, the law declares discrimination based on disability inadmissible by the Federal law of December, 1st, 2014 No. 419-FZ “On amendments to certain legislative acts of the Russian Federation on social protection of disabled persons in connection with the ratification of the Convention on the rights of persons with disabilities”.

Most of the provisions, which entered introduced on January 1st, 2016, including Article 3.1 complemented amended Law No. 181-FZ. However, the current model of protection for disabled people in our state are is not differentiated, and often limits their capacity capacities.

As a result a person with mental disorders has only two ways after his parents death – he needs to adapt to independent life in the society learning to make right decisions in critical situations, or to lose his capacities and check into a psychoneurological dispensary as there are no social support services in the country.

A new phase in the situation came due to the active legislative reform largely under the influence of the vigorous activity of different public associations to

harmonize our legislation with the principles of the Convention. One of the most important changes concerns the Institute of legal capacity.

In 2012 a number of senators headed by Chairman of the Federation Council of the Russian Federation proposed introduction of the differentiated system that extends an alternative to the “competent – incompetent”.

This resulted to the adoption of the Federal law on December, 12th, 2012 No. 302-FZ “On amendments to chapters 1, 2, 3 and 4 of the Civil Code of the Russian Federation” (hereinafter Law №302-FZ), recognition of mental disorders as disability, and the corresponding changes in the renovated Civil Code - Articles 29, 30, 33, 36.

The adopted law aims to develop the model of support and protection for people with mental disabilities in line with under Article 12 of the Convention, which concluded the principles of realization by persons with disabilities of their legal capacity realizing the right to legal capacity by disabled persons and the principle of proportionality contained in part 3 of Article 55 of the Constitution.

Law No. 302-FZ introduces the concept of declining mental capacity with the aim to determine a real level based on the limited capacities in adolescents of 14 to 18 years.

In this case, a person will be able to do small household chores and other transactions and handle legal matters with the consent of the Trustee.

The main goal objective of the innovation – providing support in decision-making to the extent required by the person in the light of in accordance with his ability to understand the significance of their his actions and control them. The law developers consider diminished limited capacity as a movable changing variable structure depending on the improvement or deterioration of the vulnerable adult.

That is, the degree of autonomy in the implementation of individual actions is a configurable dynamic value and has a wide range from full autonomy to full supervision by the Trustee and, if necessary, further clarification and simplification of the information to the extent that will could enable the person to make an independent decision. The law entered into force became operative on March, 15th, 2015. But unfortunately, in order for the law really started to act to make the law really operate in full accordance with the idea of the developers it is necessary to amend a number of legislative acts regulating restriction of legal capacity in various fields, such as suffrage, professional activity, marriage and child-rearing the upbringing of children, and many others. It also requires amendments to the Civil Procedural Code of the Russian Federation, which regulates actions of the courts when making decisions related to the limitation of legal capacity due to mental disorder.

Without these amendments, flexibility of changes regarding limited capacity is impossible.

In the middle of 2015 based on the protocol decisions of the Government Council on Guardianship in the Social Sphere (pursuant to Article 19 of

the Convention) the Child Support Fund for children in difficult situations developed the Concept of a pilot project. The aim of the project was to provide social welfare for leavers of orphanages/boarding schools, for mentally retarded children living independently in the first years after their finishing the institutions, disabled children over the age of 16, young people over 18 and mental invalids placed in the families.

The concept involves analysis of domestic and foreign experience in implementing hospital- substitute forms and technologies by such services as travel assistance followed by supported daytime activities and supported employment.

Form of data and technology are considered as the main tool of deinstitutionalization and reform of boarding school system. The objectives of the pilot project are: (a) the establishment and testing conditions for the introduction of hospital-substitute forms and technologies; b) working out principles and mechanisms for inclusion of hospital- substitute forms and technologies in the public social system with the aim of expanding the range of social services, improving the quality and variability of social services. The Krasnoyarsk Region was also a participant in this pilot project.

We carried out a psychological and pedagogical analysis of various practices in over-spending and rehabilitation of persons with mental disorders in more than twenty regions of the Russian Federation.

They realized the regional program based on a social partnership of regional authorities and social non-profit organizations (NGOs), whereby initiatives are of socially oriented NGOs have acquired or begun to acquire the ICI-dark nature.

In general, all the practices share a common pedagogical approach to the organization of life of people with mental and physical disabilities, which combines the principles of social activity, vocational rehabilitation and independence. However, they consider different formats of accompanied supported accommodation. As a rule, the practice of accompanied supported accommodation exists at the initiative of the public (parents or professionals), or on the basis of thanks to religious communities and organizations.

This situation developed historically, as most philanthropists and religious organizations were engaged in charity. Very often, issues of supported accommodation were solved by enthusiasts without permanent financing.

Today, the attitude of the state towards integration of disabled people into society is changing, so more authorities and institutions including public organizations are focused on creating decent living conditions and inclusion of persons with mental and physical disabilities into society.

The following table shows the analysis results of the accommodation practices of people with mental disorders in our country and abroad. It gives alternative forms and their characteristics in terms of their support and living arrangements.

**Multi-axis classification of alternative forms of supported accommodation for persons with psycho-physical disorders. Supported Accommodation**

Temporary		Permanent	
study and train	crisis	on support level	on arrangement form
every day	in illness or health problems of family members	situation	at in city conditions (own flats, specialized flats, specialized centers and houses)
short-term (periodical)	for rest and restoration of psycho-emotional resources	regular	in conditions of rural places (private houses, specialized houses, country houses)
course (single or periodical)	for solution of living problems or other personal problems	permanent	in autonomy settlements
classification on axis: “support level” and “arrangement form” is identical to permanent format of accommodation			

The analysis allows determining an optimal number of persons for different formats of supported accommodation:

- in specialized centers and houses and country houses a maximum number of persons should not increase 15 men, optimal up to 10 men;
- in flats and common houses – up to 5 men;
- in autonomous settlements a number of persons depends on the size of the settlement, it is not advisable to have more than 50 persons, optimal up to 25 men.

Finally, this study demonstrates that not only every form but the entire system of living arrangement for adults with psycho-physical disorders has the right to exist.

Thus is not adequate to put problem like this – which form of arrangement should be probed in the frames of pilot projects and innovation platforms, and then should be copied. Every living arrangement form needs studying in the frame of pilot projects and innovation platforms with the consequent implementation.

Every form has its own auditorium, tasks and unique peculiarities. All these formats in the complex are represent the system, which gives the right of choice, responds to the requirements and peculiarities of all people with psycho-physical disorders.

In the frame of the research, based on the analysis results and work experience of Krasnoyarsk regional social organization “The society for

assistance to families with children-autists” “Svet Nadezhdy” (“Light of Hope”) a social house “Dobry” (“Kind”) was established at conditions of the supported accommodation platform in the countryside. A structural-functional model was developed in the form of integrated system, representing a natural combination of functionally related components.

This system includes target the objectives, substantial, procedural and control-evaluation components, which reveal the organization of the process, form and determine the interaction of its elements.

Each component has its own functional value, content and connection with other components, elements and modalities conditions of the entire model.

Table 2 presents strategic and tactical conditions.

*Table 2*

**Conditions for the realization of structural-functional model of supported accommodation by stay in a social house “Dobry” (“Kind”)**

	<b>Strategical conditions</b>	<b>Tactical conditions</b>
1	social and psycho-pedagogical characteristics of purpose target group	territory peculiarities of location
2	form of living arrangement of accompanied supported accommodation with classification of alternative forms	diversification of activity and variety of forms
3	sources of finance (creation, development and current activity)	
4	social surroundings and interaction with local society	opening and richness of the surrounding

**Conclusions.** Currently, a social house as an alternative form of supported accommodation by individuals with autism spectrum disorders (ASD) is in the process of development.

It is a gradual topical planned content of the structural-functional model including procedural, control and evaluation components.

Now work in the social sphere is based on the second strategic environment that involves testing different types of activity different activities, forms of work with families, development of infrastructure within the framework of individual projects.

For their implementation for five years about 100 families having children with ASD attended various events.

About 40 families experienced various experimental forms of living.

At the end of each project the target audience underwent monitoring with a questionnaire and interviews.

The analysis of the collected data and further observations show that children regularly express the wish to visit the social house and consider it as a second home.

In the natural surrounding it is possible to organize creative work with those persons who tend to become reserved in urban environment and a lack of interest in joint actions do not show their human potential.

The observations evidence that a part of over-guarded overprotected and dependent adolescents and young people gradually reduced the excessive need for constant presence of a parent nearby, thus increasing their own level of independence.

A significant positive impact on social inclusion of children and adolescents with special needs has a special program called “Respite” in terms of the training stay duration.

Positive trends in the development of human potential in children and adolescents with ASD point to the increasing number of parents considering the platform of social houses for permanent residence for their growing children in the future, and having their intention to finance this project.

### References

1. Hillenbrand C. Inklusion. Anstöße zur Diskussion [Electronic resource]. Powerpoint. 2011. URL : [http://www.uni-ldenburg.de/fileadmin/user\\_upload/sonderpaedagogik/download/DOZ/2011Hillenbrand\\_DOZ\\_Inklusion.pdf](http://www.uni-ldenburg.de/fileadmin/user_upload/sonderpaedagogik/download/DOZ/2011Hillenbrand_DOZ_Inklusion.pdf) (date of access: 17.11.2017). (in German)
2. Jennessen S., Wagner M. Alles so schön bunt hier!? Grundlegendes und Spezifisches zur Inklusion aus sonderpädagogischer Perspektive // Zeitschrift für Heilpädagogik. 2012. № 63. S. 335-344. (in German)
3. Plate E. Staff support for inclusion. An international study : Unpublished Thesis for the Degree of Doctor of Philosophy. Canterbury: Canterbury Christ Church University, 2012. 304 p.
4. Winkel R. Sind wir alle behindert? [Electronic resource] // Welt. URL : [https://www.welt.de/print/die\\_welt/debatte/article13715596/Sind-wir-alle-behindert.html](https://www.welt.de/print/die_welt/debatte/article13715596/Sind-wir-alle-behindert.html) (date of access: 10.07.2018). (in German)
5. Zablocki E.Y. Special children and adults in Russia: the law, law enforcement, looking to the future: the main challenges and their solutions. Moscow : Terevinf, 2013. 368 p. (in Russian)
6. About social protection of invalids in the Russian Federation : Federal law of 24.11.1995 № 181-FZ. (in Russian)
7. 61/106. Convention on the rights of persons with disabilities [Electronic resource] : Resolution adopted by the General Assembly. United Nations. General Assembly. 13.12.2006. URL : <http://www.un-documents.net/a61r106.htm> (date of access: 03.03.2017). (in Russian)
8. On amendments to chapters 1, 2, 3 and 4 of the Civil Code of the Russian Federation : Federal law of 30.12.2012 № 302-FZ. (in Russian)
9. About bases of social service of citizens in the Russian Federation : The Federal law from 28.12.2013 n 442-FZ. (in Russian)

10. Kononova L. On amendments to certain legislative acts of the Russian Federation in order to improve guarantees of the exercise of the rights and freedoms of disabled and not fully capable citizens [Electronic resource] : Report of the Federation Council bill № 879343-6. URL : <http://www.osoboedetstvo.ru/post/2016/06/zakonoproekt-o-raspredelennoy-opeke-prinyat-v-pervom-chtenii> (date of access: 19.07.2017). (in Russian)

11. The Protocol of the Council under the Government of the Russian Federation concerning the Trustee-tion in the social sphere of 27.05.2015 year (item 3) and from 25.06.2015 year (item 5). (in Russian)

12. The concept of a pilot project to provide independent living graduates of orphanages for mentally retarded children, social protection of the population (accompanied by accommodation in the first years after their release from institutions. Fund to support children in difficult life situations. (in Russian)

13. Shchedrovitsky G.P. The system of pedagogical studies (Methodological aspect) // Philology and logic. Moscow : Castaly, 1993. (in Russian)

14. Furyaeva T.V., Bocharova Y.Y. Rehabilitation and integration of people with disabilities in society: a textbook for undergraduates. Krasnoyarsk : Publishing house of Krasnoyarsk state pedagogical University. V.P. Astafiev, 2014. 300 p. (in Russian)

УДК 159.99

## VALUES AND PERSONAL CONCEPTS OF SUBCULTURES REPRESENTATIVES

K. Kalinovskaya, P. Nichkova

*Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** In this article, we examine the qualitative and quantitative comparative analysis among productive, mentally active representatives of the subcultures (LARPers - players operating in real time) and unproductive physically active ones (bikers). They have similar group values and personal concepts, the most significant of which is the sense of unity. They are also characterized by high social interest, communication value (friendship, brotherhood), optimistic view of life, and positive self-image. All respondents note significant role of subcultures as comfortable spheres of interaction between like-minded people. Among them we also detected individual such as family and self-actualization values similarity. However, self-actualization implies different understanding: LARPers associate it with creativity, active life, public recognition, and productive life; as for bikers they associate it with independence, interesting work, and active life. We hypothesize that the subculture where a person acts gives opportunities for individual values actualization as specific subcultures activity influences their way of life and strengthens psychic health.

**Keywords:** values, personal concepts, conceptual sphere of a person, subculture, bikers, LARPers, psychic health, self-actualization, development, unity.

**Relevance.** The majority of scientific works devoted to the problem of subculturality have descriptive character (peculiarities of appearance and behavior, declared norms and rules of membership, and etc.). Research methods basically include observation and the activity results analysis. Even describing psychological characteristics authors do not refer to the results of empiric research. Also subcultures representatives are hardly studied and their values and concepts are poorly illuminated. Thus, subculture is described more from a culturological point of view than from psychological one. Maybe due to this in Russian papers you can find value judgments instead of facts. There are still a lot of questions about the reasons for subcultures creation, the motives for joining them, their influence on personality, their development and many others.

Psychological health, as well as physical, directly depends on the degree of development of the personality, the ability to express one's own uniqueness or, on the contrary, unity with others. Being included into one or another social group through the process of socialization, a person obtains holistic identity. This is a way to a healthy and harmonic personality.

Taking a subculture as an institution of socialization, one can say that joining a subculture can become an opportunity to achieve psychological well-being.

**Problem Statement.** We recognize the need for empirical testing of theoretical ideas about the genesis, development and psychological bases of subculture. Deeper understanding of subculturality can help solve such problems as negative image of subcultures, mixing criminal counterculture and leisure subcultures, and also disclose one's motives to join a subculture as a way of socialization. Besides, "fundamental idea of a human essence, his essential powers, reason and prospective of being remain extremely poor, abstract, unfruitful in real life". The reason why a person chooses a specific cultural content and a referring group is the priority for psychological studies of a subculture as a way of socialization.

Concepts and conceptual sphere studies are actual ones. In Russia, this is due to economic, political, social and cultural changes that occurred after the collapse of the USSR and subsequent reforms. The concepts and values on which society had been based were suddenly destroyed and necessitated the creation of new values, new norms and new institutions of socialization.

The researchers have never studied subcultures representatives through examination of their values and personal concepts. However, a number of authors suppose, for example, that subculturality is a way to socialization, and a way of social estrangement overcoming, and identity formation through adoption of values system. Socialization (i.e., the inclusion of a person in social relations) requires adopting the values and norms of behavior that society has, so subculturalism can become a means of adopting these values, as well as a way of their actualization,

depending on the reasons for joining a subculture. This idea is based on observation of subcultures representatives and description of their external characteristics. However, it is not based on empirically studied internal mental characteristics, and they need to be studied more thoroughly, and also the thesis that representatives of one subculture share common values (most researchers put forward this thesis, but this is not supported by psychological research).

This research involves such psychological category as values and personal concepts, since studies of subculture phenomena (references cited above), as well as studies of youth values do exist. However, specific subculture values and their correlation with the personal concepts of the subculture members obtained with the help of psychological methods of conceptual studies have not been studied.

We based our research on the theories listed below:

1. Subculture is a culture subsystem which is based on the following criteria: stereotypes, norms, ideas, rituals, customs, and values. All researchers of subcultures agree that the criteria of common values exist.

2. The subculture content is connected with lifestyle and behavior as well as with world view, values, and personal concepts of people.

3. Subculture as a social group is characterized by common interests, values, and behavior norms of its representatives.

4. Personal concepts are an ideal realization of values, i.e. values transmitted by a subculture are the reflection of personal concepts and values of its representatives.

5. Subcultures can be classified based on the activity criteria. Depending on the type of activity in subcultural product generation, individual values of subculture representatives will differ since people who prefer physical or mental activity have different life guidelines.

Materials and Methods. Our objective was to study different subcultures values and concepts.

To implement this objective from 2016 to 2017 we carried out a multistage research of individual values and concepts as well as subcultural values among two groups: LARP society representatives (n=14) and bikers' society representatives (n=14) aged from 20 to 35 years.

To define individual values and personal concepts we used the following methods: G. Allport and J. Gillespie's "autobiography of future" (1998 г.), J. Sacks and S. Levi's "unfinished sentences" (1950 г.), M. Rokeach's "values orientations" (1973 г.), and D. Leontiev's test of life meaning orientations (TLO) (1999 г.). To study subcultural values and external characters of both subcultures (traditions, norms, customs, and etc.) we used an author's questionnaire.

Before the research we made a pilot approbation of the questionnaire by two experienced LARPer with a proof-reading afterwards.

To study subcultural values of LARPer and bikers we analyzed the results of the questionnaire “My subculturality”, Sacks and Levi’s “unfinished sentences”, and included field observation and personal interviews. To study individual values, we carried out a content analysis of the Allport’s and Gillespie’s “autobiography of future” method and analyzed the results of the Rokeach’s “values orientations” method. We discovered the categories of individual values through the content analysis of the Allport’s and Gillespie’s “autobiography of future” method. Then we compared them with the values offered by Rokeach, and afterwards they were compared with the materials obtained with the help of author’s questionnaire “My subculturality”. TLO method was used to define meaningfulness of life. The materials of all standardized methods were compiled according to authors’ keys. As a statistic method we used transferring quantitative data as percentage. Besides, in the content analysis the coefficient of categories share was estimated.

**Results of the Research.** We devoted the first stage of the research to the subcultural values study. We defined such subcultural LARPer’s values as communication, self-actualization and self-development, and role testing. As for subcultural bikers’ values, they were communication and freedom. Positivity, brotherhood, and risk are less spread bikers values. Values were ranged according to frequency of their appearance in the materials. Thus it is obvious that the leading value of both subcultures is communication. These data were based on TLO and “unfinished sentences” materials. We found high social interest, values of communication (friendship and brotherhood), optimistic outlook on life, and positivity of the image. Communication with like-minded people is considered a concept of unity.

The objective of the second stage was to study individual values and concepts of both subcultures. Both subcultures mark family and self-actualization as leading individual values, however self-actualization imply different understanding: LARPer associate it with creativity, active life, public recognition, and productive life according to Rokeach; and bikers associate it with independence, interesting work, and active life according to Rokeach.

Family as the leading individual value is common to all mankind. In the respondents’ lives family significance is reflected in the data obtained via “unfinished sentences” method.

Statistical analysis discovered the group and individual values hierarchy of LARPer and bikers which we show in Table 1.

Our sample confirms the hypothesis that representatives of both selected subcultures indicate a sense of unity as one of the values. Our assumptions about the individual values of the representatives were also true. Both LARPer and bikers mark creativity and productivity as individual values.

### Correlation of the research results of subculture and individual values

LARP community values	Bikers community values	LARPer's individual values	Bikers individual values
<i>communication, role testing, self-development, self-actualisation, tolerance, creativity, emotional experience, education and erudition, useful skills and abilities, support, hobby</i>	<i>communication, freedom, risk, brotherhood, common interests, equality, social usefulness, useful abilities and skills, positivity</i>	<i>family, self-actualisation, material well-being, communication, travelling, emotional well-being, physical well-being</i>	<i>family, self-actualisation, material well-being, emotional well-being, physical well-being, communication, travelling</i>

*Notes: italics is used for values shared by many respondents*

**Conclusion.** The representatives of both subcultures mark the sense of unity as one of values. It is reflected in high appreciation of communication, high social interest, sense of brotherhood, common interests, communication with like-minded people, and etc.

With the help of empirical research, we fully confirmed such alleged individual values as creativity and productivity. We also discovered such hypothesized values as cognition, development, education and erudition which are just variants of the self-actualization value but they were not marked as one of the leading values according to the analysis of the data obtained by the standardized methods.

A person joining a subculture does not just accept values that are potentially alien to him, but realize his individual values and concepts and choose a subculture in accordance with them. Through socialization, this person achieves the integrity of his identity and, consequently, acquires psychological and physical well-being. Transmitting different values, subcultures attract different people who strive to realize their individual values and concepts. Considering that the subculture is a way of socialization and a place for the realization of certain values, subcultures can be viewed as a kind of socialization institution. This thesis can matter for psychotherapeutic practice, due to psychotherapeutic effect of a subculture for not socialized person.

In our country after the collapse of the USSR, the lack of basic common cultural values for the entire population became an urgent problem. At the same time the need for values guidelines have not disappeared. This need can be realized through new institutions of socialization namely the subcultures. *Viktor E. Frankl mentioned meaningfulness of life and existence of values*

*guidelines in connection with person's health and Karen Horney described neotenic neuroses and the causes and forms of neuroses in her work "The Neurotic Personality of our Time"*.

Our research supports theoretical concepts of subculture psychology from empirical data, declares positive character of this phenomenon (subculture as a place for values realization and for socialization) and outlines a possibility of subcultures use as new socialization institutions.

## References

1. Abushenko V.L., Gritsanov A.A., Yevelkin G.M. [et al.] *Sociology: Encyclopedia*. Minsk : Interpresservis, 2003. 1312 p. (in Russian)
2. Anufrieva A.N., Kuzmina A.N. *Psychology of youth subculture // NovaInfo [Electronic journal]*. 2015. Vol. 34-2. URL : <http://novainfo.ru/article/3711> (date of access: 03.05.2017). (in Russian)
3. Bakhtin M.M. *To act philosophy // Philosophy and sociology of science and technology*. Moscow, 1986. P. 80-160. (in Russian)
4. Volkov Yu.G., Dobrenkov V.I., Kadariya F.D. [et al.] *Youth sociology*. Rostov-on-Don : Feniks, 2001. 576 p. (in Russian)
5. Volf D.V. *Classification of youth subcultures on the basis of the principle of DIY // Questions of the theory and practice*. 2014. Vol. 5, № 43. P. 69-72. (in Russian)
6. Vygotskiy L.S. *Thinking and speech*. Moscow : Labirint, 1999. 352 p. (in Russian)
7. Guzeva M.V. *Values and valuable orientations of the personality in structure of spiritual and moral education // Azimuth of scientific research: pedagogics and psychology*. 2016. Vol. 2, № 15. P. 40–43. (in Russian)
8. Zebzeeva V.A. *On the way to the person of culture: ekologo-humanistic education*. Moscow: Berlin: Direkt-Media, 2015. 64 p. (in Russian)
9. Kozlov V.P. *Real culture: from an alternative to emo*. St. Petersburg: Amfora, 2009. 352 p. (in Russian)
10. Levikova S.I. *Youth subculture*. Moscow: Grand, 2004. 608 p. (in Russian)
11. Lukov V.A. *Youth subcultures in modern Russia // Humanitarian knowledge in the XXI century Humanitarian knowledge: development trends in the XXI century: in honor of the 70th anniversary of Igor Ilyinsky*. Moscow: publishing house of National Institute of business, 2006. P. 478-505. (in Russian)
12. Blackman S. *Youth Subcultural Theory: A Critical Engagement with the Concept, its Origins and Politics, from the Chicago School to Postmodernism // Journal of Youth Studies*. 2005. Vol. 8. P. 1-20.
13. Nwalozie C.J. *Rethinking Subculture and Subcultural Theory in the Study of Youth Crime – A Theoretical Discourse // Journal of Theoretical and Philosophical Criminology Rethinking Subculture & Subcultural Theory*. 2015. Vol. 7, №1. P. 1-16.
14. Oyserman D. *Culture Three Ways: Culture and Subcultures Within Countries // Annual Review of Psychology*. 2016. Vol. 68. P. 435-463.

## **XENOPHOBIA IN ADOLESCENTS: RESEARCH INTO THE BASIS FOR PREVENTION**

**K.s. Kalinovskaya, E.V. Potapova, T.V. Skutina, E.Y. Fedorenko**

*Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** The article deals with the research into scientific grounds for launching xenophobia prevention programmes for adolescents. It has been proved that among the risk factors leading to xenophobia, one of major factors is “intolerant” self-attitude which induces interpersonal intolerance and xenophobia due to its close genetic correlation with the attitude to the others. In contrast to interpersonal xenophobia, interpersonal tolerance is regarded as the basis for all its specific kinds (inter-age, inter-gender, interethnic, etc.). Valid correlation between xenophobia, tolerance and self-attitude in adolescence has been ascertained for a sample of 120 adolescents learning in mono- and multinational schools. It has been stated that the main effort by adults and the system of education must be made in development of such psychological resources of an adolescent as positive self-attitude, the ability to enter into a dialogue with the other, conflict and emotional competence, tolerance to uncertainty, formation of values corresponding to active pro-social position in the modern society.

**Keywords:** adolescence, xenophobia, tolerance, self-attitude, education, prevention, psychological resources.

**Relevance.** The problem of xenophobia and tolerance in the context of age and education has often been a subject of recent discussions. Xenophobia in the modern society is a multidimensional, multifactor, hybrid notion. Absolutely different social groups can be one’s “own” or “alien” at certain stages of age or historic development. The factor of selecting an object of xenophobia might be another person, a different way of thinking, behaviour or relationship, a different social, religious or ethnic group, etc.

In contemporary conditions, there is a rise in social and educational inequality; migration flows caused by various reasons are intensifying and the problem of interaction between different cultures, races and nationalities is becoming increasingly relevant. For instance, the territory of Krasnoyarsk region has been historically referred to regions with active migration processes. In this regard, economic, social and psychological problems associated with migration of population are really pressing for our region.

Today, it is truly important to understand the phenomenon we deal with, factors that cause demonstration of intolerance toward people different from one’s own self, the psychological mechanism and dynamics of forming “tolerance / intolerance” to one’s “own” and “alien” people throughout life, especially in adolescence. It is important to investigate on factors associated with

xenophobia to understand the risk character of aggressive and deviant behaviour in the society as well as ways to prevent intolerance in the system of education.

State of the problem. In our point of view, a significant aspect in the study of the xenophobia phenomenon is the analysis of age features in mental xenophobic components, relationship and behaviour throughout the whole period of maturing. Acuity and actuality of the “Me-the Other” opposition in the course of adolescent life results in acuity and multiplicity of adolescent conflicts which have high developing potential (Berezin & Lisetskiy, 1996; Raffaelli, 1997; Reese-Weber, 2000; Mukomel, 2014; Revechuk 2014, etc.). The sphere of communication with coevals at this age is segmented according to the principle of psychological distance. The relationship and conflicts with one’s “own” close and distant friends, a group of coevals or with “aliens” have their own specificity and contribute to self-image and self-attitude development.

The key notion of our work is “interpersonal tolerance” which is regarded as a certain attitude to something different, alien in another person: “acceptance, respect of another person’s individuality without losing the feeling of one’s own safety”. The basis of tolerant attitude to the other is constituted by:

a) Understanding “naturalness and inevitability of differences among people and readiness to respect these differences” (Mozeikina, 2006) until they become threatening to the wholeness of a human’s personal borders or bring real danger;

b) A person’s active, subjective, reflexive position towards differences. Tolerance does not mean “unconditional acceptance” of what is unacceptable to a person, but implies exclusion of aggression and hatred, rejection of what is not close or disliked.

Additionally, in our research, we adhere to the idea of close correlation between a person’s self-attitude and the attitude to the others (M.M. Bachtin, N.A. Berdyaev, M. Boober, K. Rogers, S.L. Rubinshtein, E.O. Smirnova, etc.). “Encounter with the other (therefore understanding, compassion, dialogue) is only possible if this other person initially lives in the person’s consciousness”. Thus an already existing attitude of the “inner other” is projected onto a certain encountered person. “That is how attitude to other people reflects and expresses the person’s self-attitude – their own well-being and self-consciousness”.

The correlation between self-attitude and interpersonal tolerance was used as the basis for psychological model creation for xenophobia development in adolescence. Tolerant attitude to the other was regarded as one of possible variants in attitude to the other; tolerance to oneself was regarded as one of possible self-attitude variants. The notion of “intolerance” was considered the pole opposite to tolerance in the continuum of notions: “tolerant self-attitude – tolerant attitude to the other – intolerant attitude to the other – xenophobia”. Intolerance is expressed by denying the value of the “other”, up to its extreme forms – xenophobic attitudes and aggressive actions. According to our basic hypothesis, the “self-attitude – attitude to the other” system is of crucial meaning for demonstration of tolerance / intolerance.

It is supposed that among risk factors leading to xenophobia, one of major factors is intolerant self-attitude, which, due to its close genetic correlation with attitude to the other, induces interpersonal intolerance and xenophobia. As the beginning of adolescence is a sensitive period for development of new formations in the sphere of motivation and wants, profound orientation in people's norms, implications and motives, formation of personal meanings of life, it is important not to disregard this age which is crucial for positive subjective self-attitude development as a basis for positive subjective attitude to the other.

It is supposed that a necessary stage in development of a theory concerning tolerant and intolerant self-attitude and attitude to the other is to draw out a psychological model regarding xenophobia as a systematic revelation of profound mechanisms of a person's self-regulation, self-attitude and relationship. It will help to reveal key psychological reasons for xenophobia formation at the level of a separate person, to compare manifestations of xenophobia in adolescence and maturity, to describe mechanisms of generating intolerance both to oneself and to the other.

**Materials and methods.** The goal of our research was to ascertain correlation between interpersonal tolerance, xenophobia and different aspects of self-attitude in junior and senior adolescence and age dynamics of this correlation within the context of the research into scientific ground for xenophobia prevention.

To achieve this goal, we conducted a multistage research into correlation of interpersonal tolerance, xenophobic manifestations and self-attitude in groups of junior and senior adolescents learning in mono- and multinational schools in Krasnoyarsk (n=120, male and female secondary school students aged 11-14) as well as their teachers within the period from 2012 until 2015.

The method of diagnosing general communicative tolerance by V.V. Boiko was used to study interpersonal tolerance thus revealing a person's tolerant and intolerant attitudes which appear during the process of communication. Self-attitude and its separate aspects were studied by means of the "questionnaire of self-attitude" (QSA) (V.V. Stolin, S.R. Panteleev).

The following methods corresponding to the goal and conditions of the present research were created to reveal xenophobic tendencies among adolescents:

1. a projective method of describing one's "own" and "alien" coeval;
2. a method of projective story "An "alien" newcomer in the class" (T.V. Skutina), aimed to reveal xenophobic tendencies at the level of prior conceptions of the type of attitude,
3. a questionnaire on xenophobic manifestations in adolescents' behaviour (E.Y. Fedorenko) aimed to be done by the teacher based on regular observation of a particular adolescent.

We used the method of the  $\phi^*$  criterion angle conversion by Fisher as a method of value difference assessment between the groups and as the method of assessment of correlation closeness we used the coefficient of rank correlation by Spearman.

Results of the research. The first stage of the research was devoted to collecting generalised conceptions of junior and senior adolescents about their “own” and “alien” coevals. It was proved that there are characteristics of a person and behaviour provoking emotional response and desire to act this or that way on adolescents’ foreground while identifying their “own” and “alien” ones. Manifestations of intolerance, xenophobia and rejection / fear of the alien in adolescence are determined by contradictions of an interpersonal character. The basis for accepting a coeval as one’s “own” or rejecting them appears to be not specificity of ethnic membership but stereotypes and preferences natural for this age.

The goal of the second stage was to compare aspects of self-attitude and ascertain closeness of their correlation with interpersonal tolerance and xenophobia (hostility) in junior and senior adolescence. The following statistically valid results were obtained:

- interpersonal tolerance has positive correlation with self-attitude in adolescence;
- the closest correlation is revealed between interpersonal tolerance and self-respect in all compared samples: among both male and female secondary school students and in both generalised groups of junior and senior adolescents;
- valid correlation was revealed between interpersonal tolerance and self-acceptance among groups of junior and senior adolescents generalised according to the gender criterion;
- a tendency to spontaneous expression of xenophobic attitude to the coeval regarded as “alien” is only characteristic of male junior adolescents;
- there is close positive correlation between interpersonal tolerance and auto-sympathy in senior adolescence which is not characteristic of junior adolescents;
- it was ascertained that the highest number of self-attitude aspects had valid positive correlation with interpersonal tolerance and acceptance of the others and negative correlation with hostility in the group of senior adolescents.

The next stage of our research was devoted to age dynamics assessment of correlation between interpersonal tolerance / intolerance and aspects of self-attitude by means of the longitudinal research. It was revealed that steady correlation between tolerance and self-respect both in junior and senior adolescence is combined with a tendency to self-respect growth by the period of senior adolescence.

The fourth stage of our research included ensuring stability of the revealed correlations between self-attitude, tolerance and xenophobia in junior and senior adolescents studying at mono- and multinational schools. The analysis of all obtained data concerning communicative tolerance and hostility manifestations by means of the Fisher's method lead us to the conclusion that there are no significant differences in groups of both junior and senior adolescents from neither mono-national nor multinational schools. Our hypothesis that tolerance will be stronger in multinational environment whereas hostility will be weaker among junior and senior adolescents in comparison to their coevals from mono-national educational environment has not proved its validity as far as our sample is concerned. Mere introduction adolescents into the environment including representatives of different cultures and nationalities, does not promote changes in the tolerance formation mechanism. In our opinion, the revealed qualitative differences in the manner of hostile rhetoric confirm the influence of school environment and way of living on the process of adolescents' well-being and behaviour.

Therefore, we can confirm that tolerant/intolerant attitude to the other depends on manifestation and combination of self-attitude components. It also confirms the correlations described in our psychological model of xenophobia formation in adolescence. The aspects of self-attitude which turn out to be very closely associated with tolerance are capable of a more vivid contribution into its available level. It confirms the possibility of indirect influence on tolerance via organising a set of measures in the educational system ensuring for an adolescent's rise in self-respect, self-acceptance and auto-sympathy.

Our approach to prevention programme creation in the system of education is based on the conception that it is impossible to prevent a symptom that is xenophobia as it is, because this phenomenon is more of an indicator marking an intricate complex of social and psychological characteristics of the person who experiences it. It means that mere direct forms of prevention do not work in such cases. Xenophobia prevention is work on organisation of such an educational environment in which such psychological personal traits which in their essence will contradict, resist and serve as the basis for choosing an alternative pro-social behaviour will be developed, brought up and encouraged. In other words, it is the environment restraining the main development conflict from resolving. In our opinion, preventive educational environment solves the problems of age and non-age adolescent development, creates such a situation of development which provokes, challenges, returns positive feeling to an adolescent. That implies existence of "places" specially organised within this environment to allow for self-expression and making attempts to act in a responsible way.

We showed that xenophobic intolerant behaviour appears when there are problems with well-being, self-realisation and self-expression. In this

connection, it is important to design such a school environment which would provide for stable positive feeling, form self-acceptance and self-respect, and, as the result, respect to the other. Consequently, prevention should include two types of tasks. The first one is associated with the possibility to form resources for positive attitude to oneself, to the other and to the whole world within the framework of education. The second one is concerned with assessment of school environment in terms of prevention or provocation of xenophobia and corresponding work aimed at its enrichment with pedagogical person-oriented, dialogical and reflexive technologies.

**Conclusion.** The research has shown that one of key factors in xenophobia formation is “intolerant” self-attitude (negative self-attitude), which, due to its close genetic correlation with attitude to the other, induces interpersonal intolerance and xenophobia.

We consider the following basic vectors in xenophobia prevention:

1. Forming positive self-attitude among adolescents. It decreases the level of anxiety and mistrust to the world, creates preconditions for accepting oneself and the others as they are which means understanding and accepting diversity of other people’s individuality, accepting them as being self-sustained and self-worth. In the meantime, negative self-attitude creates preconditions for development of such adolescent defensive behaviour forms as xenophobia.

2. “Mirroring” new resources being formed in an adolescent to him- or herself and arranging them in communication and activity. The disclosure of a stable correlation between tolerance and self-respect both in junior and senior adolescence and the stated tendency to increase in manifestation of such aspects of self-attitude as self-respect, auto-sympathy, self-interest, self-acceptance while decrease in manifestation of self-confidence proves the necessity to support these natural tendencies by means of education. It can be realised via development of self-image and self-attitude on the basis of personal choices.

3. Developing the ability of adolescents to enter a dialogue including the other, “alien”. Creation of oneself starts with active experiments on building relationships with coevals. To introduce culture in these experiments is the primary pedagogical goal, which can be realised via collective creative activity in pairs and groups.

4. Opposing techniques of emotional regulation and conflict resolution to xenophobic behaviour. It sets the necessity of the “artificial” line of conflict competence development: intentional teaching and up-bringing, development of adolescents’ inner resources such as value, motivation and operational levels which are directed mainly not under subjective conditions of conflict resolution but within the framework of a dialogue with coevals establishing rapport and collaboration with them.

In summary, it is worth underlining urgent necessity of systematic development of the above-mentioned resources in teachers and parents. Designing such work is the area of our interest at the next stage of our research.

### References

1. Boginskaya J.V. Up-bringing of tolerance in adolescents: forms and methods of work // *Pedagogics: traditions and innovations: materials of VI International scientific conference*. Chelyabinsk, 2015. P. 102. (in Russian)
2. Kozuhar G.S. Forms of interpersonal tolerance: criterion features and peculiarities // *Psychological journal*. 2008. № 3. P. 30-40. (in Russian)
3. Mozeikina L.B. Development of adolescents' tolerance in the framework of educational process // *Omsk scientific bulletin*. 2007. № 2. P. 181-183. (in Russian)
4. Mukomel V. Xenophobia as a basis of solidarity // *Sociological Research*. 2014. № 6. P. 33-47.
5. Reese–Weber M. Middle and Late Adolescents' Conflict Resolution Skills with Siblings : Associations with Interparental and Parent–Adolescent Conflict Resolution // *Journal of Youth and Adolescence*. 2000. № 6. P. 697-711.
6. Revechuk I.V. Methodological contradictions of modern researches of ethnic tolerance and identity in psychology and psychiatry // *American Journal of Scientific and Educational Research*. 2014. № 1. P. 535-541.
7. Skutina T. Interpersonal tolerance and self-attitude in adolescence // *European Applied Sciences*. 2014. № 3. P. 86-89.
8. Skutina T.V., Kalinovskaya K.s., Potapova E.V., Fedorenko E.Y. Xenophobia prevention in education : monograph. Krasnoyarsk: Siberian Federal University, 2017. 362 p. (in Russian)

УДК 159.91

## PHYSICAL EDUCATION TEACHERS' PHYSICAL WELL-BEING AS A POTENTIAL FOR THEIR PROFESSIONAL ACTIVITIES

L. Kardeliene, J. Sucylaite, G. Kavaliauskiene

*Department of Holistic Medicine, Faculty of Health Sciences,  
Klaipeda University, Klaipeda, Lithuania*

**Abstract.** Physical education teachers' health, especially the musculoskeletal system, as a potential basis for successful activity is a rarely analyzed subject especially in Lithuania. The study's main goal is to determine the physical education teachers' physical well-being. A total of 31 males and 25 females (55.4 per cent and 44.6 per cent respectively) formed an independent sample. We surveyed physical education teachers using a questionnaire, made up of separate statements and questions,

involving research variables. We revealed the health condition by 10-point scale (Stock, Kramer, 2000). The results of the study suggest that among physical education teachers there is a positive correlation between psychosomatic and somatic ailments and socio-demographic variables such as sex, pedagogical work experience, age, and working hours. We identified the number of negative physical factors such as lifting heavy tools, long sitting or standing hours, unpleasant body posture, and unsuitable lack of an ergonomic environment. Among the psychosocial factors affecting the physical education teachers' health negatively, there are low teachers' prestige in society, workload, and low financial rewards.

**Keywords:** physical education, teachers, well-being, professional activity.

**Introduction.** A physical education teacher plays a crucial role in organizing and conducting education process for pupils that forms their social values and behavior (Lubysheva & Dmitriev, 2017). He or she develops such pedagogical health-saving technologies that allow us to form the curriculum: strategies for teaching, learning and assessing as well as school subject topics (Kardelienė, 2016). Such professional activity must coincide with pupils' needs and achievements, involve them into active and conscious learning, and create ground for obtaining essential basics for general and professional competences (Sheregi, 2016). This is where the physical education teacher's role emerges (Trinkūnienė, Kardelienė, 2013), especially his physical health as an attribute affecting his professional position.

In many countries, including Lithuania, while analysing physical well-being as one of the components that reflects physical education teachers' well-being, it was observed that the physical education teachers' activity is higher than the activity in other adults in Lithuania. Two thirds of them think that their work is hard (Vizbaraitė, Česnaitienė, 2006) and they suffer from various ailments (Kardelienė, 2016). Physical education teachers' health disturbances are also recorded in other countries due to their heavy workload and its' nature (Erick, Smith, 2013). Teachers are essential for the effective functioning of the educational system and for improving the learning processes quality. We conducted the study aiming to determine physical education teachers' physical well-being due to the need for facts about it especially in Lithuania.

**Methods and materials.** *Research participants.* A total of 31 males and 25 females (55.4 per cent and 44.6 per cent respectively) formed an independent sample. The volume of this sample was made up of 69.13 per cent of all Šiauliai physical education teachers (79.48 per cent were males and 59.52 per cent were females). The investigated men and women ratio coincided with their distribution among the general population (48.2 per cent male were males and 51.8 per cent

were females). Among the participants in the study, according to their university specialty, physical education teachers were dominant. In respect to their pedagogical qualification, head teachers were the most abundant. The average age for males was  $45.28 \pm 1.93$  and for females it was  $44.79 \pm 1.45$ . Pedagogical work-experience was similar amongst participants (both males and females):  $21.03 \pm 1.92$  and  $21.04 \pm 1.46$  years respectively. Such individuals' homogeneity allows carrying out a comparative data analysis according to participants' gender and pedagogical work experience. The block of sociodemographic questions consisted of independent research variables described in the sample.

*Methods.* We surveyed physical education teachers using a questionnaire, made up of separate statements and questions involving research variables. We revealed the health condition by 10-point scale (Stock, Kramer, 2000). The participants pointed out their various ailments during the last 12 months. According to frequency of ailments two research groups were formed:

- The first group involved persons who rarely suffered from ailments (never or very seldom had any health disorders);
- The second group involved persons who often suffered from ailments (frequently or very frequently had health disorders).

To calculate the value of every disorder mentioned, we gave the numerical value to different answers: one point – never had disorders, four points – very often had disorders. All disorder values allowed us to split researched educators into two groups:

- The first group (the sum of the values was equal to or less than the average) involved persons suffering from short-term ailments;
- The second group (the sum of the values was higher than the average) involved persons suffering long-term ailments.

*Research procedures.* We applied a written questionnaire method and teachers who were willing to respond participated in the research. The questionnaires were given individually to each participant with the instructions on when to return them.

*Statistical analysis.* We calculated the research data using SPSS for Windows 14 application. Descriptive and inferential statistical methods were used to calculate numerical characteristics and statistical significance criterions. We checked hypotheses using parametrical and non-parametrical criterions (Student's t-test, Chi-squared, Mann-Whitney test). Results were considered statistically significant if possibility of error was  $p \leq 0.05$  with 95 per cent confidence.

**Research Results.** Psychosomatic and somatic disorders and their influence on physical education teachers during the past 12 months are illustrated in Table 1.

Table 1

**Psychosomatic and somatic disorders that affected physical education teachers' health within 12 months (per cent)**

<b>Disorders</b>	<b>Males</b>	<b>Females</b>
Headaches	12.3	29.0**
Anxiety	21.1	35.5*
Depression	7.3	12.5
Sleep disturbances, insomnia	19.3	19.6
Increased heart rate, dizziness	11.7	22.6*
Diarrhea	5.0	3.6
Constipation	2.8	18.7**
Gastric disorders, acid reflux	22.8	24.1
Back pain	38.7	40.6
Neck or shoulder pain	24.4	23.9

\* -  $p < 0.01$  comparing male and female data

\*\* -  $p < 0.001$  comparing male and female data

Table 1 shows that women, compared to men, suffered more during within 12 months from such ailments as headaches, anxiety, increased heart rate, dizziness, and constipation.

In pedagogical work experience groups, statistically significant differences were found amongst psychosomatic and somatic disorders (Table 2).

Table 2

**Psychosomatic and somatic disorders that affected physical education teachers' health during the past 12 months in respect to work experience (per cent)**

<b>Disorders</b>	<b>20 or less years</b>	<b>&gt; 20 years</b>
Headaches	18.6	20.5
Anxiety	25.7	28.6
Depression	7.8	11.2
Sleep disturbances, insomnia	16.3	19.6
Increased heart rate, dizziness	10.8	22.4**
Diarrhea	3.6	5.5
Constipation	7.2	13.1
Gastric disorders, acid reflux	21.6	24.7
Back pain	35.3	44.6
Neck or shoulder pain	17.5	31.8**

\*\* -  $p < 0.01$  comparing male and female data

As Table 2 shows, teachers with higher work experience more often suffered from increased heart rate, dizziness, and neck or shoulder pain. It is notable that results showing the prevalence of other health disorders revealed that educators with longer work experience tend to have more health-related issues. The fact is confirmed by more doctor appointments that teachers from this group had (except dentist visits) in the past 6 months. Such collation of data allows us to show the validity of the method used in this research. The data coincides with another research investigating the same phenomenon, although the applied method used other statements/questions (Kardelis, 2016). We found that female physical education teachers with more experience more often exhibited sleep disturbances and insomnia (30.0 per cent and 10.7 per cent,  $p < 0.005$ ), increased heart rate, dizziness (35.6 per cent and 12.0 per cent,  $p < 0.001$ ), and diarrhea (98.5 per cent and 0.0 per cent,  $p < 0.01$ ) than their less experienced counterparts. On the other hand, they more often felt depressed (17.5 per cent and 7.9 per cent,  $p < 0.09$ ) and constipated (25.4 per cent and 14.3 per cent,  $p < 0.1$ ). With regard to the amount of work experience, we found differences between the sensations of neck or shoulder pain in physical education teachers. Individuals with longer work experience felt these disorders more often (respectively 33.7 per cent and 15.6 per cent,  $p < 0.005$ ). While investigating psychosomatic and somatic disorders during the past 12 months and their relationship with work experience, differences were found amongst male and female participants. They are shown in Table 3.

Table 3

**Psychosomatic and somatic disorders identified in the last 12 months amongst male and female physical education teachers with regard to their work experience (per cent)**

Disorders	Pedagogical work experience			
	≤20 years		>20 years	
	Males	Females	Males	Females
Headache	9.9	28.9**	14.9	28.8*
Anxiety	22.0	30.3	20.5	40.7**
Depression	7.8	7.9	7.0	17.5*
Sleep disturbances, insomnia	20.9	10.7	18.0	30.0
Increased heart rate, dizziness	9.9	12.0	13.6	35.6**
Diarrhea	6.6	0.0*	3.4	8.5
Constipation	1.1	14.3***	4.7	25.4***
Gastric disorders, acid reflux	19.8	23.7	25.0	24.1
Back pain	34.1	36.8	43.8	45.8
Neck or shoulder pain	15.6	19.7	33.7	28.8

- \* -  $p < 0.05$  comparing male and female data
- \*\* -  $p < 0.01$  comparing male and female data
- \*\*\* -  $p < 0.001$  comparing male and female data

As Table 3 shows the psychosomatic and somatic disorders differ among male and female physical education teachers. Female teachers with longer work experience are tend to exhibit headaches, anxiety, increased heart rate, dizziness, and constipation more often than male individuals. As seen in the table above, the ailment difference between males and females is less pronounced in the group of teachers with less pedagogical work experience. Hence, females are more likely to complain of various ailments than males.

**Discussion.** The results of the study showed that in both groups of working experience females are more likely than males to have anxiety, high heart rate, dizziness, and headaches. These results are also supported by the Chinese teachers study which found that females are more likely to experience emotional exhaustion than males, they also have more daily housework responsibilities and in view of this differences between their musculoskeletal and structural patterns are obvious (Erick, Smith, 2013). The mentioned differences between gender-related ailments, headache, back pain, and neck pain can be explained by the women's lower physical activity during their leisure time while particular muscle groups are being strengthened. Moreover, these muscle groups are diminishing due to the high attention paid to the training of pupils and the abundance of housework. Also, the physical education teachers' ailments are influenced by the preparation work for suitable working environment, for example, transporting heavy tools, and etc.

In the next study from Brazil, female school teachers were reported to have a higher musculoskeletal disorders prevalence rate due to their working conditions (Erick, Smith, 2013). As reported, the majority of female teachers were qualified with low salaries and high work demands. They were less offered executive positions. On the other hand, on an individual level, each ailment is caused by physical education teacher's body structure and the sports experience, i.e. some teachers are basketball players, while others are swimmers, athletes, and etc. But it is noteworthy that women, according to health psychologists, feel more pain and tend to express it.

As other research (i.e., Bartholomew et al., 2014), our study has shown that the more working experience a physical education teacher has, the more he has various psychosomatic and somatic ailments. It happens because over the years the muscle mass of the physical education teachers decreases, tissue elasticity deteriorates and joints become weaker. In other words, the human body accumulates both positive and negative effects of professional and personal life. Also, older teachers have reduced physical and psychosocial abilities compared to their younger colleagues. In certain cases, as our study shows, headaches among women do not depend on the length of their pedagogical work experience. It is due to the facts that at the beginning of the career specialists take a lot of responsibilities, therefore, they lack rest and balanced work regime. In Chinese, the prevalence of shoulder pain was significantly higher among teachers with 1 to 15 years of teaching experience ( $p < 0.005$ ) while those with 16 to 20 years of

teaching experience reported lower prevalence ( $p < 0.001$ ) (Erick, Smith, 2013). These authors also reported the same results in their analysis of risk factors for teachers' health. Another study in Estonia has shown that those physical education teachers who do not regularly exercise belong to the group that suffer from having a lumbar spinal pain (Erick, Smith, 2013).

Burned-out educators are unable to deal successfully with the emotional stress caused by teaching pressures (Bartholomew et al., 2014) and authors also draw attention to the situation when teachers' failure to cope can lead to passive attitude towards their work, non-sympathetic behavior with pupils, inefficient lessons, and lack of commitment to their profession. Consequently, physical education teachers' burnout has become the subject worth to be analysed.

*Conclusion.* The results from this study suggest that among physical education teachers there was a positive correlation between psychosomatic and somatic ailments and socio-demographic variables such as sex, pedagogical work experience, age, and working hours. We identified the number of negative physical factors such as the lifting of heavy tools, long sitting or standing hours, unpleasant body posture, and unsuitable lack of an ergonomic environment. Among the psychosocial factors negatively affecting the physical education teachers' health we noted low teachers' prestige in society, heavy workload, and low financial rewards.

## References

1. Sheregi F.E. Teachers of general education organizations: work or service? // Sociologicheskiye issledovaniya. 2016. № 1. P. 108-116. (in Russian)
2. Lubysheva D. New specialist training policy in national physical education system: ontodidactic methodology // Teoriya i praktika fizicheskoy kultury. 2017. № 6. P. 3-5. (in Russian)
3. Zagrevskaya A.I., Lubysheva L.I. Ontokinesiological approach for sportization of physical education within national education system // Teoriya i praktika fizicheskoy kultury. 2017. № 6. P. 6-8. (in Russian)
4. Kardelienė L. Purposefulness of physical education teachers as a determinant of their pupils' objective position in physical education activities in postmodern society // Pedagogika. 2016. Vol. 4. P. 206-215.
5. Trinkūnienė L., Kardelienė L. Occupational difficulties at work of physical education teachers // Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas. 2013. № 1. P. 88-96.
6. Bartholomewa K. J., Ntoumanis N., Cuevas R., Lonsdale C. Job pressure and ill-health in physical education teachers: The mediating role of psychological need thwarting // Teaching and Teacher Education. 2014. Vol. 37. P. 101-107.
7. Vizbaraitė D., Česnaitienė V.J. Kūno kultūros mokytojų mityba ir fizinis aktyvumas sveikatingumo aspektu [The study of PE teacher's nutrition and physical activity from the wellness perspective] // Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas. 2006. Vol. 2, № 61. P. 64-70.
8. Erick P., Smith D. Musculoskeletal disorder risk factors in the teaching profession: a critical review // OA Musculoskeletal Medicine. 2013. Vol. 1, № 3. P. 29.
9. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai: edukologija ir kiti socialiniai mokslai [Research methodology and methods: education science and other social sciences]. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos centras, 2016. 487 p.

## INDICATORS OF HEALTHY LIFESTYLE AMONG UNIVERSITY STUDENTS

**M. Kudryavtsev,**

*Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russia*

**I. Kramida**

*Reshetnev Siberian State Aerospace University, Krasnoyarsk, Russia*

**O. Khlyakin**

*Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** The aim of this work is to explore and justify the peculiarities of students' leading a healthy lifestyle in the educational process of higher educational institutions. This study aims to reveal the main indicators of students' healthy lifestyles. The study results demonstrate the amount of time allocated by students for relevant activities associated with a healthy lifestyle. An analysis of the effectiveness of wellness activities during the training for 1-3 years at the University is presented. To enhance the effectiveness of the educational process and the quality of students' life it is necessary to consider personal features of the students as well as to organize health related measures with the help of health related physical culture means. The worked out approach allows us to achieve real positive psychic and socially important qualities of student's personality during one academic year. We showed approaches to training vitally important skills and abilities, required for adaptation to modern social and cultural medium; to the simplest techniques of organization of independent health related physical culture trainings; to means of health strengthening and formation of knowledge on health related physical culture.

**Keywords:** students, healthy lifestyle, physical activity, contact with ecological environment, positive mental activity.

**Relevance.** Many foreign and national researchers study the problem of preservation and strengthening of health of students in modern society (Iermakov et al, 2016; Kozina et al, 2016; Kuzmin et al., 2015). Many researchers point out the importance of healthy lifestyle and sport activities for young people at universities. (Gaskov et al., 2016; Kuzmin et al, 2016). The relevance of this research lies in the fact that young people are accustomed to the monotonous lifestyle without physical culture and sports (Bliznevsky et al, 2016; Kopylov et al, 2015; Iermakov et al., 2016). Students think there is nothing wrong in such a modern life style, many people live like this so they should live in the same way. As a result the future generation does not struggle with the problems of the deterioration of its health and sees it as norm. Students lead an unhealthy lifestyle

(Kramida, 2014; Kudryavtsev et al., 2016), which includes alcohol abuse, smoking, poor diet, as well as an excessive enthusiasm for the Internet (Kudryavtsev et al., 2016), computer game addiction (Kudryavtsev et al. 2016), attempts to hide from the outside world through the headphone useless music (Shamsuvaleeva & Kashapov, 2012; Kramida & Kadnikova, 2014; Kudryavtsev et al., 2016; Kashapov, 2012; Kramida, 2011; Kramida et al., 2014; Volkova, 2016). Sedentary lifestyles of young people surprise elder people (Iermakov et al., 2016; Ivashchenko et al., 2016; Kozina et al., 2016). It is possible to correct this situation, if teenagers and students see another world with another values (Bliznevsky et al., 2016). Physical well-being activities may contribute greatly to the correct development of the individuality of a young person (Bliznevsky et al. 2016; Gaskov et al., 2016).

As at universities compulsory classes of physical culture are one of the main actual directions in the development of sports and recreational activities of students it is necessary to study their positive effect on young people (Kopylov et al., 2015; Kuzmin et al., 2015; Kuzmin et al., 2016). It is extremely important that young people obtain positive feelings and emotions from the regular weekly physical training. Every time students should leave the gym with great satisfaction, muscle fatigue, feelings and desires to return as soon as possible again in the gym.

Due to a healthy lifestyle the young generation can not only meet the new healthy world, but also change their attitudes and have habits to practice physical culture and sports.

**State of the problem.** A theoretical analysis of the current state of the problem of justifying the healthy lifestyle improvement is given in the writings of various researchers (Kuzmin et al., 2015; Bliznevsky et al., 2016; Osipov et al., 2016). There is a fundamental contradiction between increasing requirements towards the physical development of students, their physical preparedness to the process of educational activity and insufficient development of scientific-methodical bases of a healthy lifestyle for students. (Osipov et al., 2016). This contradiction defines the scientific issues of the research presented by the authors of this article. или presented by us in this article These issues are the analysis of effective recreational activities of first- year, second-year and third-year university students and the description of the conditions of successful implementation of those activities as key indicators of a healthy lifestyle in the educational process of the universities.

The most important role in the foundations of a healthy lifestyle, the practical aspects of their implementation, strengthening and saving of students' health belongs to a young man, his lifestyle and his values (Bliznevsky et al., 2016; Bliznevsky et al., 2016). The role of the physical culture teacher is one of the most important for improving the student's

health. However, the main task in the actions of the teacher should be aimed at studying the indicators of a healthy lifestyle for each student and helping to advance the development and recovery of his unrealized private resources. A healthy lifestyle should become a student's urgent need. The students should assume proper responsibility for their health. The task of physical culture teacher is to benefit the society in the form of assisting the student, promoting and organizing active health activities.

In this research as the main indicators of a healthy lifestyle we took the time devoted by students to the following classes:

1. Extracurricular physical activity in preserving and promoting health (physical exercise, morning exercises, sport games, dancing, running, riding bikes or horses etc.).

2. Contact with ecological environment (walks in the fresh air, trips to the countryside, sunbathing, swimming etc.).

3 Positive mental or spiritual activities (reading books, art, self-education, self-development, social work, etc.).

The purpose of the study is: 1) to find out how much time a university student devotes to actions that are the basis of a healthy lifestyle; 2) whether it is necessary to modify the educational process of the University in order to improve the main indicators of healthy lifestyles of students; 3) if needed, what changes are necessary.

The objective of the study is the analysis of the time spent by the students of both sexes in practicing a healthy lifestyle during their first three years at University.

**Materials and methods.** *Participants.* The undergraduate students learning discipline Physical Culture became the object of study. Those students from Krasnoyarsk were divided into the following groups: 1m, 2m, 3m mean a group of male students of the first, second and third years respectively; 1f, 2f, 3f mean a group of female students of the first-, second- and third- years respectively. In total the study included 345 males and 200females.

*Organization of the research.* During the research the following methods were used:

1. The survey, which was conducted in groups of students of 1-3- years at the end of the academic year. Students were asked to indicate how many hours per day they usually spend on activities related to the main indicators of a healthy lifestyle.

2. Mathematical processing of results of the survey included: a) establishing the proportion of males and females who don't participate in healthy style activities, and percentage of those who do in different time ranges; b) calculating the mean values of time spent on the respective activity; c) assessment of the reliability of differences between values for t-student's test (with a significance level less than 0.05). The obtained data were processed using statistical functions of Microsoft Excel.

**Results and their discussion.** The main results of mathematical processing of the data of the survey of students are shown in tables 1-3.

Tables 1-3 give the percentages of students who are not engaged in activity, and those who are paying the relevant time in different time ranges and at varying intervals, among all students of the corresponding year and gender. In addition, the tables include the average time spent by male (m) and female (f) students on the relevant activities. The sample sizes for all three tables are the same and they are given in table 1. Abbreviations in tables 1 and 2 are: min/d – minutes per day; h/week. – hours per week; h/day – hours per day.

*Table 1*

**Physical activity of students in extracurricular time**

Group, sample size	1 m, 157	2 m, 50	3 m, 94	1f, 92	2 f, 43	3 f, 65
lack of activity, %	0	2	4	2	2	0
1–2 times per month %	16	24	15	26	21	26
<15 min/day or 1- 2 h/week., %	18	14	11	26	16	31
15 – 60 min/day or 2 - 6 h/week, %	51	56	56	38	56	37
≥1–2 h/day., %	15	4	14	8	5	6
on an average day, min.	34.4±2.4	25.4±2.9	34.9±3.0	25.0±2.6	26.0±3.2	23.6±2.9

*Table 2*

**Contact with ecological environment**

Group	1 m, 157	2 m, 50	3 m, 94	1 f, 92	2 f, 43	3 f, 65
lack of activity, %	3	12	5	2	0	2
1-2 times per month, %	20	34	19	18	37	22
<15 min/day or 1 - 2 h/week, %	20	12	17	24	28	15
15 - 60 min/day or 2 - 6 h/week, %	32	34	35	41	28	51
≥1-2 h/day, %	24	8	23	14	7	11
on an average day, min.	39.0±2.9	23.2±3.8	38.5±3.7	32.6±3.2	22.0±3.8	32.2±3.4

**Positive mental or spiritual activities**

Group	1m	2 m	3 m	1 f	2 f	3 f
lack of activity, %	1	0	1	2	0	0
< 1 hour per day, %	19	14	17	21	14	15
1–2 hour per day, %	40	22	39	29	65	42
2–4 hour per day, %	24	36	26	27	7	29
> 4 hour per day, %	15	28	17	21	14	14
>2 hour per day, %	39	64	43	48	21	43
average, hours per day	2.2±0,1	3.0±0.3	2.4±0.2	2.5±0.2	2.0±0.2	2.3±0.2

**Conclusion.** The need for development of a healthy lifestyle among students with the help of physical culture and sport appears to be quite evident. This research yields positive results and greatly improves the successful socialization of students in university education. It was established that modern studies revealed the deeper mechanisms of health improvement activities in the context of education.

Achieving and maintaining a high level of health by means of physical culture and sport is possible only by using positive mental and spiritual activities of students. It is possible to improve health if the student focuses on obtaining the necessary knowledge in all spheres of life, including contacts with ecological environment.

First of all we must remember that the daily use of the basic principles and rules of healthy lifestyle should not be seen as a temporary campaign but as a permanent activity.

When considering the content of physical culture and sports in the framework of the healthy lifestyle of students, it is especially important that they purposefully develop the skills of the young person in unity with the formation of certain motor skills. For a teacher of physical culture the main achievement should be the implementation of certain educational tasks. In this study it was found that for significant shifts in the formation of a healthy lifestyle students need to have a love of independent additional physical activity, promote physical development.

Thus it is established that the indicators of healthy way of life will change for better if students are to increase physical activity and contacts with ecological environment in extracurricular class time, develop a positive mental and spiritual activity.

Summing up the discussion of the results of the research we can say the health benefits from systematic physical exercises and sports will be positive

if there is a constant relationship between the physical activity of students and their systematic physical exercises. The main role of physical culture and sports in the promotion and preservation of health is obvious.

### References

1. Bliznevsky A., Kudryavtsev M., Kuzmin V., Tolstopyatov I., Ionova O., Yermakova T. Influence of personal characteristics of pupils and students on the effectiveness of the relationship to the specific physical activities // *Journal of Physical Education and Sport*. 2016. Vol. 16, № 2. P. 424-432.
2. Bliznevsky A.A., Kudryavtsev M.D., Iermakov S.S., Jagiełło W. Formation of active-effective attitude of 12-13 years' judo athletes to sports functioning in competition period // *Archives of budo*. 2016. Vol. 12. P. 101-115.
3. Gaskov A.V., Kuzmin V.A., Kudryavtsev M.D., Iermakov S.S. Successfulness of general and special physical qualities' development on different stage of students-boxers' training // *Physical Education of Students*. 2016. № 1. P. 4-11.
4. Iermakov S., Podrigalo L., Romanenko V., Tropin Y., Boychenko N., Rovnaya O., Kamaev O. Psycho-physiological features of sportsmen in impact and throwing martial arts // *Journal of Physical Education and Sport*. 2016. Vol. 16, № 2. P. 433-441.
5. Factorial and discriminant analysis as methodological basis of pedagogic control over motor and functional fitness of 14–16-year-old girls // *Journal of Physical Education and Sport*. 2016. Vol. 16, № 2. P. 442-451.
6. Kopylov Yu.A., Jackowska L.N., Kudryavtsev M.D., Kuzmin, V.A., Tolstopyatov I.A., Iermakov S.S. The concept of structure and content of health related trainings for higher educational establishments' students // *Physical Education of Students*. 2015. Vol. 5. P. 23-30.
7. Kozina Z.L., Iermakov S.S., Kuzmin V.A., Kudryavtsev M.D., Galimov G.J. Change of cortisol and insulin content in blood under influence of special workability recreation system for students with high motor functioning level // *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*. 2016. Vol. 7, № 2. P. 1068-1077.
8. Kozina Zh.L., Ol'khovyj O.M., Temchenko V.A. Influence of information technologies on technical fitness of students in sport-oriented physical education // *Physical Education of Students*. 2016. Vol. 1. P. 21-28.
9. Kramida I.E. Valeological practical work on the basis of the Chinese gymnastics a chi kung for students of special medical group // The international scientific and practical conference "Physical training, sport, physical rehabilitation and a recreation in higher educational institutions: problems and prospects of development". Krasnoyarsk: SibSAU, 2011. P. 179-181. (in Russian)
10. Kramida I.E. Monitor addictions of first-year students // The international scientific and practical conference "Social work in prevention of drugs abuse and rehabilitations of drug addicts». Makhachkala: DGS Publ., 2014. P. 113-119. (in Russian)
11. Kramida I.E., Kadnikova N.V. Harmful audiohabit and influence on her a chi kung – training and other classes in physical culture // The international scientific and practical conference "Physical training, sport, physical rehabilitation and a recreation in higher educational institutions: problems and prospects of development". Krasnoyarsk: SibSAU, 2014. P. 28-32. (in Russian)
12. Kramida I.E., Mazaj M.V. Loud music and healthy lifestyle of students // The All-Russian scientific and practical conference "Optimization of teaching and educational and training process in educational institutions of higher education. Healthy lifestyle as factor of prevention of drug addiction". Krasnoyarsk: SibUT, 2014. P. 269-272. (in Russian)

13. Kudryavtsev M.D., Kramida I.E., Osipov A.Iu. Influence of monitor addictions on a healthy lifestyle of students // *Teoriia i praktika fizicheskoy kul'tury*. 2016. № 6. P. 60-65. (in Russian)

14. Kudryavtsev M.D., Kramida I.E., Kuzmin V.A., Iermakov S.S. Influence of training in higher education institution on prevalence and force of a computer game addiction at students // *Physical Education of Students*. 2016. № 3. P. 24-30.

15. Kuzmin V.A., Kopylov Y.A., Kudryavtsev M.D., Tolstopyatov I.A., Galimov G.Y., Ionova O.M. Formation of professionally important qualities of students with weakened motor fitness using a health related and sport-oriented training program // *Journal of Physical Education and Sport*. 2016. Vol. 16, № 1. P. 136-145.

16. Kuzmin V.A., Kopylov Yu.A., Kudryavtsev M.D., Galimov G.Y., Iermakov S.S. Substantiation of effectiveness of trainings on health related methodic for students with weakened motor fitness // *Physical Education of Students*. 2015. № 6. P. 43-49.

17. Osipov A., Vonog V., Prokhorova O., Zhavner T. Students learning in Physical Education in Russia (problems and development perspectives) // *Journal of Physical Education and Sport*. 2016. Suppl. 1. P. 668-693.

18. Osipov A. Yu., Kadomtseva E.M., Starodubtseva N.V., Kharlamova L.V. Increase the level of physical activity of students in the framework of the state strategy of development of the physical culture, sports and tourism // *Problemy Sovremennogo Pedagogicheskogo Obrazovaniya*. 2016. Vol. 50, № 3. P. 104-110. (in Russian)

19. Shamsuvalieva E.Sh., Kashapov R.I. Didactic problems of studies with use of electronic educational resources // *Vestnik RUDN*. 2012. № 4. P. 114-118. (in Russian)

20. Volkova O.V. The compounds and mechanisms of learned helplessness formation among children having weakened health: ontogenetic approach // *Sibirskoe medicinskoe obozrenie*. 2014. № 4. P. 86-91. (in Russian)

**УДК 159.93**

## **RELEVANCE OF EMOTIONAL LITERACY IMPROVING AS A FACTOR OF EMOTIONAL INTELLIGENCE DEVELOPMENT**

**A. Kurshakova, O. Volkova**

*Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** This article discusses the variety of modern domestic and foreign approaches to the definition of the concept and structure of emotional intelligence, as well as the corresponding abilities and competencies. The problems of defining the concept of “emotional literacy”, its role in the healthy way of life and personal effectiveness of a modern person are covered. The subjective beliefs of the Internet users were used as the study material. The low stress tolerance, expressed interest of users in harmonization of interpersonal and intrapersonal relations, acquisition of skills of recognition of the participants’ emotions were revealed. Particular attention was paid to the control of emotional

manifestations of the environment and expressed interest in developing the ability to control ones emotional manifestations. It was revealed that it was the presence of certain competencies that allowed the participants to be highly motivated and helped them to achieve their goals. The urgency of increasing emotional literacy as a factor in the development of emotional intelligence is revealed, which confirms the importance of developing programs aimed at this and the relevance of the present research.

**Keywords:** emotional literacy, emotional intelligence, healthy lifestyle, personal effectiveness, development.

**Relevance.** Scientific psychological community has paid much attention to the formation, development and the influence of emotions on the mental processes influencing successful adaptation of the individual in society and realization of the potential. Worldwide general cultural experience as a whole has the concept of the relationship between cognitive processes and emotional ones, their harmonious interconnection, which in turn became the prerequisite for a close study of emotions.

Emotions instantly represent the internal state; allow you to quickly assess and analyze the situation. Severe emotional stress not only reduces efficiency, but also distorts the subjective perception of reality.

The modern lifestyle of young people, substituting the real interpersonal communication with online communication, leads them to lower indicators of emotional intelligence than their peers have, who spend more time outside the network “Internet” (Rodionova, 2013); also people whose emotional intelligence is high enough estimate their life as happier one (Erokhina, 2010).

**State of the problem.** In Russian psychology the idea of the unity of affect and intellect originally originated in the works of L.S. Vygotsky and was considered by him as the cornerstone of the theory of the child’s mental development. According to L.S. Vygotsky, the unity of affect and intellect is found, first, in the interrelation and mutual influence of these aspects of the psyche on each other at all stages of mental development and, secondly, this unity manifests itself in the fact that this relationship is dynamic, changing, and every step in the development of thinking corresponds to its own stage in the development of affect.

The idea of L.S. Vygotsky was developed in the writings of A.N. Leontev. “It is necessary to distinguish awareness of the objective significance and its importance for the subject (personal sense). The personal sense creates a sense of partiality of human consciousness. What we call experiences are the phenomena arising on the surface of the system of consciousness, in the form of which consciousness acts for the subject in its immediacy” (Leontev, 2012).

The works of S.L. Rubinshtein, A.R. Luria, B. V. Zeigarnik, and others were also devoted to the topic of emotional intelligence.

Considering personal intelligence, H. Gardner distinguished intrapersonal and interpersonal intelligence.

Intrapersonal intelligence was interpreted by him as “access to the own emotional life, to the own affects and emotions: the ability to instantly distinguish feelings, to call them, to translate them into the symbolic codes, use as a means to understand and manage one’s own behavior” (Lysin,2013).

In 1988, Reuven Bar-On introduced the concept of emotional and social intelligence, which determines the behavior of a person. Bar-On is thought to be the first to introduce the concept of an “EQ” - “Emotional Quotient”, the coefficient of emotionality, by analogy with “IQ” - the “Coefficient of Intelligence”. Contribution to the formation of the term “emotional intelligence” was made by D. Wechsler, E. Thorndike, R. Sternberg, H. Eysenck, R. Lazarus, K. Rogers and others.

In 1990, P. Salovey refined and improved model of emotional intelligence, in the structure of which a number of skills were included: recognition of one’s own emotions, mastery of emotions, understanding other people’s emotions, and self-motivation. G.G. Gorskova emphasizes that the most important component of emotional intelligence is the understanding of emotions by the subject (Kholmogorova, Garanyan, 2006).

In contrast to J. Mayer and P. Salovey, who claim that emotional intelligence is based on abilities, K. Bar-On defines emotional intelligence as “a multitude of not informative skills and abilities that affect the individual’s possibility to successfully cope with the demands and pressures of the environment” (Srividhya, Sharmila, 2013).

Initially, R. Bar-On has identified five spheres of competence, which can be identified with the five components of EI; each of these components consists of several subcomponents. The component of self-knowledge includes: awareness of one’s emotions, self-confidence, self-esteem, self-actualization, and independence; interpersonal communication skills include empathy, interpersonal relationships, and social responsibility; ability to adapt is characterized by the skills to solve problems, connection with reality, and flexibility; stress management: stress tolerance and impulse control; prevailing mood: happiness, optimism.

Later, in 2000, K. Bar-On revised the model of emotional intelligence by adding ten components from the first model.

The new concept was defined as a “model of emotional and social intelligence” and included self-esteem, identity, self-confidence, empathy, interpersonal relationships, stress resistance, ability to restrain impulses, test in practice, flexibility and ability to solve problems. He began to consider the other five subcomponents of the original model (self-realization, independence, social responsibility, optimism and happiness)

as “enhancers” rather than constitutive components of emotional and social intelligence.

Lyusin D.V. considered that the interpretation of the intelligence as a cognitive ability was not correct, and in 2004 he determined a fundamentally new model of emotional intelligence. Emotional intelligence is understood by the author as an ability to understand and manage one’s own and others’ emotions. The ability to understand and manage emotions includes the ability to recognize identity and understand the cause of emotion.

The ability to manage emotions means that a person can control the intensity and the external manifestation of emotion. These abilities can be directed both at the individual’s emotions and on the emotions of other people. In view of this, it’s possible to talk about both intrapersonal and interpersonal emotional intelligence. These two options involve the actualization of different cognitive processes and skills; however, they must be related to each other.

In the modern model of emotional intelligence, the area associated with activity indicators –“comprehension of emotions”, is included. It contains four branches of emotional abilities (Mayer, Salove, 2015).

Branch I (perception, evaluation and expression of emotion) includes basic skills: receiving and recognition of emotional information.

Branch II (emotional facilitation of thinking) reflects options of use of emotions for the organization and orientation of cognitive sphere.

Branch III (understanding and analysis of emotions) describes the cognitive processing of emotions.

Branch IV (reflexive regulation of emotions) is represented by the abilities of the individual to have open-mindedness to different approaches of solving problems, to control his own and others’ emotions. This branch of higher order combines the factors that are in harmony with one another: emotional, cognitive and motivational ones.

D. Goleman, based on the ideas of his colleagues about the emotional intelligence, added a few more components to ones, which they had already singled out, namely enthusiasm, perseverance and social skills. Thus, he combined the cognitive abilities included in the model of Salovey and Mayer with personal characteristics.

According to D. Goleman, the structure of emotional intelligence includes five components: 1) identification and naming of emotional states; 2) management of emotional states; 3) ability to enter emotional states that contribute to success; 4) ability to read other people’s emotions, be sensitive to them and control the emotions of others; 5) ability to enter and maintain satisfactory interpersonal relationships with other people.

Individuals with a high level of intrapersonal emotional intelligence have the following qualities: they tend to value their positive qualities and have respect yourself for them; accept themselves regardless of their own

merits or demerits. They are independent and tend to be guided in life by their own goals, beliefs, principles and attitudes. They tend to quickly establish deep and close emotionally intense contacts with people; have a strong desire to acquire knowledge about the world around them. They are capable of a holistic perception of the world and people, tend to perceive the nature of man as a whole, as positive one; have the ability to live the present - to experience the present moment of life in its entirety, to feel the inseparability of the past, the present and the future (Andreeva, 2011).

Overall, highly developed emotional intelligence contributes naturalness of emotional manifestation and positive personal self-conception, which in turn make it possible to establish deep and close relationships with other people (Goleman, 2013).

Thus, developed emotional intelligence is characteristic of a mentally stable person with a high motivation to achieve success. In Goleman's view, this is the most effective employee, showing high results and positively influencing colleagues and subordinates. In this connection, it can be argued that the level of development of emotional intelligence is directly related to personal effectiveness and, the higher the emotional intelligence, the more effective and successful a person is (Erokhina, 2010).

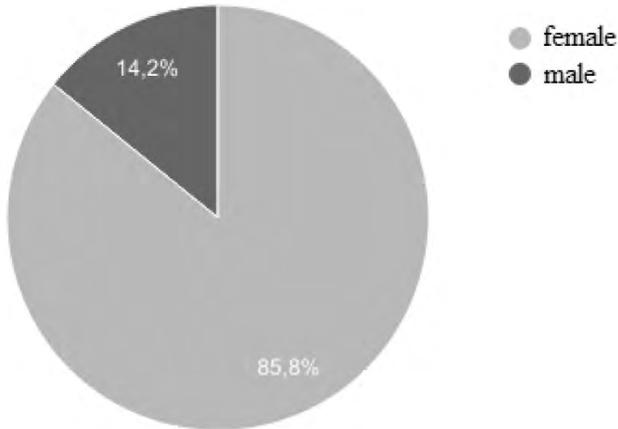
However, a person is not born with ready-made characteristics and competencies. According to D. Goleman et al., emotional intelligence can be purposefully cultivated in the context of culture, as in the childhood at a child in the process of training and education, as well as at the adult during specially organized training.

Emotional culture of personality is the upbringing of emotions; the level of development of emotions, which involves emotional generosity and responsibility to themselves and others for their experiences, contributes to successful social adaptation and emotional well-being. Emotional culture is based on emotional literacy - the ability to verbal expression of emotions on the basis of developed emotional thesaurus (Andreeva, 2011).

The concept of emotional literacy was offered by Claude Steiner. The purpose of this personal characteristic development is the ability to accurately identify feelings and communicate about them, and replenishment of the emotional vocabulary. Knowledge of emotions and feelings is necessary for a person to satisfy his emotional needs, receive emotional support from others, understand them and provide them with emotional "help" (Steiner, 2002)

Emotional literacy improving is one of the first steps in the development of emotional intelligence. According to J. Meyer and P. Shalvey's model of emotional intelligence, the ability to recognize and express feelings is one of the most important structural components. The ability to denote emotions is also a part of the third "branch" of emotional intelligence - understanding of emotions (Goleman, 2013).

**Materials and methods.** We have developed a questionnaire for a survey of Internet users, based on the Emotional Intelligence Test EQ of Hall, TAS, SAN methodology and open questions. A total of 205 persons aged 13 to 60 years from Russia and CIS countries participated in the survey.



**Figure 1.** Gender identity of respondents, %

**Results and Discussions.** The survey results showed that 40% of respondents preferred not to talk about their feelings, 26.3% abstained from answering and only 33.7% talked about their feelings. At the same time, 59.5% of respondents found it difficult to reveal their own experiences even before close people. It turned out, that 35.6% of respondents experienced difficulties to choose words for their feelings, 12.2% abstained from answering and, 52.2% answered that they had no difficulty in choosing words for feelings. At the same time, 58.5% of respondents noted that they often experienced feelings which they could not name.

A total of 91.7% of respondents believe that it is important to understand their own feelings; 80% answer, that people who are aware of their true feelings better manage their lives, 33.7% believe that it is better to suppress their emotions than to be sincere. A total of 76.6% of respondents would like to learn how to regulate their emotions.

**Conclusion.** Emotional skills include identity; recognition, expression and management of emotions, control of motivation and delay of pleasure, freedom from stress and anxiety. Understanding yourself and controlling actions, makes it possible to take emotionally the most correct decision, and to avoid adverse consequences.

Many competences of emotional intelligence refer to the sphere of interpersonal relations: reading social and emotional signals, listening skills, the ability to resist negative influences, understanding of another person's point of view and awareness of what kind of behavior would be appropriate in this situation.

The analysis of the theory and research, as well as the results of our survey, showed the urgency of raising emotional literacy, and developing skills at any age. Education of emotional literacy from an early age will make it possible to bring the topic of discussion of feelings beyond taboo, and to live a healthier lifestyle.

## References

1. Andreeva I.N. Emotional intelligence as a phenomenon of modern psychology. Novopolotsk: PGU, № 2011. 388 p. (in Russian)
2. Caruso D., Salovey P., Brackett M., Mayer J.D. The ability model of emotional intelligence. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*. 2015. P. 545-558.
3. Erokhina E.V. Interrelation of the components of emotional intelligence and professional disadaptation of the individual [Electronic resource] // *Bulletin of Adyge State University. Series 3: Pedagogy and Psychology*. 2010. № 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-komponentov-emotsionalnogo-intellekta-i-professionalnoy-dezadaptatsii-lichnosti> (date of access: 02.12.2017).
4. Goleman D. The focused leader [Electronic resource] // *Harvard Business Review*. 2013. URL: <https://hbr.org/2013/12/the-focused-leader> (date of access: 10.01.2017).
5. Kaskaeva D.S., Zorina E.V., Petrova M.M., Loginova I.O., Mudrova L.A., Susloparova R.E. Healthy lifestyle – related psychological characteristic of students // *Proceedings of the III International Scientific and Practical Conference «Psychological Health of the Person: Life Resource and Life Potential»*. Krasnoyarsk, 2017. P. 314-325. (in Russian)
6. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. (2006) Culture, emotions and mental health // *Questions of psychology*. 2006. Vol. 5, № 3. P. 139-145. (in Russian)
7. Kokova E.I., Kopylov Yu.A., Kudryavcev M.D., Volkova O.V., Kuz'min V.A. Formation of psychoemotional stability among students of higher educational institutions. Healthy lifestyle – related psychological characteristic of students // *Proceedings of the III International Scientific and Practical Conference «Psychological Health of the Person: Life Resource and Life Potential»*. Krasnoyarsk, 2017. P. 248-257.
8. Kozlova N.C., Komarova E.N. Emotional intelligence and engagement of the individual in the online environment // *International Research Journal*. 2015. № 7(38). Part 4. P. 120-122.
9. Leontev A.N. *Activity. Consciousness. Personality*. Moscow : The book on Demand, 2012. 130 p. (in Russian)
10. Lyusin D.V., Ovsyannikova V.V. Video test for measuring emotions recognition // *Psychological journals*. 2013. № 34(6). P. 82-94. (in Russian)
11. Rodionova A.S. Features of the emotional intelligence of persons who are Internet addiction [Electronic resource] // *Modern Scientific Research and Innovation*. 2013. № 12. P. 128-140. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2013/12/29859> (date of access: 10.01.2017).
12. Srividhya S., Sharmila G. Emotional intelligence and emotional competencies for medical practitioners // *Life Science Journal*. 2013. № 10(9s). P. 54-58.
13. Steiner C. *Achieving emotional literacy*. London: Bloomsbury, 2002. 233 p.

## DEVELOPMENT OF BEHAVIORAL COPING STRATEGIES IN DISABLED PERSONS

Loginova

*Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia*

**T. Kazakova, L. Hramova, O. Lobanova**

*Lesosibirsk Pedagogical Institute - branch of Siberian Federal University,  
Lesosibirsk, Russia*

**Abstract.** The need for social and labor adaptation and the need to identify existing problems of people with disabilities in order to improve their social situation have become more vital in today's environment. Adapting a disabled person to a living environment requires a significant increase in the cost of their psychological resources, which are sometimes insufficient for development. The experimental survey was carried out to determine characteristics of the coping behavior and social and psychological adaptation in people with disabilities. This made it possible to prove acceptability of forming the coping behavior and, as a consequence, to improve the level of adaptive capacity in disabled persons through their participation in the Behavioral coping strategies forming program and enhancing of their adaptive abilities. The authors propose a program aimed at creating the conditions for developing behavioral coping strategies and improving the adaptive capacities of people with disabilities. The program can accomplish the following tasks: to teach effective ways of communication and constructive interpersonal interaction; to develop the abilities to make informed decisions and take informed actions; to promote the desire to enter into a social contact in solving problems; to form behavioral coping strategies in people with disabilities.

**Keywords:** people with disabilities, behavioral coping strategies, social skills, adaptation.

**Relevance.** People with disabilities belong to one of the socially vulnerable categories of the population. A number of problems complicate their meaningful existence in society. More often the difficulties lie in receiving education and employment and are associated with a significantly lower income level and a high need for medical and social services.

According to the Russian State policy, research, helping persons with disabilities, is becoming increasingly required to create conditions for the people of this category to compensate or overcome the limitations in their life and realize the participatory rights.

The first World Congress for Persons with Disabilities held in September 2017 highlighted the changing attitudes of society towards people with disabilities, and established communication between them in the urban environment. Other

problems to discuss are the needs of people with disabilities and their potential abilities to cope with the problems.

A severe chronic disease that causes limited opportunities is stressful and harmful for the human health and puts people in the situation of constant and unrelenting overcoming difficulties. Such states, like “distress” and “difficult life” situations, are defined as the effects of the external and internal environment to which the sustainability of the human adaptation process is developed (acquired).

**The state of the problem.** Having studied the various approaches to the “coping behavior” exploration, we have come to the conclusion that there are three approaches to this definition in the present phase.

The first one is the dispositional approach, focusing on the probable special personal qualities allowing the disabled persons to overcome the difficulties in the best way.

The second approach is situational or dynamic; it considers the coping process and the examination of specific strategies as they are related to changing specific situations. The third approach to coping behavior is integrative.

The term “coping” means the use of the human will in a situation that involves concentration and control over oneself, one’s own thoughts, desires, feelings, etc. Styles and strategies of coping behavior are seen as separate elements of the conscious behavior by which a person is coping with life difficulties. The coping behavior involves an individual way of coping with a difficult situation, which in many ways determines the process of social and psychological adaptation. The active use of cognitive and emotional coping strategies is essential for the success of this process and the maintenance of mental health.

The situation of disabilities affects the cognitive, emotional and behavioral components of any individual.

Adapting a disabled person to a living environment requires a significant increased cost of his psychological resources, which are sometimes insufficient for his development.

For optimal system functioning, the balance and mutual adaptation of all its components are necessary.

Therefore, the principle of integration understood as the mutual adaptation of the components of the “A person with disabilities-a living environment” system, should be a basic condition, a specific psychosocial resource for human development in disability.

That is why the psychological protection mechanisms and the stress-coping strategies act as a single protective system designed to transform internal character traits and maintain a balance between the individual needs and demands of the society, thus realizing the functions of social and psychological adaptation. The coping system of persons with disabilities has some specificity, due to personal characteristics, nature of upbringing, a level of stiffness, disorders in the cognitive field, a low level of social competence and perceptive distortion.

**Materials and methods.** To determine characteristics of the coping behavior and the social and psychological adaptation of people with disabilities, we conducted an experimental survey in which two groups of respondents participated. The pilot group comprised persons with disabilities.

The study sample comprised 15 persons aged 33 to 54 years. The control group was composed of respondents at the age 30 - 60 without developmental or health-related disabilities.

The following diagnostic tools were used:

- The “Model of Coping Behavior” method (scale “SACS”) S.Hobfoll.
- The “Coping Strategy Indicator” method (James H. Amirkhan).
- Methodology for diagnosing of socio-psychological adaptation (Carl R. Rogers, Rosalind F. Dymond).

To summarize the results obtained from the initial diagnostic study of the pilot and control groups, it is possible to highlight the following characteristics of the coping behavior in people with disabilities:

1) In the face of the difficulties or stress to solve the problems, respondents are more likely to “seek social support” from the environment (family, friends, close acquaintances). It is also preferable to solve problems by activating the available personal resources, which characterizes cognitive coping strategies. Recourse to impulsive actions, quick, alert solutions is possible.

2) They are characterized by the use of emotional coping strategies, such as “abandoning problems” and “avoiding”. However, because of the distorted perception of the problem, it is not always possible to leave it. This may be due to the existence of some perceptual distortions related to the circumstances of the participants in the pilot group.

3) It is notable that there is the ambiguity in the treatment of some coping strategies, while for people having no disability, the difference between different patterns of behavior is not characteristic.

This clearly demonstrates the functioning of coping strategies in cognitive, emotional and behavioral terms.

4) Persons with disabilities tend to be less inclined to take violent acts that may be directed at other people, as well as to have deeper negative feelings in the face of failures and conflicts. They are more likely to be internally oriented towards establishing social contacts and relationships, even if there is not always an outside installation for support or empathy.

As a result of the survey, the attitude of most people with disabilities to behavioral coping-strategies and the preferred use of cognitive-based strategies aimed at individual problem-solving appeared unclear.

A special program was organized that included remedial and developmental training sessions.

The program aimed at creating the conditions for developing behavioral coping strategies and improving the adaptive capacities of people with disabilities.

The program was aimed to achieve the following tasks in a consistent manner:

- to teach effective ways of communication and constructive interpersonal interaction;
- to develop abilities to make informed decisions and take informed actions;
- to foster a desire for social contact in addressing situations of concern;
- to contribute to the development of behavioral coping strategies.

The first stage included a conversation with prospective participants to explain the importance of participation in the program for improving social adaptation, establish a positive contact, inform about the goals and objectives of the work, motivation and expected results.

The next step was to conduct classes in accordance with the program. Each lesson included: certain exercises aimed at removing emotional tension, enhancement of group cohesion, developing verbal and non-verbal communications, social perceptions, formation of effective interpersonal interaction elements, associated with coping strategies. The exercises were performed collectively and contained relaxation elements.

Persons with disabilities participated in the pilot experiment; six of them spent a month following the developed system.

The re-diagnostics that capture the results of the pilot experiment was carried out using the following techniques: “Models of Coping Behavior” (scale “SACS” S.Hobfoll), “Coping Strategy Indicator” (James H. Amirkhan), Methodology for diagnosing of socio-psychological adaptation (Carl R. Rogers, Rosalind F. Dymond).

**Results of the survey.** The assessment of the psychological program effectiveness for the formation of behavioral coping strategies and enhancement of the adaptive capacities of persons with disabilities was based on mathematical and statistical analysis of the pilot experiment results (assessment of differences in the level of expression of the surveyed indicators). To do this, the nonparametric Wilcoxon T-Test was used.

The results shown in Table 1 indicate that access to the strategy of “social contact” has become more relevant to the subjects. It is of great value to establish relationships, and a social link to interact with other people in dealing with problems.

Table 1

**Dynamics of indicators in the level of usage of the “social contact” strategy in the “Models of Coping Behavior” (scale “SACS” S.Hobfoll)**

No.	Surname, name	Level of use of the “social contact” strategy before participation in the program	Level of use of the “social contact strategy” after participation in the program	Difference of indicators	Absolute difference of indicators	Rank
1	2	3	4	5	6	7
1.	Natalia Z.	18	23	-5	5	4
2.	Yevgeny T.	19	22	-3	3	2
3.	Mark E.	15	22	7	7	6
4.	Elena S.	11	10	1	1	1
5.	Ivan P.	26	30	-4	4	3
6.	Galina C.	23	29	-6	6	5

Increased usage of the “search for social support” strategy (Table 2), revealed after participating in the experiment, shows the focus on the promises about cooperation with other people for discussion or more effective resolution of problem situations. There is a strong emphasis on getting direct informational, emotional assistance or concrete actions.

Table 2

**Dynamics of Indicators of the level of usage of the “search for social support” strategy in the “Models of Coping Behavior” (scale “SACS” S.Hobfoll)**

No.	Surname, name	The level of usage of the “search for social support” strategy before participating in the program	the level of usage of the “search for social support” strategy after participating in the program	Difference of indicators	Absolute difference of indicators	Rank
1	2	3	4	5	6	7
1.	Natalia Z.	14	19	-5	5	6
2.	Yevgeny T.	15	14	1	1	1
3.	Mark E.	14	18	-4	4	5
4.	Elena S.	13	15	-2	2	2.5
5.	Ivan P.	25	28	-3	3	4
6.	Galina C.	27	29	-2	2	2.5

The positive development of the “search for social support” indicators, identified through the “Coping Strategy Indicator” (James H. Amirkhan), is illustrated in Table 3, and this is a sign of a greater focus on the usage of external

resources in problem solving. There is an increasing need for getting attention, an empathetic response, a specific advice, or other people's participation.

*Table 3*

**Dynamics of Indicators of the level of usage of the “search for social support” strategy, methods of “Coping Strategy Indicator” (James H. Amirkhan)**

No.	Surname, name	The level of usage of the “search for social support” strategy before participating in the program	the level of usage of the “search for social support” strategy after participating in the program	Difference of indicators	Absolute difference of indicators	Rank
1	2	3	4	5	6	7
1.	Natalia Z.	11	18	7	7	5
2.	Yevgeny T.	8	11	-3	3	3
3.	Mark E.	20	25	-5	5	4
4.	Elena S.	9	10	-1	1	2
5.	Ivan P.	22	30	-8	8	6
6.	Galina C.	30	30	0	0	1

The increase in the rate of appealing to these coping strategies as a result of participating in remedial-developing program is statistically significant ( $p < 0.05$ ).

Having 83.3% of the test subjects testifies to the manifestation or desire for the pattern of behavior, activity that would allow them to share their feelings with other people, reckon on any support to resolve a critical situation. Some of them have been developed as part of the psychological program.

*Table 4*

**Trends in the adaptation level of participants before and after the experiment, identified with the help of diagnostic methods of psychosocial adaptation of Carl R. Rogers, Rosalind F. Dymond**

No.	Surname, name	The level of adaptation to participation in the program	The level of adaptation after participation in the program	Difference of indicators	Absolute difference of indicators	Rank
1	2	3	4	5	6	7
1.	Natalia Z.	49	53.9	4.6	4.6	3
2.	Yevgeny T.	48	55.9	7.9	7.9	5
3.	Mark E.	49.3	54.7	5.7	5.7	4
4.	Elena S.	46.6	46.5	-0.1	0.1	1
5.	Ivan P.	51.2	54.5	3.3	3.3	2
6.	Galina C.	51.3	64.4	13.1	13.1	6

According to the mathematical and statistical analysis of the results presented in Table 4, changes in adaptation indicators are statistically significant while  $p < 0.05$ . It was confirmed that the adaptation level of people with disabilities after participation in the program has improved, as the majority of respondents have a positive difference of + 3.3 to + 13.1. This gives us a reason to believe that the members of the program have become more attuned to their social existence. There is a desire for a balance between the needs of this society and the interests of the subjects.

Based on the re-diagnostic survey data, a correlation analysis was conducted and an inter-correlation matrix was developed. The analysis of the results suggests the following:

1. A positive correlation ( $R = 0.94$ ) has been established between the “social contact” scale of the “SACS” methodology and the “adaptation” scale of diagnostic techniques for socio-psychological adaptation, at the level of significance  $p \leq 0.05$ , which indicates that, following the increase in the need for interpersonal relationships with others, a rising adaptation level can be seen.

2. Besides, the scale of “social contact” of the SACS methodology is directly related to the scales of the “Coping strategies Indicator” methodology: “Search for social support” ( $r = 0.82$ ) and “avoidance” ( $r = 0.88$ ) at a level of significance  $p \leq 0.05$ . Thus, the expansion of interpersonal relationships enhances the ability of people with disabilities to find support in a difficult situation from others. In addition, this may affect the desire to avoid an independent solution to the problem.

3. The “Search for social support” scale of the “SACS” methodology is correlated with the “adaptation” scale ( $R = 0.93$ ) of diagnostic techniques for socio-psychological adaptation with a value of  $P \leq 0.05$ , which indicates a positive impact on the increasing adaptation level of the subjects’ willingness to discuss their own problem situations and experiences with others. The development of sympathetic and understanding relationships contributes to the full life in society in accordance with the requirements of that society and to person’s own needs, motives and interests.

4. The “Search for social support” scale of the “SACS” methodology has also revealed a positive correlation with the methodologies of the “Coping strategies indicator”: “Problem Resolution” ( $r = 0.87$ ), “Search for Social support” ( $r = 0.90$ ) with a value of  $p \leq 0.05$ , that is, a discussion of problem situations and experiences with other people, an emotional response, the use of the available personal resources to find ways to solve the problem effectively.

5. The study showed a direct and proportional correlation between the “cautious actions” scale of the “SACS” methodology and the “emotional

comfort” ( $r = 0.94$ ) methodology of diagnostics socio-psychological adaptation at the level of significance  $p \leq 0.05$ . Moreover, there is a reason to believe that more frequent recourse to a lengthy analysis of solution options and possible consequences, a tendency to avoid risks of failure helps to achieve a state of satisfaction with one’s own state and the situation as a whole.

6. In view of the correlation of the “cautious actions” scale of the “SACS” methodology with the “avoidance” scale ( $R = 0.88$ ) of the “Coping strategies Indicator” methodology at the level of importance  $p \leq 0.05$ , it becomes clear that exercise of caution in the emergence of a problem situation and consideration of possible options and consequences does not promote making further decision.

7. Based on the perceived negative correlation between the “assertive actions” scale of the “SACS” methodology and the “internationality” scale ( $R = -0.84$ ) techniques of diagnosing socio-psychological adaptation at the level of importance  $p \leq 0.05$ , it follows that increasing activity in expressing self-interest, purposes and intents, while respecting interests of others, reduces the need for external influence and support.

8. There is an inversely correlation between the “aggressive action” scale of the “SACS” methodology and the scale “Internationality” ( $r = -0.92$ ) of the methodology for diagnosing socio-psychological adaptation at the level of significance  $p \leq 0.05$ , which is the increase in negative feelings and aggressiveness towards other people in the case of failure or conflict. And this can affect the perception of the human being as an active object of his own activity.

**Conclusions.** Thus, the results of the re-diagnosis allow us to talk about the acceptability of behavioral coping strategies of people with disabilities, and hence the improvement in their adaptive capacity, as a result of participation in the behavioral coping strategies formation programme and enhancement of adaptive capacities. It is confirmed by the assessment of the static value of the data received and by the positive relationships between the different dimensions of behavioural policy and socio-psychological adaptation indicators.

## References

1. Voskresenskaya L. Features of coping behaviour of adults and young people with disabilities // Stress Psychology and Coping Behaviour. 2013. Vol. 1. P. 89.
2. Kalashnikova C. People with Disabilities: a psycho-synergistic approach to personal development in special circumstances // Humanitarian Vector. 2013. № 33. P. 172-179.
3. First World Congress for Persons with disabilities [Electronic resource] : Official site of the First World Congress for Persons with disabilities. URL : <http://kongress2017.ru/главная/> (date of access: 10.12.2017).

## PREVENTION OF CRUELTY TO CHILDREN AS A CONDITION FOR THEIR MENTAL HEALTH MAINTENANCE

A.K. Lukina, M.A. Volkova

*Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** The paper presents the problem of child abuse in Russia and measures for its prevention. It has been shown that violence against children is called parents' psychological disadvantage. On the basis of this insight, we have developed a training programme for parents of teenagers culminating in their joint action with the children. To realise their problems, to be ready to change and to render emotional support is the key factor in parental success.

**Keywords:** child abuse in Russia, teenager abuse in Russia, mental health, parental behaviour, parental competence training.

**Introduction.** Parental cruelty is a source of psychological trauma that can destroy a whole human life. The problem of child abuse prevention is not only topical for Russia, but is a worldwide problem. UN Convention on the Rights of Child (approved by the UN General Assembly on 20.11.1989) (Article 19) requires States Parties to use all necessary legislative, administrative, social and enlightenment efforts to protect a child from any forms of physical and verbal abuse, maltreatment or exploitation by any person raising a child.

According to the official statistics, domestic violence annually kills more than half a million of people in the world, a similar number are grievously bodily harmed (Slanova, 2015; Rodina, 2008). Violence as a method of resolving conflicts and disciplinary influence is used in every fourth Russian family. According to the statistics of the Ministry of Internal Affairs, 70% of domestic violence victims are women and children. The trend is increasing: the number of crimes committed against delinquents has increased in the Russian Federation during past three years (2013: 84.1 thousand; 2014: 85.8 thousand; 2015: 96.5 thousand).

This having been said, the high level of mental illness in the society as well as physical, moral and psychological risks pose a threat to younger generations.

Researchers distinguish several groups of causes increasing domestic abuse in the world. The first group of causes is generally social and is inherent to general changes in functions of the family. Among them is increasing involvement of women in production activities and their doubled burden – at work and in the family, time deficit for upbringing and intrafamilial communication. An important factor in this group of causes is low material security of a considerable part of Russian families, housing and financial difficulties giving rise to chronic stress of adult members of the family, fathers in particular.

It was shown in a paper by Hyunil Kim and Brett Drake (2017) that the level of family violence is substantially impacted by poverty, low cultural level and social status of the family.

In the research by Joshua P. Mersky, Colleen E. Janczewski and James Topitzes (2017), it was shown that unfavourable painful experience of parents, (family financial problems, lack of food security, etc.), especially for the mother, affects cruelty to their children.

The second group of intrafamilial cruelty reasons is psychological ones; they are associated with specifics of child-parent relations, pedagogical incompetence of parents, inborn aggressive tendencies, etc. Psychologically, familial cruelty causes are most frequently explained by the learning theory which considers cruelty as the form of social behaviour learnt in the process of socialisation. Aggressive reactions are learnt and supported by immediate involvement in manifestations of aggression and by passive witnessing of them. If cruel forms of punishment were used in the family of a today's parent and if they were successful in the parent's opinion, the possibility of resorting to violence in upbringing increases substantially (Tsimbal, 2007).

The third group of causes is associated with specific culture and traditions including upbringing traditions. Different nations have different ideas about methods of upbringing, systems of requirements to children, other members of the family. Collective consciousness (not only in Russia) has ingrained the notion that corporal punishment is the inherent right of parents. This was expressed in "Domostroi" (a monument of Russian literature dated by the 16th century, a set of household rules, instructions and advice pertaining to various religious, social, domestic and family matters of the Russian society) and in orthodox religion canons (Aleksyeva & Novoselsky, 2006).

Thus, it is clear that the family has property inheritance of brutality in the following generations. Therefore, prevention of domestic violence is a prerequisite for subsequent generations of a mentally healthy society.

**Case analysis.** According to Michael Freeman and Bernadette J. Saunders (Freeman & Saunders, 2014), child abuse frequently starts as disciplinary violence (punishment) and can be so strong that it might cause injury and even death. Therefore, we assume it is necessary to terminate physical violence against children, introduce it into the legal environment and consider it a crime.

To study the problem of family violence in Krasnoyarsk (Russia, Eastern Siberia) on the initiative of the "Verba" public organisation in February-March 2016, we conducted focus-groups with medical workers, experts of different departments and institutions, public workers, social workers, citizens; a total of eight focus-groups were conducted, the total audience amounted to approximately 100 persons.

Almost all respondents recognised topicality of the family violence problem. For example, doctors of the children's surgical department at one of regional children's hospitals participating in a focus-group recognised that they treated

20 to 30 children harmed by their parents annually. In most cases, no serious measures were taken against the parents as they explained the children's traumas by negligence, needless tragedy, etc. Children, as a rule, confirmed words of their parents.

According to the respondents, problems occur due to the following factors: flaws in family upbringing, general social tension in the society, the negative effect of mass media, inefficiency of countermeasures and lack of a consistent public opinion towards these phenomena. Among serious problems are provoking victim behaviour in children and women and the public opinion which does not consider domestic violence a serious problem.

**Theoretical basis for preventive measures.** We used researches by L.S. Vygotsky, Yu.B. Gippenreiter, P. and J. Bayard, P. and M. Snider, B A. Akina, S. Gomib etc. as a theoretical basis for a positive parenthood model. Key ideas of these authors can be formulated as follows:

1. Understanding of the child's uneven development in adolescence as natural and requiring recognition of his or her adulthood and search of a new form of parental upbringing (Vygotsky, 1984);

2. Interaction with the child on the basis of the principle of acceptance, love and understanding. (Yu. B. Gippenreiter, 2001);

2. Transfer of responsibility for the child's own behaviour to the child (P. and J. Bayard, 1995);

4. Cruelty towards children is often a consequence of parents' ill mental health, their inability to cope with their own problems.

#### **Organisation of family violence prevention work**

Prevention starts with timely awareness of authorised bodies about facts of inappropriate upbringing and care after the child. It is productive to join efforts of community-based housing-and-municipal services, public organisations and neighbourhood communities to solve the problem of awareness. Public involvement will make it possible to inform authorised bodies about the breach of the child's rights, facts of intrafamilial violence.

Organisation of a prevention system implies having information about the number of problem families in the area, analysis of available resources: public associations, municipal and government institutions involved in preventive work and cultural-sports-recreation resources.

For example, we held a discussion about the possibility of physical punishment in principle in the "Litvinovskoye" LLC in Lesosibirsk. The course of the discussion disclosed three families having problems: none of them was registered in any organisation. This is indicative of high latency of family violence. Special preventive measures were taken in relation to these families: consultations, social work, teaching non-violent resolution of conflicts.

The Pryaza national municipal area of the Republic of Karelia successfully realise the early prevention technology called "Council of the near and dear". Early

intervention makes it possible to overcome social ill-being of children in individual families. The “Council of the near and dear” technology applied to 17 families had positive effect in 15 cases. Resources of local communities have multiple aspects; they have the potential to solve many childhood problems and prevent child abuse in families. Communities of rural settlements in Karelia exhibit aspirations and opportunities in solving this problem in specific situations (Yeflova, 2016).

### **Child abuse prevention by development of parental competencies.**

To prevent family cruelty, conditions for restoration of parents’ psychological health and development of their parenting skills must be created. We believe it is important to convince parents to renounce violence as a means of education and train them to control their emotional wellbeing and mental health.

A conversation with parents was started with the question “do you love your children?” Parents remembered brightest, most joyous moments in their relationship with the child. This helped us establish a relationship of trust in the group, give parents confidence in success. To restore good relationship between parents and children, we used joint activities of children and parents, family conferences, the family psychodrama technology as well as special classes for parents including training exercises, trainings, discussions and consultations.

For development of parental feelings, simple examples from family upbringing practices or from such well-known films as “Home Alone” or Russian animated series “Masha and the Bear” were used. Analysis of these movies helped parents “see” and comprehend themselves, their own mistakes and have a new understanding of the of their children’s feelings.

The main aim of those sessions was to bring parents to the need for unconditional love to the child as an essential means of education. In addition, we gave parents an opportunity to realise that children copy their behaviour or peculiarly reflect all norms of behaviour and attitudes that exist within the family. Therefore, they need to change their own behaviour, relationships within the family instead of having to educate children.

We taught parents to take care of their psychological comfort in the family: “hear” themselves, their feelings and needs, assert their rights in the relationship. Parent coaching competence “The art of being a parent” allowed the participants to understand feelings which lead them to the use of aggressive means of influence on the child: confusion, resentment, anger, their own insolvency. We also offered classes aimed at development of capacity for emotional state regulation, the ability to cope with negative emotions and resolve conflicts.

The conversation with parents about parental cruelty, about the fact that the necessity to resort to physical violence is a manifestation of failure of upbringing methods in the family and proof that the authority of the parents is lost or has not been gained was very difficult.

The session called “Happy parenthood” turned out to be successful. We returned to the message discussed during the lecture circuit “Parents should and have the right to be happy”. Parents should be happy because, if inapt to be happy,

they cannot teach their child to be happy. Parents have the right to be happy and should know how to assert this right – and teach their child to do this, too. At the beginning of the session, we asked the participants to recall and tell the audience about a situation in which they experienced the feeling of parental happiness. Stories told by the parents were most diverse. It was the emotional condition that was common. Parents again experienced fondness, pride and boundless love towards their children, while having told about their disappointments and grieves caused by these children during earlier supervisions. The result of the session was obvious and vividly expressed by one of the participants: “we have wonderful children, but sometimes they behave ill”. This conclusion leaves no room for violence and aggression towards the child. The problem is insufficient pedagogical competence of parents themselves. That is why the quotation “Do not bring up your children, they will resemble you no matter what. Bring up yourselves” is popular.

There was an example. After our sessions at which we taught “I messages” to parents, one mother reported: “I come from work, the bag, the activity kit-everything was scattered around. Natasha was at the computer. And I told her: “dear daughter, I would have been so happy to come and see everything tidied up and the mess sorted out”. She stared at me round-eyed as I was not shouting. I left to my own room. In five minutes, the mess was sorted out, and she was looking at me. I embraced her. Both of us were happy”.

Parents see themselves from their own experience: exhausting, mutually hurting and aversion- causing methods of impacting the child by oppression and violence can be excluded from the family upbringing arsenal and replaced with mutual agreements, requests for a compromise, respect towards the child’s personality and his or her right for feelings and relations, the right to make the choice.

The final event in the group work was a session of mixed group of parents and teenagers “Join hands, friends” or “Why we need holidays”. Participants were given “homework” to prepare a presentation together with their children (a video film, a collage, a file of photographs) about family leisure. The results surpassed all expectations. Besides very touching, cheerful, very beautiful movies about travels, about birthday parties, yearly concert of a dance group we saw files of photographs prepared for the golden wedding of grandparents. Grandchildren prepared them studying and collecting the history of the family. One of the teenagers together with his mother prepared a slide presentation about his participation in an alpine skiing competition when the entire family supported him and recited poems of his own manufacture dedicated to his sport.

### **Conclusion.**

It has been shown that the main factor causing aggressive upbringing by the parents is their preoccupation with the job, resulting in emotional burnout, inaptitude to control their emotions, fears and mistrust towards their maturing children. Success of the presented trainings for parents of teenagers largely depends on realisation by the parents of their own problems and their readiness

to change. Parents need emotional support to overcome difficulties in relations with their own maturing children.

### **Acknowledgments**

We express gratitude to the management of Krasnoyarsk high schools No.84 and No.99 and administration of the Centre for social support of families and children of the Oktyabrsky district of Krasnoyarsk for the opportunity to hold sessions with parents.

We are thankful to parents who participated in the trainings for their patience, willingness to change and become better at parenting.

### **References**

1. Akina B.A., Gomib S. Noncompletion of Evidence-Based Parent Training: An Empirical Examination Among Families of Children in Foster Care // *Journal of Social Service Research*. 2017. Vol. 43, № 1. P. 52-68.
2. Alekseyeva I.A., Novoselsky I.G. Child abuse. Consequences. Help. Moscow : Genesis, 2006. 256 p. (in Russian)
3. Asanova N.K. Guideline for prevention of child abuse: study guide for psychologists, pediatric psychologists, behavioral therapists. Moscow: Vlados, 2007. 512 p. (in Russian)
4. Condition of a family in Krasnoyarsk region in 2012 (on the basis of sociological study) / ed. by A.K. Lukina. Krasnoyarsk: SFU, 2012. (in Russian)
5. Family violence: problem and search for its solution / ed. S.D. Chiganova. Krasnoyarsk: SFU, 2012. 120 p.
6. Freeman M., Saunders B.J. Can we Conquer Child Abuse if we don't Outlaw Physical Chastisement of Children? // *The International Journal of Children s Rights*. 2014. Vol. 22, № 4. P. 681-709.
7. Gippenreiter Yu.B. Communicating with a child: How? Moscow : ACT, 2017. 304 p. (in Russian)
8. Information of Krasnoyarsk region for presentation "On status of children and families with children in the Russian Federation for 2013". URL <http://www.krao.ru/rb-topic.php?t=1109> (date of access: 10.01.2017).
9. Kim H., Drake B. Duration in Poverty-Related Programs and Number of Child Maltreatment Reports: A Multilevel Negative Binomial Study // *Child Maltreatment*. 2017. Vol. 22, № 1. P. 14-23. doi: 10.1177/1077559516679512
10. Mersky J.P., Janczewski C.E., Topitzes J. Rethinking the measurement of adversity moving toward second-generation research on adverse childhood experiences // *Child Maltreatment*. 2016. Vol. 22, № 1. P. 58-68.
11. Report on activity of children's rights ombudsman in the Republic of Karelia for 2015. [Electronic resource]. URL: <http://karelia.rfdeti.ru/upload/c1100efa4a0bb9f927c932a1dac73045.pdf> (date of access: 10.01.2017).
12. Report on activities of Support foundation for children from deprived backgrounds in 2015. URL: [http://www.rosmintrud.ru/docs/others/60/Doklad\\_o\\_deyatelnosti\\_Fonda\\_v\\_2015\\_godu.pdf](http://www.rosmintrud.ru/docs/others/60/Doklad_o_deyatelnosti_Fonda_v_2015_godu.pdf) (date of access: 10.01.2017).
13. Rodina I.V. Social problematization of family violence in contemporary Russia // *Otechestvennyy Jurnal Socialnoi Raboty*. 2008. № 2. P. 25-41. (in Russian)
14. Slanova A.Yu. Family violence as a problem in contemporary Russia // *Diskussiya*. 2015. № 10. P.127-130. (in Russian)
15. Sniders M., Sniders R. Child as a personality. Moscow: Smysl, 1995. 237 p. (in Russian)

16. Tsymbal Ye.I. Child abuse. Causes, manifestations, consequences. Moscow, 2007. 272 p. (in Russian)
17. Vygotsky L.S. Pedologia of teenagers Collected edition. Vol. 4. Moscow, 1984. 432 p. (in Russian)
18. Yeflova Z.B. Social-pedagogical analysis of starting conditions of the project oriented to develop territorial communities // Director Selskoi Shkoly. 2016. № 1. P. 19-28. (in Russian)
19. Zakharov S.V., Sakevich V.I. Specifics of family planning and birth rate in Russia: Contraceptive revolution – fait accompli? // Parents and children, men and women in family and society / ed. T.M. Maleva, O.V. Sinyavskaya. Moscow: NISP, 2007. P.135-140. (in Russian)

**УДК 159.92**

## **VALUE-SEMANTIC SELF-DETERMINATION IN PRE-SERVICE SOCIAL TEACHERS AS A CONDITION FOR THEIR MENTAL HEALTH**

**A.K. Lukina, M.A. Volkova**

*Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** The purpose of this paper is to discuss possibilities of pre-service social teachers' value-semantic self-determination as a means to maintain personal health. In order to activate value-semantic self-determination in pre-service social teachers, we organised training at the bachelor's level comprising the following elements: 1) informal introduction to the specialty (using gaming technologies); 2) early and distributed teaching practice in close connection with auditory and independent tasks; 3) the requirement for constant reflexive pedagogical reporting. A total of 22 students - future social teachers from four bachelor degree years of study mastering psychological and pedagogical specialties at the Siberian Federal University were asked about their future profession and why it was attractive to them. Their answers showed that students understood themselves well: their goals and values regarding the profession indicated their personal stability.

**Keywords:** healthy lifestyle, value-semantic self-determination, pre-service social teachers.

**Relevance.** Many classical authors expressed various points of view regarding existence of personal self-determination suggesting different degrees of a person's freedom from external or internal conditions: from complete determinism to absolute individual freedom.

Specifically, the concept of "self-determination" is found in works of Ch. Bühler (Bühler, 1968). She proceeded from the assumption that self-

determination and the desire for self-realisation are both intrinsic properties of consciousness and are driving forces of personal development. According to Ch. Bühler, completeness and degree of self-realisation depend on self-determination which is understood as the ability of an individual to set goals most adequate to his or her inner essence. In her opinion, it is existence of vital goals that leads to integration of the individual and is a condition for mental health maintenance.

The means for a student to gain individual experience might be implementation of bachelor degree applied programmes aimed to involve students into real teaching activities as early as possible and to create conditions to anticipate these activities. This approach makes it possible to work with the student in his or her “zone of proximal development”. The experience of interaction with children and future colleagues, the experience of teaching activities gained by students provides linkage of theoretical academic training and real practice. The stage-by-stage nature and mutual involvement in the educational process when an event is understood as an execution of a completed stage of educational or practical activities makes it possible to teach a student to comprehend his or her activities in actual practice (Lukina, 2014).

M. Van der Klink (2017) compared problems and resources of educators from different countries and found that there are many more similarities than differences. Teacher educators from different states seem to have similar concerns and their current professional development activities and plans for future development are also quite comparable.

Gabzdyl, J. (2016) has documented a rising trend to perceive educational environment as complex elements with educational possibilities, not only as informal “backdrop” of education.

Sapchenko, N.A. (2016) has shown that joint activity of the teacher and students is regarded as an organised system of actions aimed at creation of special conditions for all community participants’ personal development.

Van Tol, J. (2017) has demonstrated high dependence of the student’s self-efficacy on his or her participation in group work and time spent on studying.

**Problem statement.** Maria de las Olas Palma Garcia (2014) explored the relationship between personality characteristics and resilience development in the context of social work. For students, within-subject analysis shows that this group, while pursuing a university degree, achieve greater openness, accountability, extraversion and kindness and, by contrast, reduce their levels of neuroticism which is a personality trait gaining smaller presence in professionals.

The profession of a social pedagogue is contact, stressful and is associated with people suffering from development and/or behaviour deviations. The multidimensionality of the professional problem makes it difficult to algorithmise a specialist’s activities. This requires additional flexibility, meaningfulness and stability from the future specialist. These qualities, as well as humanity, activity, etc. are inseparable from the value-semantic self-determination of the future specialist.

They cannot be developed by external efforts of teachers within the framework of the academic cycle. We need internal strategies of the student: his or her constant involvement in understanding tasks and results of practice, establishing links between academic theory and practical observations and actions, reflection and constant appeal to his or her inner world: personal goals, values and meanings.

**Materials and methods.** Questioning, semi-structured interviews, the quantitative content analysis method were applied in order to assess value-semantic self-determination in pre-service social teachers. We conducted analyses of educational and professional students' activity products (educational practice diaries, reflexive reports, and creative presentations) in order to understand the role of practice in the self-determination process.

We asked the first-year bachelor degree students - future social teachers studying in psychological and pedagogical specialties at the Siberian Federal University (SFU) about their future profession in 2013. As shown by the data from the students' surveys, most students only pursued the field of education but not the future profession at the moment of admission. Students' vision of professional functions and qualities of the social teacher are formed from the position of school students. In students' opinion, most important qualities were: competence, tolerance, tactfulness, gentleness, organisational skills, authoritativeness, justice, humaneness, responsibility, decency. Except for the general humanistic image of an educator, students had no concept of the essence of social teaching activities, requirements imposed by the pedagogical profession upon the specialist. This blocks development of the student's adequate academic motivations and planning of his or her professional development.

In order to activate value-semantic self-determination in pre-service social teachers, we organised training at the bachelor's level consisting of the following elements: 1) informal introduction to the specialty (using gaming technologies); 2) early and distributed teaching practice in close connection with auditory and independent tasks; 3) the requirement for constant reflexive pedagogical reporting; 4) modular project training.

Informal introduction to the specialty using gaming technology promotes a change in the student's vision from that of the student to that of a future professional.

In our opinion, teaching training practice is characterised by three basic factors influencing moulding and development of value-semantic self-determination in pre-service teachers: 1) continuity during the entire session; 2) cooperation with students of other years of study and other stages of education; 3) including teaching training tasks into teaching branches of study.

First of all, teaching practice should be continuing, i.e. continue for the entire academic year. Continuity of teaching practice provides for development of student's ability to plan the event together with schoolchildren and teachers

of the school, form the feeling of responsibility, makes possible to see the fruit and results of their own activities.

This practice is specific for age and network nature. Students of different years of bachelor's and master's programmes and students of teacher training college undergo teaching practice at the same time. Such an approach makes the following possible: 1) representativeness of different student ages and degrees in education; 2) self-study and peer coaching by cooperative solving teaching practice tasks, involvement in joint activities; 3) forming the capacity of joint teaching activities.

The third important feature of this practice is its organic integration into the entire system of students' educational activities including the following elements: "academic discipline"- "teaching practice" – "event" – "research" – "apprehension"- "statement of a question" – "academic discipline". Certain theoretical knowledge acquired in classroom lessons is appropriated by its verification in actual practice, its discovery and rediscovery in one's own research activities. Therefore, within the framework of each school subject, students are assigned a task to be fulfilled during the practice reinforcing acquired knowledge and mastering application of this knowledge in a real teaching situation. The quality of task fulfilment and educational progress of the student are monitored by the teacher of the subject taught. Along with this, execution of tasks in actual practice, involvement in organisation of children's essential activities poses new questions and problems the student is to answer in the course of theoretical studies.

Each stage of teaching practice focuses great attention onto development of students' reflexive abilities: they are not only required to describe the events held and fill in the teaching practice diary. In addition to that, they are to answer questions about their own difficulties, methods of their solution, interactions within the students' group, relations with practice tutors, with schoolchildren's parents and with the administration. The term practice forms the basis to hold joint student conferences at which future teachers make creative presentations in mini-groups and debate about successes and failures. An important fact about the conferences is that they are, just as teaching practice, of inter-age and network nature: there is a lot to learn from the other creating a prototype of one's own professional community.

Modular project training is applied starting from the third year of education. Most of the disciplines of the whole semester are combined into modules by content. Initially, students are given necessary information on the organisation, requirements and content of training and discuss complex cases. Students prepare projects in small groups during the semester and defend them. Such an organisation of discipline digestion enables the student to gain professional knowledge, develop professionally important competencies and understand themselves better in terms of their goals and values.

Pre-service social teachers of four bachelor degree years of study (psychological and pedagogical specialties at the Siberian Federal University)

were asked about their future profession again in 2017. Open questions were: “Who do you intend to work as in five to six years?”, “What exactly attracts you in the chosen profession?” Answer analysis showed that future specialists clearly understood what they wanted to do in five years. As many as 72.7% students were going to stay in the field of pedagogy and psychology planning to develop in it.

A total of 39 specific contextual statements given in response to the open-ended question “What exactly attracts you in the chosen profession?” were identified by the quantitative content analysis method. We combined them into 6 semantic analysis units. Their frequency is shown in Table 1.

*Table 1*

**The frequency of semantic unit usage in pre-service social teachers’ answers**

Semantic unit of analysis	Absolute frequency, %	How many students mentioned this unit, %	Specific contextual expressions (the author’s style is preserved)
Professional interest	25.6	45.6	Work with children (‘... of this age’), interest, the opportunity to organise events for people/ children, the opportunity to introduce and track their technology for educational work.
The possibility of self-development	20.6	36.7	Personal responsibility, creativity, the possibility of personal/professional self-development, self-determination, self-improvement, development of many competences.
Benefit, convenience	17.9	31.8	Free schedule, clear schedule, high wages, prestige, great vacations, stability.
Communication	15.4	27.3	Communication with people, with children, competitions and events.
Opportunity to help	15.4	27.3	The ability to help a person, show the world from its best side, make a person happier, help improve the mental and physical health of children with health problems, help people, help and counsel teachers, children.
Simple work	5.1	9.1	Lack of creativity. Have a given template - follow it. Given a deadline - do it in time. Better work with your hands. Physically tired.

High indices in work attractiveness were demonstrated by professional interest and the possibility of self-development. The importance of professional interest in the future profession attests to the respondents’ personal and professional interest in their future work activities.

Second most frequent answers were related to self-development. It was worth noting that more than 36% of students give answers showing their practical, instrumental expectations from the future profession or place of work. This might suggest their good level of professional and personal self-determination: they see their future work as a part of their lives.

Communication and the opportunity to help were important for 27.3% of respondents in case of each item which is somewhat lower than expected: after all, both psychology and social pedagogy are in the category of contact and helping professions. One would thus expect that more than a half of the students completing their education in this specialty will mark the importance in their future profession of these characteristics. But if one looks at these figures from the other side, he or she might understand as well that students see themselves in the future profession, they understand their resources and goals. Therefore, such a result could be indicative of a good level of the respondents' self-determination and their realistic approach to the future profession and the description does not abuse common phrases and clichés.

In addition to open questions, we compiled a list of 15 attractive features of the future profession based on terminal values of Milton Rokeach (Rokeach, 1973) omitting values referred to love and family. According to the answers, we identified the first five value preferences in the future profession of the respondents. Inner harmony, freedom from internal contradictions (81.8%), personal development and self-improvement (81.8%), completeness and emotional saturation, source of vital energy (63.6%), convenience of schedule and place of work (63.6%) were considered important in choosing a profession by future specialists, the possibility to expand their education and horizons (59.1%). Such a choice was expectable: age (about 22 years old), gender (female) and occupation (student of the humanities specialty) give a similar value basis for the relationship of the individual to the world around, to other people, to oneself.

We worked with future specialists in a helping profession. We expected that such a semantic reading of the profession as an "opportunity to help" would be important to them. Among the second five, there were variants which we interpret as value-semantic self-determination in the future profession: interesting projects (54.5%), the opportunity to help people (54.5%), a team of like-minded people, communication with colleagues (50%), good wages (40%) and fullest application of their capabilities, strengths and abilities (36.3%).

We consider this to be positive dynamics in development of future teachers' professional self-comprehension. This is indicative of their serious attitude to the choice of the future profession, to the content of pedagogical work, development of reflexive skills which are very important in the teacher's activities.

**Conclusion.** The effect exerted by practice-oriented forms of educational work and teaching practice per se upon professional moulding of pre-service social teachers is multidimensional. We can point out the following typical results:

1. Students could define specific knowledge about themselves in the future profession more precisely, mould up the problem field to master and develop social and educational activities.

2. Future social pedagogues integrated into the pedagogical community and culture, development of basic learning skills, social and professional-pedagogical competencies.

3. Students were guided to learn, to comprehend their own resources and deficiencies as those of a professional.

4. The students of the last year of bachelor degree are capable of professionally proactive activity when confronted with a real social problem. They isolate the problem and search for a solution in social practice.

Promotion of value-semantic self-determination in pre-service social teachers leads to integration of the individual and is a condition for maintenance of their mental health.

### References

1. Bühler Ch. Psychology for contemporary living. New York : Hawthorn Books, 1968.

2. Gabzdyl J., Gasparova M., Gerova L., Hulova Z. Educational environment in a professional practice training of future teachers of primary school // 3rd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2016 : Conference Proceedings. Book 1. Vol. 3. Albena, 2016. P. 263-270.

3. Lukina A.K. Features of motivation of students - future teachers // Materials of the international scientific - practical conferee «Achievement of high school». Sofia, 2014. P. 15.

4. De las Olas Palma-García M., Hombrados-Mendieta I. Resilience and personality in social work students and social workers // International Social Work. 2016. Vol. 60, № 1. P. 19-31.

5. Rokeach M. The Nature of Human Values. New York: Free Press, 1973. 438 p.

6. Sapchenko N.A. The forms of joint activity of the teacher and students in higher school educational practice // 3rd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2016 : Conference Proceedings. Book 1. Vol. 3. Albena, 2016. P. 1083-1090.

7. Van der Klink M., Kools Q., Avissar G., White S., Sakata T. Professional development of teacher educators: what do they do? Findings from an explorative international study // Professional Development in Education. 2017. Vol 43, № 2. P. 163-178. doi: 10.1080/19415257.2015.1114506

8. van Tol J. Student activism: An exploration of pre-service teacher engagement // Australian Universities Review. 2017. Vol 59, № 1. P. 47-57.

## TO THE PROBLEM OF STUDYING THE BODY IMAGE OF YOUNG FEMALES WITH REPRODUCTIVE HEALTH DISORDERS

I.S. Morozova, K.N. Belogay

*Kemerovo State University, Kemerovo, Russia*

**Abstract.** The article presents interpretations of young people's reproductive health, defines conditions for maintenance and strengthening of reproductive health in adolescent females. Theoretical approaches to investigation on the problem of young females' body image formation against the background of reproductive health disorders (susceptible to anorexia, violations of the gynaecological sphere, etc.) are considered. Psychological regulators of reproductive behaviour of the female are revealed and presented in characteristics of the body image, reproductive motivation and specificity of intraceptive (bodily) experience. Components of body image are determined, including actual subjective perception of the body, both appearance and the ability to function; internalised psychological factors as the result of an individual's own emotional experience, as well as distortions in the body concept, are manifested in delusions associated with the body: sociological factors related to how parents and the society react to the individual. The ideal image of the body is in turn related to sensations, perceptions, comparisons and identifications of one's own body with bodies of other people.

**Keywords:** reproductive health, conditions for preservation and strengthening of reproductive health, females' body image, body image parameters.

**Relevance.** According to G.A. Arina, V.V. Nikolaeva, A.Sh. Thostov and other specialists in psychology of corporeality and psychosomatics, body image often expresses psychological problems of the person metaphorically. Currently, the issue of body image is one of the most urgent. The problem of dissatisfaction with one's own body and the problem of body image disturbance are becoming popular and these are women who suffer from such problems most often. Cultural preferences, ideals of beauty, social norms and the media successfully cultivate the "ideal" image of the body exerting significant influence on formation of our perception and attitude towards the body. Over recent decades, there has been a steady decline in the mass of the female body ideal image. At present, the ideal body image for women is a slender, lean figure, small hips and large breasts. In fact, such a combination is unattainable without plastic surgery for most women. It is suggested that women are more susceptible to social influence with respect to the perception of their own bodies. To some extent, this is explained by Rozin P. and Fallon A., who showed that men emphasise physical attractiveness much more than women do when choosing a partner.

**Problem statement.** Studies carried out by such authors as G.G. Filippova, V.I. Brutman, and E.B. Ayvazyan in line with psychology of the reproductive sphere show that reproductive health of females, including young females (Borisenko, 2016), is not only determined by perfection of medical technologies, but also by psychological regulators of female reproductive behaviour (characteristics of the image of the body, reproductive motivation) and specifics of their intraceptive (bodily) experience.

The World Health Organisation (WHO) defines reproductive health (RH) as a state of complete physical and social wellbeing, and not only the absence of diseases of the reproductive system, violation of its functions and / or its processes. This means the ability of people to have satisfying and safe sex life and the ability to procreate. People can decide for themselves whether they want to have children and, if so, when, and how often. This provides for the right of men and women to access information and for safe, effective and affordable family planning methods as well as other methods of birth control that do not contravene the law. In addition, females have the right to access appropriate health services that allow them to go through the pregnancy and childbirth phase safely and deliver a healthy child. Thus, in order to perform complete population RH assessment, there is the necessity for a comprehensive study based on the following factors:

1. Physical state of the population (somatic and genital health);
2. Biological (demographic) factors that characterise reproduction in the population;
3. Sociological data characterising:
  - the level of risk factors prevalence in the assessed social environment (the family as its basic social unit);
  - the level of population awareness of these factors,
  - population awareness of the need to eliminate the negative impact of risk factors,
  - the degree of self-preservation attitude practical implementation;
4. Data on the effectiveness of social institutions that regulate the state of reproductive health in the population, such as public policy, the education system, the media, and primarily data on the effectiveness of the health system in the area of reproductive health of children, men and women;
5. Ecological characteristics of the investigated region (Morozova, 2015).

Thus, WHO treats reproductive health as the ability to conceive and give birth to children, the possibility of sexual relations without the threat of sexually transmitted disease (STDs) infestation, the guarantee of pregnancy and childbirth safety, the child's survival, wellbeing of the mother and the possibility to plan subsequent pregnancies, including a warning unwanted

pregnancy. Reproductive health is an important component of overall health of every individual, each family and the society as a whole (Shabunova, 2010).

From the medical point of view, an important aspect of RH is the state of somatic and mental health of the population. According to various data, there has been a steady decline in both physical and mental health indicators. Of special importance in somatic pathology are reproductive diseases in males and females. According to the WHO, 30% of women of fertile age have various disorders of the reproductive system. Most frequent gynaecological diseases associated with reproductive function decline are violations of the menstrual cycle, endometriosis and uterine myoma, frequency and decreasing onset age of which have been progressing steadily over recent years (Prilepskaya, 2007). Regarding incidence among men, official statistics only registers prostate gland diseases (the incidence of which increased by 50% between 2000 and 2008) and its malignant neoplasms (in 2008 - 33.7 per 100 000 of the population) (Shabunova, 2010). In addition, important aspects in the condition of RH are: growth of female and male infertility, pregnancy and childbirth complications (presence of unfavourable trends in health newborns as a consequence), high maternal and infant mortality rates, abortion. The increase in the number of abortions has given rise to a number of medical and social problems. Abortion is the main method of birth rate regulation in conditions of economic instability (Ushakova, 2010).

Carrying out the analysis of the problem of RH in youth, I.S. Savelieva notes in her thesis research that earlier sexual life onset with a low level of physical health and inadequate family planning culture causes high prevalence of abortions and early childbirth leading to consequences. In view of the fact that the rate of abortions in the structure of maternal mortality is 25-28% and approximately 70% of first pregnancies in women aged 15 to 19 complete with induced abortion, birth rate regulation with consideration for risk factors is an unused reserve in preserving life and health of the mother and having healthy offspring. Over the past decade, there has been a trend towards an increase in the number of abortions among underage females, which poses a serious threat to their further reproductive function. According to the Ministry of Health of the Russian Federation, the share of abortions among underage females amounted to 7.8% in 1998, 8.2% in 2000 and 11.0% in 2002. Of particular concern is the fact that every 10th (10.4%) abortion falls to the share of adolescents in the age structure of abortions (Morozova, 2015). Repeat abortions (i.e., repeat abortion of pregnancy within one calendar year) are widespread. Almost every third young woman also interrupts pregnancy by induced abortion within the next six months after childbirth. At the same time, more than two-thirds of Russian young females under the age of 20 do not know where to refer for help in connection with an unwanted pregnancy. While medical aspects of

abortion are relatively studied, many social and hygienic problems as well as attitude of young women after artificial abortion to contraception remain under-investigated. It has been shown that the number of females who possess correct information about possible complications after abortion does not exceed 15% while the frequency of repeat abortion within one year after an abortion reaches 16-35%. Against the background of a high incidence of abortions, there is a high incidence of complications. Such complications after induced abortion as infertility, miscarriage, increased preterm labour frequency, weakness in labour and postpartum haemorrhage raise the issue of abortion prevention among important aspects of the demographic policy (Savelieva, 2004).

Special attention is given to health of children and adolescents. Approximately 70-80% of schoolchildren suffer from two or three chronic somatic diseases. By the beginning of the reproductive period, every teenager has at least one chronic disease. Most common diseases are associated with the gastrointestinal tract, endocrine, urinary, nervous systems. In recent years, a lot of publications have appeared in the literature reflecting negative tendencies in RH of adolescent females (Elgin, 2007). Most common are inflammatory diseases of genital organs, deviations in reproductive system formation, i.e. menstrual disturbance, dysmenorrhea and delayed puberty.

Adolescence is a critical period in postnatal development. It is characterised by many psychological features. A special role is played by psychological situations associated with the processes of reproductive function formation and establishment of the social status associated with the gender. At present, biological growth of adolescents occurs earlier than in previous generations, yet the personality does not reach corresponding psychological and social maturity. This is associated with a sharp increase in the number of “sexually active” adolescents around the world. Early sexual activity, uninhibited forms of sexual behaviour, lack of awareness of contraception possibilities and application rules cause an increase in the number of sexually transmitted diseases and lead to a regularly high risk of unplanned pregnancy which ends with abortion in 80% of cases.

Thus, an elevated number of reproductive and somatic pathology, abortions, complications in pregnancy and childbirth and negative health indicators of adolescents are reasons for the decline in the reproductive potential of the population.

**Results and discussion.** Body image is of a psychological nature, and, to a great extent, determined by beliefs and perceptions of oneself rather than by the physical reality (cultural-historical approach in the psychology of corporeality). There is also a close relationship between what we feel about our body and what we feel about ourselves. Therefore, referring to the image of the body, we seem to appeal to ourselves, our ego. Body image is partially realised by us, thus it includes both conscious and unconscious components. It is not static

but sensitive to changes in the mood, environment, and physical condition. Also, body image is not congenital and is formed in the process of ontogenetic development. Its development and formation is influenced by the family, peers, traumatic experiences, values and expectations of imposed by the culture.

At the present time, the number of problems that could be called psychosomatic has increased significantly: the number of young girls with anorexia, menstrual function disorders and reproductive function decline in general is growing. In our opinion, not the least role in these phenomena, is played by distortion of the body image of girls in such a crucial period of ontogeny as teenage and adolescence which is the time of the appearance of menarche, the beginning of sexual relations. It is necessary to determine factors that make the most negative contribution to body image formation of young females and find effective ways to minimise their impact, which will reduce the number of violations in sexual, reproductive, mental and physical health of young females in general.

The term “body image” was introduced in 1935 by P. Schilder. In this case, however, the concept appeared before the term as Morcelli described distortion of the body image (dysmorphophobia, in terms of clinical psychology) in 1886.

Initially, body image was a visual representation of one’s own body, formed in the person’s consciousness. In other words, this is how the body appears before us. Schilder considers body image as something that is in a state of constant development or change. Movement causes changes in body image. The way of body part connection, realisation of such physical sensations as breathing, awareness of muscular activity are just a few examples of how kinaesthetic sensations can contribute to awareness and development of body image (Arlene Stark). The concept of body image is different from the concept of habitus (P. Bourdieu) as the latter acts as a sum of individual body skills (gait, gesture, manners, and clothing style): the whole person’s experience in the “depth” of bodily consciousness as well as personal appearance.

We distinguish three approaches to corporality in psychology:

1. Body image as a model of the body built on the basis of physical sensations (P. Federn).
2. Corporeality as a mental picture is what we think, imagine, understand by our body.
3. Corporality as a complex unity of perception, attitudes, judgements, representations related to the appearance and functions of the body (R. Shonts).

The latter approach is the most common in the study of body image.

The image of the body is an integrated psychological formation, consisting of every person’s perceptions of his or her own corporeality and attitude to his or her own body. Body image is what is available both for objectification and to the mind. The body, in addition to the material object, is perceived as an image.

Studies on the content of body image within the framework of self-concept theory and on the “holistic self” were carried out by such authors as A.A. Nalchadjian, V.A. Podoroga, E.T. Sokolova et al. The image of the body is perceived by these researchers as a philosophical concept, in which the category of “Me” cannot be determined empirically. In the process of human development, the “Me” structure of body image changes under the influence of socio-cultural environment. Unconscious attitude to the body on the part of the subject makes the body vulnerable to external influences.

However, the essential content of a person is manifested in his or her experience of corporal living. Therefore, on the other hand, the image of the body is a psychological term. In body image, the concepts of the body as flesh and the body as corporeality are integrated. It means that the image of the body itself can act as an empirically observed and explored object.

R. Shonts uses the term “body image” in his works, partially coinciding in meaning with the concept of “internal picture of health”. The image of the body consists of several levels: the body scheme, the bodily “Me” (the sense of bodily self-identity), beliefs about the body (which can even rest on dreams and fantasies), and the concept of the body (formal knowledge of the body expressed through conventional symbols).

As shown in several studies, body image has a different origin and complex structure. Thus, V. Schonfeld distinguishes the following components of the image of the body: 1) actual subjective perception of the body, both appearance and the ability to function; 2) internalised psychological factors resulting from the individual’s own emotional experience, as well as distortions of the body concept, manifested in somatic illusions; 3) sociological factors related to how parents and the society react to the individual; 4) the ideal image of the body, which, in relation to the body, is in turn associated with sensations, perceptions, comparisons and identifications of one’s own body with bodies of other people (Stolin, 2008).

**Conclusions.** We suggest that it is possible to apply the cultural-historical approach of L.S. Vygotsky and the comparative-historical approach in analysis of reproductive and sexual spheres by G.G. Filippova to problems of corporality of girls and young females and to make an attempt to bridge the gap between biological and medical analysis of the body and its functions and the psychological analysis of body image. Such an opportunity was opened by L.S. Vygotsky through regularities in psychological ontogeny and mediated structure of higher mental functions. The idea of a new quality of the physiological systems of man, emerging “from above” as a result of cultural and historical formation of consciousness, can be attributed to the entire somatic sphere of a person acquiring a new quality in the course of his or her cultural development. Similarly to higher mental functions, it loses its natural character. Undoubtedly, there cannot be a complete analogy with the process of VFF formation, but the basic

principle (the cultural and historical type of development) is applicable to the human organism in general. The cultural-historical concept of psyche development makes it possible to carry out a qualitative change in the general idea of human bodily development (normal and abnormal), of laws and mechanisms in socialisation of bodily phenomena in norm and pathology. It can be assumed that deviation from the cultural path of development is one of central sources of bodily function violations and occurrence of psychosomatic disorders. Thus, the subject of the corporeality psychology is human corporeality development patterns at different stages of ontogeny, as well as its structure and psychological mechanisms of functioning as a human, i.e. a culturally determined phenomenon in norm and pathology, conditions and factors affecting formation of normal and pathological phenomena of corporeality.

The psychology of corporeality is a multidisciplinary approach that makes it possible to look beyond the medical approach and include the problem of psychosomatic connections in the general psychological context. This approach allows us to solve problems of psychosomatic development correction of the personality, prevention of corresponding disorders in a new way. Application of this approach to analysis of psychosomatic development in the sensitive adolescent period will make it possible to identify risk factors in development and create effective technologies for prevention of psychosomatic disorders.

### References

1. Borisenko J.V., Belogay K.N., Morozova I.S., Ott T.O. Reproductive motivation in Russian women in the family context // Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2016. Vol. 34, № 3. P. 224-234.
2. Elgin S.I., Ushakova G.A. Prevention of violations of the development of the reproductive system in girls: methodological recommendations. Kemerovo, 2007. 59 p.
3. Zhuravleva I.V. Behavioral factors of adolescent health // Sociology of Medicine. 2002. № 1. P. 32-47.
4. Morozova I.S., Borisenko J.V., Belogay K.N., Ott T.O. Regulation of reproductive behavior and reproductive health. Moscow, 2015. 240 p.
5. Prilepskaya V.N., Yaglov V.V. Inflammatory diseases of the pelvic organs in the practice of a gynecologist // Gynecology. 2007. № 3. P. 18-21.
6. Savelieva I.S. Reproductive health and reproductive behavior of modern youth: prospects and ways of optimization: author's abstract : theses. Moscow, 2004.
7. Ushakova G.A., Nikolaeva L.B. Vosproizvodstvo population and reproductive health of women Kuzbass. Moscow: GEOTAR-Media, 2010. 176 p.
8. Shabunova A.A. Public health in Russia: state and dynamics: monograph. Volgda: ISEDT RAS, 2010. 408 p.
9. The article was prepared with the financial support of the Russian State National Scientific and Research Foundation, within the framework of the research project No. 17-36-00016-a1 "Forming the body image of girls in adolescence and adolescence", 2017-2019.

## EUTHANASIA IN DEMENTIA CAREGIVING: THE PERCEPTIONS OF PATIENTS' RELATIVES

E.L. Nikolaev, M.V. Emelianova

*Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia*

**Abstract.** The purpose of the paper is to define peculiarities of social perceptions of euthanasia among care giving relatives of patients with dementia. We polled 23(21.74% of males and 78.26% of females) dementia patients' relatives keeping permanent care of them. The average age of respondents was 55.91 years ( $SD=\pm 2.04$ ). The Questionnaire on Attitudes to Dementia (Nikolaev, 2016) was used to gather the information. Respondents emphasized rather ethical and legal aspects than medical ones in euthanasia positively assessing the moral level of medical workers. The legal aspect of social representations was determined by awareness of existing laws imperfections. Respondents were not sure of the need to borrow international experience in euthanasia application in Russia. This corresponds to the view on inadmissibility of the decision on dying by the dementia patients themselves. While agreeing with euthanasia practice in general, many respondents were not willing to apply it in practice for themselves and their close ones. Medical, legal and ethical aspects of the idea of euthanasia come into contradiction with sociocultural, religious and personal aspects that must be taken into account in organization of routine activity with dementia patients and their relatives.

**Keywords:** dementia, caregivers, patients' relatives, euthanasia, social perceptions.

**Introduction.** Currently, dementia is one of the most pressing social problems whose severity is constantly growing (Golenkov et al., 2014). Though the problem of dementias has already moved far beyond medicine, the awareness of it in society is quite low, which can lead to delay in seeking medical advice by such patients (Golenkov, 2013). It is not surprising that patients due to their disease which is at junction of professional interests of psychiatrists and neurologists, do not receive timely medical care (Nikolaev et al., 2016). The scale of the problem is also influenced by common misconceptions regarding measures of dementia development prevention not grounded by serious scientific studies (Kozlov et al., 2014).

The social role of dementias is determined by negative consequences of the disease which over time begin manifesting in people close to the patients. Relatives of dementias patients experience great physical and psychological burden while taking care of them. Long time high emotional tension may lead to disturbance of personal psychological adaptation and decrease of its adaptive capacity that adversely affects the life quality (Nikolaev & Lazareva, 2013). For

an individual, subjectively insolvable situation reaching the crisis level may be accompanied by imaginary or real threat for fundamental needs of an individual (Yur'yeva, 2015), by disturbance in anxiety buffer functioning (Chistopolskaya et al., 2016) and lowering down anti-suicide barrier of an individual. Thus, a discourse of death can appear in the context of a dementia patient and a care giving relative.

The theme of conscious dying in the context of dementia updates another scientific discourse, namely the discourse of euthanasia. Today the interdisciplinary problem of euthanasia is one of the most debated ethical issues more often lying in the aspect of medicine (Balzamova, 2012) and law (Tasakov, 2003). In world scientific literature there is a stratum of research involving medical aspects of dementia and euthanasia. Part of it is devoted to the study of awareness of euthanasia by doctors and dementias patients' caregivers (Vilela & Caramelli, 2009; Nikolaev, 2017) and to the study of attitudes to euthanasia in dementia in various population groups (Kwok, 2007; Williams et al., 2007; Alvargonzález, 2012; Johnstone, 2013; Wijsbek, 2013).

Although in the Russian Federation the practice of euthanasia is prohibited, theoretical disputes between its supporters and opponents do not cease (Tasakov, 2003; Balzamova, 2012). As there are no such studies in Russia, clarification of social perceptions of this issue in various population groups is of scientific interest. The aim of the work is to define peculiarities of perceptions of euthanasia among dementias patients' relatives.

**Materials and Methods.** The study involved 23 (21.74% of males and 78.26% of females) close relatives of patients suffering from various forms of dementia. The age of respondents ranged from 34 to 78 years ( $M = 55.91$ ,  $SD = \pm 2.04$ ). All respondents when taking part in the poll, were directly involved in rendering care to their sick relatives because of their helplessness associated with dementia.

We developed a Questionnaire for gathering the information allowing us to specify the structure of respondents' perceptions of euthanasia (Nikolaev, 2016). The Questionnaire reveals the specifics of respondents' attitude to medical, legal, ethical, sociocultural, religious, and personal aspects of euthanasia.

Prior to start working with the Questionnaire we offered the respondents to familiarize themselves with the following definition of euthanasia, because not all them could exactly realize the concept of euthanasia. Euthanasia is a medical term that refers to deliberate and painless termination the life of a person suffering from an incurable disease and undergoing excruciating suffering with no hope to be cured. We processed the results with the use of descriptive statistical methods (percentages, calculation of mean values, and standard deviation).

**Results and Discussion.** Analyzing attitudes of dementias patients' relatives to euthanasia in its medical aspect, we can state that the majority of respondents (57.14%) do not believe that this issue is medical in nature. A total of 61.90% of respondents disagreed with the statement that our country was not ready to

legalize euthanasia due to low moral level of medical workers. At the same time, two thirds of the respondents (66.64%) agreed that our society was not ready to legalize euthanasia due to imperfection of national medicine.

Passing to the analysis of legal aspects of euthanasia, we may note that the relatives of dementia patients regard them as fundamental aspects in this matter. A total of 61.91% of respondents believe that euthanasia is a legal problem.

The majority of respondents (60%) expressed different degrees of consent on the euthanasia legalization. A total of 40.00% of respondents absolutely agreed, about 20% agreed but were not sure. A total of 25% of respondents totally disagreed and 15% rather disagreed than agreed.

Further analysis shows that when examining the attitudes towards passive euthanasia the number of its supporters decreased to 42.11%. The majority of respondents (75%) were sure that our country was not ready to legalize euthanasia due to imperfect legislative background.

The ethical approach to this issue was also considered to be important enough for 68.43% of respondents (“... euthanasia is more a moral and ethical problem”). More than half of the respondents (55.00%) also considered that authorizing the practice of euthanasia testifies to a high level of humanism development in the society.

In this analysis we cannot bypass sociocultural aspects that focus on differences in attitudes towards euthanasia in different societies related to traditions and worldviews. Indeed, every second out of five respondents (42.11%) was absolutely sure that the country was not yet ready for euthanasia legalization due to lasting traditions of non-execution of laws. In this connection, the absolute majority of the respondents (76.19%) were confident that euthanasia legalization could lead to various negative consequences and to abuses in particular. At the same time, completely opposite views were missing, but every fifth respondent had doubts. On the other hand, the number of supporters and opponents of legalizing euthanasia in foreign countries is equal (50.00%). However, the share of staunch opponents for using the experience of foreign countries in euthanasia legalization is more (40.00%) than its staunch supporters (30.00%).

Our study demonstrated that spiritual views on the problem of euthanasia were shared by many respondents. The percentage of the respondents confident (40.00%) that euthanasia practice testifies to a high level of a society despiritualization was higher than those who did not agree with them (30.00%). Meanwhile, the number of doubters in the agreement or disagreement was equal (10.00%). More specific wording offering an explanation of euthanasia practice from a religious point of view, found a greater number of followers (71.43%). About one in six respondents (14.29%) was opposed to this position. Opponents of euthanasia among dementias patients' relatives (61.90%) agreed with a spiritual explanation for their rejection of this controversial practice saying that “... a man comes into this world not by his own free will and he should die not by his own free will as well”.

Important information about the attitude of the respondents towards euthanasia can be obtained by analyzing their personal views on euthanasia. Every second of three respondents (63.16%) agreed with a generalized wording that any person has the right to make decisions about his own life. When detailing if the respondent had experienced in his life situations in which it would have been possible to apply euthanasia, it turned out that the vast majority (85.71%) had not faced such a situation. The situation of care giving dementia patients' relatives was not considered as related to euthanasia which underlined sincerity of their relationship to the task of taking care.

The information value of these issues is related to the fact that when formulating a relationship to personal problems, the respondent usually does not focus on medical, legal or spiritual constraints and is more inclined to reproduce his inner beliefs. The respondents' answer to the question about hypothetical possibility of applying euthanasia against them is quite indicant.

Only a quarter of all respondents (25.00%) admitted such a possibility in the future. This figure was significantly lower than the percentage of the respondents who agreed with euthanasia legalization (40.00%).

At the same time, responses to a similar question regarding relatives being taken care of their relatives showed that the respondents referred to them slightly more sparingly than to themselves and the possibility of euthanizing them was admitted only by 23.81% of respondents.

Analyzing the results, we can assume that a positive attitude towards the practice of euthanasia is correlated in the respondents' mind with readiness for its adoption both in respect of themselves and in respect of others.

Discussing the results, we note that there are similar data in the literature on the topic. Thus, Brazilian researchers from Sao Paulo interviewing 40 dementias care persons, found that 22.5% of the respondents support euthanasia, 50.0% of respondents refer to it negatively (Vilela & Caramelli, 2009).

According to a British study of euthanasia in dementia (Williams et al., 2007), two-thirds of the polled 725 residents of London and adjacent areas agree to apply euthanasia in respect of themselves, 60% point to the possibility of active euthanasia application. When talking about the partner's life, Londoners are more inclined to life extension, if talking about their own life, they are more inclined towards euthanasia.

At the same time, according to a Finnish study, health professionals and religious professionals who often face issues of death due to their professional duties have more negative social attitudes regarding the practice of euthanasia (Jylhänkangas, 2014).

**Conclusion.** Our research shows that social perceptions of euthanasia among relatives of dementias patients are heterogeneous. The respondents are less inclined to see euthanasia as a purely medical problem. The respondents rather emphasize its ethical and legal aspects. At the same time, they assess the

moral level of medical workers positively drawing attention to the existence of imperfections in the national medicine.

The legal aspect of social perceptions of euthanasia among relatives of dementias patients, on the one hand, is determined by their greater consent to its legalization, on the other hand, by awareness of legal framework imperfection for its immediate implementation. This vision is supplemented by ethical opinions that the practice of euthanasia is correlated with the level of humanism in a society.

The above-mentioned perceptions contradict the sociocultural ideas of the respondents about euthanasia. According to them, the respondents are sure of possibility of malpractices in applying euthanasia, and are not precisely sure of the need to borrow international experience in the euthanasia application.

Another contradiction in social perceptions concerns the prevalence of attitudes among the respondents about the link between euthanasia and a high spiritual level of a society. They correspond to the opinion on inadmissibility of making the decision on departure from life by people themselves.

Certain contradictions in regard to euthanasia are identified on the personal level of social perceptions as well. Being supportive of euthanasia practice as a whole, many respondents are not willing to apply it to themselves and their close ones.

Thus, social perceptions of dementias patients' relatives about euthanasia are contradictory and not sufficiently formed. Their structure is determined by multi-directional opinions on euthanasia in different dimensions of this problem such as legal, sociocultural, spiritual and personal.

### References

1. Alvargonzález D. Alzheimer's disease and euthanasia // *J. Aging Stud.* 2012. Vol. 26, № 4. P. 377-385. doi: 10.1016/j.jaging.2012.04.001
2. Balzamova L.A. The problem of euthanasia in palliative medical care // *Health Care Quality Assurance.* 2012. № 2. P. 24-26. (in Russian)
3. Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Ozol S.N., Chubina S.A., Nikolaev E.L., Gorodetskaya I.V. The specifics of death attitudes in medical students in regions of moderate and high suicidal risk in Russia and Belarus // *Suicidology.* 2016. Vol.7, № 2. P. 40-49. (in Russian)
4. Golenkov A.V. Level of students' knowledge about Alzheimer's disease // *Vestnik Chuvashskogo universiteta.* 2013. № 3. P. 393-397. (in Russian)
5. Golenkov A.V., Poluéktov M.G., Nikolaev E.L. Recognition and awareness about stages of Alzheimer's disease // *Zh. Nevrol. Psikhiatr. im. S. S. Korsakova.* 2014. Vol. 114, № 11-2. P. 49-54. (in Russian)
6. Johnstone M.J. Metaphors, stigma and the 'Alzheimerization' of the euthanasia debate // *Dementia (London).* 2013. Vol. 12, № 4. P. 377-393.
7. Jylhäkangas L., Smets T., Cohen J., Utraiainen T., Deliëns L. Descriptions of euthanasia as social representations: Comparing the views of Finnish physicians and religious professionals // *Sociology of Health & Illness.* 2014. Vol. 36, № 3. P. 354-368.
8. Kozlov V.A., Golenkov A.V., Sapozhnikov S.P. Effects of red dry wines and other alcoholic drinks in the prevention of Alzheimer's disease: dementia and brain

pathology: obvious, doubtful and unknown // *Mental Health*. 2014. Vol. 12, № 6 (97). P. 81-87. (in Russian)

9. Kwok T., Twinn S., Yan E. The attitudes of Chinese family caregivers of older people with dementia towards life sustaining treatments // *J. Adv. Nurs*. 2007. Vol. 58, № 3. P. 256-262.

10. Nikolaev E. Attitudes toward euthanasia: Contradictory views and ideas of Alzheimer patients' relatives. 25th European Congress of Psychiatry // *European Psychiatry*. 2017. Vol. 41. P. S661. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1116>.

11. Nikolaev E.L. What do relatives of patients with dementia and Alzheimer's disease think about euthanasia? // *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. № 58. P. 75-84. (in Russian)

12. Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. Adaptation and personality adaptive potential: current research approaches // *The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology*. 2013. № 9. P. 18-32. (in Russian)

13. Nikolaev E.L., Sörli T., Rezvy G. Psychogenic non-epileptic seizures: issues of comorbidity in the diagnosis and treatment // *Zh. Nevrol. Psikhiatr. im. S. S. Korsakova*. 2016. Vol. 116, № 4. P. 58-61. (in Russian)

14. Tasakov S.V. The prohibition of euthanasia diminishes human dignity // *Russian justice*. 2003. № 2. P. 40-42. (in Russian)

15. Vilela L.P., Caramelli P. Knowledge of the definition of euthanasia: study with doctors and caregivers of Alzheimer's disease patients. // *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2009. Vol. 55, № 3. P. 263-267.

16. Wijsbek H. Euthanasia in advanced dementia: directive is useful // *Ned. Tijdschr. Geneeskd*. 2013. Vol. 157, № 25. P. A6440.

17. Williams N., Dunford C., Knowles A., Warner J. Public attitudes to life-sustaining treatments and euthanasia in dementia // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2007. Vol. 22, № 12. P. 1229-1234.

18. Yur'yeva L.N. Suicidal gestalt // *The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology*. 2015. Vol. 11, № 1. P. 127-131. (in Russian)

**УДК 159.96**

## **COGNITIVE IMPAIRMENTS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

**M.M. Petrova, D.S. Kaskaeva, O.V. Eremina**

*Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia*

**O.L. Barbarash**

*Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** The article reveals long-term research aimed at studying cognitive impairments as the most typical manifestations of brain damage among patients with arterial hypertension. The primary objective of treatment for AH patients with cognitive impairments is adequate AH correction and achievement of blood pressure target values.

**Keywords:** cognitive impairments, brain damage, patients, arterial hypertension

**Relevance.** Arterial hypertension (AH) represents one of most widespread and socially important disorders. According to epidemiological data, prevalence of hypertension in the population amounts to approximately 40% and is elevated up to 60-70% in elderly people (Zhukovsky et al., 1997). According to data of the Russian Scientific Cardiologist Society expert committee, only 30-40% of patients with AH are aware of their disease and no more than 10% receive adequate antihypertensive therapy. According to data obtained by a number of national and international studies (Kalinina et al., 2017, Pase et al., 2016), long-term AH is followed by decline in higher mental functions to the extent of dementia in elderly patients. Recently, it has become more common for young people.

The brain belongs to the number of so-termed target organs of arterial hypertension. AH is an independent and significant factor of risk in ischaemic and haemorrhagic stroke development. It increases risk of diffuse white matter damage (leukoaraiosis) development. Clinical findings associated with damage to the brain as in an AH target organ are varied and depend largely on localisation of previous acute cerebral incidents. However, all cases are followed by higher mental function impairment development (Longstreth et al., 1998).

Cognitive impairments are most typical manifestations of brain damage in the presence of AH and are thus considered as cerebral distress indicators.

The importance of cognitive status assessment and early diagnosis of cognitive decline is indicated for both elderly and younger categories of patients (Ghobanian, 2003, Petrova et al., 2007). Herewith, a large number of patients with AH are able to work, so cognitive function impairment might have serious consequences for them. Memory and attention decline, ideation slowing, initiative, activity and mood decline and disorientation are typical cognitive impairments in patients with AH. Excitatory state and aggression are possible, as well as less frequently observed apathy and depression. Mental deteriorations develop (memory, concentration and attention deficit) as well as emotional ones (mood swings, lack of interestedness and friendliness), emotional disequilibrium and other symptoms that include dizziness, headache, hearing impairment, insomnia, tremor (Kilander et al., 2005, Petrova et al., 2008). Motor decline, gait impairment, enuresis, visual field defects, spasmodic laughter or weeping, intellectual disabilities, cognitive impairments might be revealed (Kilander et al., 2005, Petrova et al., 2011). Cognitive decline in AH patients might lead to their social maladjustment and increase in temporary incapacity duration.

Dementia development is preceded by oligosymptomatic cerebral damage manifested by moderate cognitive disorders and the phenomenon of silent lacunes and/or leukoaraiosis according to MRI data. Unfortunately, a standard examination design for AH patients does not include cerebral state assessment

as yet and detection of moderate cognitive disorders particularly. Therefore, the medical specialist only reports brain damage at the stage of significant cognitive decline development including dementia.

### **Cognitive impairments and methods of their assessment**

Cognitive functions are considered as most complex brain functions, by means of which the rational cognition process is brought to effect and purposeful interaction with the world is performed. This process comprises four main interactive components: 1) information perception – gnosis; 2) processing and analysis of information that include voluntary attention; 3) communication, memorization and information storage – memory; 4) information exchange, development and realization of an action program – praxis. Cognitive impairments are disorders of one or several cognitive functions (memory, praxis, gnosis, speech, work activity regulation) as the result of certain diseases including AH (Yakhno, 2005).

Due to the stated pathogenic peculiarities of cognitive decline formation, of main significance in their structure is control (frontal) function disorder. Regulatory functions could be described separately as follows. Goal setting: the ability to choose and state the goal of activity voluntarily. If this function is impaired, psychic process activity, motivation and initiative are decreased, emotional indifference is developed. Attention stability: the ability to organise one's own cognitive activity and behavior according to the set goal as well as the ability to inhibit less appropriate motivations or motivations unacceptable in the present situation. Attention switchability is the ability to vary the paradigm of activity in changed conditions, to shift from the goal achieved to a new one. During lack of this factor, torpidity and perseveration are developed. Usually, one or several aforesaid symptoms of control (frontal) function deficiency are present in the structure of cognitive impairments following AH (Starchina et al., 2008, Parfenov, 2011, Preobrazhenskaya, 2007).

AH patients complain about memory and attention decline, ideation slowing, decrease in initiative and activity, mood decline. Excitatory state, aggressiveness and mood swings are possible. Memory impairment is manifested mainly in the process of training: word and visual memorisation, learning of new skills might be complicated. Voluntary and involuntary memorisation is compromised. Semantic memory (the memory for meanings) remains unimpaired. The principal decline is observed during active reproduction of the material. At later stages decline in abstract thinking and judgment is developed. Focal impairments of higher cortical functions (aphasia, agraphia, alexia, apraxia, acalculia) are, as a rule, not developed, which is typical of subcortical cognitive impairments. Appearance of such acute symptomatology is followed by severe dementia (Lloyd-Jones et al., 2002).

Contemporary cognitive impairment classification divides them into mild (persistence of the ability for independent life) and pronounced ones, i.e. dementia (the patient is completely helpless in daily activities) (Knopman et

al., 2015). Most patients with mild cognitive decline suffer from dementia later. Dementia is the extreme in higher mental function decline caused by cerebral damage. In the presence of dementia, impairments are complex: deficit is not restricted by one certain cognitive sphere but is observed during assessment of several or all higher cerebral functions. As AH is associated with the risk of acute cerebrovascular accident development, that in turn leads to five- to ninefold increase in the risk of dementia development (Grau- Olivares et al., 2007).

### **Epidemiology of cognitive impairment in the presence of arterial hypertension**

A large body of research supports that uncontrollable arterial hypertension is a reliable, strong and independent risk factor in cognitive impairments including severe ones. At the same time, subclinical cerebral damage is revealed in almost one half of patients with AH and its prevalence is twofold superior to prevalence of heart and kidney disorders.

The association between high arterial tension (AT), vascular dementia and disorders of cognitive functions in elderly patients has been established in a variety of epidemiological studies in Framingham, EVA (Knopman et al., 2015). The issue of AH influence on cognitive functions in young and adult population is still under-investigated. Thus, there is data on a study (carried out at the premises of the 2nd University of Naples) which included patients older than 35 years without cerebrovascular and significant neurological diseases in medical history. Cognitive deficit was shown in AH patients in comparison with patients without AH differing by indices of attention, short-term and long-term memory. Russian researchers came to similar conclusions assessing possibility of cognitive decline development in young and adult AH patients (Smakotina et al., 2009, Petrova, 2007). Starchina Yu.A. et al. studied prevalence and clinical peculiarities in cognitive and emotional-behavioural disorders in AH patients. It has been shown that cognitive impairments are revealed in no less than 73.7% AH patients. Presence of stroke in medical history increases risk of more significant cognitive disorder development: moderate cognitive impairments (72.7%) prevailed over mild ones in patients with AH and stroke (Starchina et al., 2008, Parfenov, 2011).

Effects of long-term AH developed in adulthood on cognitive decline in senile age has been demonstrated by the Honolulu-Asia Aging Study which included patients aged 45-50 years. Direct association between systolic AT in adulthood and high risk of cognitive impairments in old age has been shown. Elevation in systolic tension by each 10mm Hg increases mild cognitive impairment development by 7% and by 9% for severe impairments (Lloyd-Jones D et al., 2002). Thus, in the course of medical surveillance over patients aged 70 years and older, I. Skoog et al. came to the conclusion that initially high pressure (180/100mm Hg and higher) is in reliable correlation with risk of dementia development (Skoog et al., 1996, 1997). The SCOPE (the Study on Cognition and Prognosis in Elderly Hypertensives) has also demonstrated

that AT increase in the elderly leads to cognitive deficiency and dementia development (Lloyd-Jones D et al., 2002).

Both quantitative neuropsychological methods and clinical scales revealing cognitive and other symptoms of dementia are applied for presence and severity of cognitive function impairment assessment. Therewith, existing clinical cognitive impairment diagnosis methods used in daily practice are mainly oriented toward diagnosis of more severe cognitive function disorders i.e. dementia. Most often-used clinical scales are: (Mini-Mental State Examination-MMSE), Clock Drawing Test, 5-word memorisation test, Frontal Assessment Battery (Dubois et al., 1999) and others. Disadvantage of the aforesaid methods is their low sensitivity. These tests are acknowledged to be effective in dementia diagnosis, but are less reliable instruments for diagnosis of mild and moderate cognitive impairments (Vakhnina, 2015). Over recent years, the Montreal cognitive assessment scale (the MOCA test) including a simplified number and letter connection test, the literal association test, the Clock Drawing Test has been widely used in clinical practice. It also contains evaluation means for attention and control function evaluation as well as memory, orientation, nominative speech function assessment etc. The method is relatively simple and only requires 10-15 minutes and is highly sensitive in revealing of vascular cognitive impairments. It should be noted that presence of cognitive impairments in an AH patient, especially rapidly progressing ones, is an indication for neurovisualisation (computer or magnet-resonance tomography of brain).

### **Mechanisms of cognitive impairment development in patients with arterial hypertension**

Cognitive disorders in the presence of AH are most often vascular. The basis for cognitive impairment development in AH patients is remodeling of small arteries: abnormality in ratio of middle coat thickness to the lumen diameter with typical increase in general peripheral resistance which leads to development of ischaemic alterations in cerebral tissue.

Another most important manifestation of ischemic cerebral abnormalities is leukoaraiosis. Mechanisms of its development include CSF resorption decline associated with pronounced fibrosis in capillaries and venules. Leukoaraiosis is registered in healthy old people as well. It has been shown that normal aging includes development of cerebral mass decrease, sulci deepening and widening, increase in cerebral ventricle size due to decrease in white matter mass, significant decrease in amount of neurons in cortex (Suslina, 2006). During research on brain of adult and young dead persons with severe forms of AH, an analogical complex of structural alterations in periventricular and subcortical white matter that is considered typical of aging processes. Cognitive impairments in the presence of AH might be conditioned not only by massive ischaemic damage to the brain and its multi-infarct state. Their development is often observed during more moderate lacunar infarction-type damage in a strategically significant area. The following brain areas are considered functionally significant: frontal

lobes, parietal-temporal-occipital areas, mediobasal parts of the temporal lobe, frontal and middle parts of optic thalami. Other forms of cognitive impairment morphological substrate and in the presence of AH might be diffuse white matter damage, cortical atrophy and cerebral hypoperfusion.

In many cases, cognitive disorders in AH patients are associated with a co-existing neurodegenerative disease. Results of some epidemiological studies attest to AH being an important risk factor in Alzheimer disease development (Kivipelo et al., 2001). If a concurrent vascular cerebral impairment is developed during early or intermediate stages, the risk of Alzheimer disease clinical manifestation rises significantly (Kivipelo et al., 2001).

### **Treatment and prevention of arterial hypertension-related cognitive impairments**

The primary objective of treatment for AH patients with cognitive impairments is adequate AH correction and achievement of blood pressure target values. During AH treatment, achievement of target AT level is obligatory, but rates of its decrease must be maximally attenuated. They depend on the patient's baseline AT values, duration and severity of both AH and comorbidities. Fast rates of lowering might be followed by cerebral hypoperfusion symptoms especially correct for elderly patients (Zakharov et al., 2014, Tkacheva et al., 2017). For hypoperfusion prevention, widely-used antihypertensive preparations should not only lower arterial pressure but decrease remodelling in cerebral vessels as well. Protective values of antihypertensive preparations in reference to target organs have been one of AH therapy effectiveness criteria (Prokopenko et al., 2016, Ostroumova 2015).

Data on predominant cerebroprotective action of certain medical preparations accumulated in the course of clinical trials makes it possible to recommend their application, primarily for patients with high risk of cognitive impairment development. Favourable effect of antihypertensive therapy on AH patients cognitive status has been proved several times. The possibility of early dementia development prevention was first convincingly proved during the Syst-Eur study which included approximately three thousand non-demented patients with isolated systolic hypertension (160–219/<95mm Hg) aged 60 years and older. The data obtained attests to the fact that dihydropyridine calcium antagonist (nitrendipine) hypotensive therapy for very elderly patients with isolated systolic AH decreased Alzheimer-type dementia development risk by 50% (Peters J et al., 2015). Introduction of the Nitremed® nitrendipine preparation makes it possible to optimise prevention of cerebrovascular pathology and cognitive impairments for AH patients.

The PROGRESS study (combination of the perindopril angiotensin-converting ferment with the indapamide thiazide-like diuretic) (PROGRESS, 2001) demonstrated a significant preventive effect of antihypertensive therapy in reference to cognitive impairment development.

Within the framework of the all-Russian multicentre study DOMINANTA (randomised multicentre programme for assessment perindopril efficiency in AH patients), improvement in cognitive functions during one month of perindopril treatment was noted: oral-aural memory value improved, memorisation accuracy increased as well as the ability to concentrate attention. Similar positive tendencies were recorded in other trials based on application of fosinopril, amlodipine, nifedipine, indapamide, bisoprolol, metoprolol succinate, mexonidine, atenolol (Ostroumova et al., 2004, Ostroumova et al., 2016). Protective influence of antihypertensive therapy on cognitive functions depends directly on early onset, duration and regularity of AH treatment, not only on choice of a particular medicine class.

It is suggested that positive effect of AH treatment is realised by means of cerebral circulation improvement, mainly frontal areas, impairment of which is followed by cerebral activity disintegration (Ostroumova et al., 2016).

Opinions are expressed that antihypertensive preparations increasing arterial tension circadian variability might exert negative influence upon cognitive functions. Antihypertensive treatment for patients with hemodynamically significant stenosis of cerebral arteries should be provided with utmost caution (Skoog et al., 2006).

Adequate antihypertensive treatment not only promotes prevention of cognitive impairment progression but also might exert positive influence on already present disorders.

## References

1. Zhukovsky G.S., Konstantinov V.V., Varlamova T.A., Kapustina A.V. Arterial hypertension: the epidemiological situation in Russia and other countries // RMJ. 1997. № 9. P. 551-558. (in Russian)
2. Kalinina A.M., Boytsov S.A., Kushunina D.V., Gornyy B.E., Drozdov L.Y., Egorov V.A. Hypertension in the routine healthcare: focus on the results of health check-up // Arterial Hypertension. 2017. Vol. 23, № 1. P. 6-16. (in Russian)
3. Skoog I., Lernfelt B., Landahl S., Palmertz B., Andreasson L.A., Nilsson L., Persson G., Odén A., Svanborg A. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia // Lancet. 1996. Vol. 347, № 9009. P. 1141-1145.
4. Skoog I. The association between midlife blood pressure levels and late-life cognitive function // Biomed Pharmacother. 1997. Vol. 51, № 9. P. 367-375.
5. Pase M.P., Beiser A., Enserro D., Xanthakis V., Aparicio H. Association of Ideal Cardiovascular Health With Vascular Brain Injury and Incident Dementia // Stroke. 2016. Vol. 47. P. 1201-1206.
6. Chobanian A.V. The Seventh Report of the joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report // JAMA. 2003. Vol. 289, № 19. P. 2560-2571.
7. Smakotina S.A., Trubnikova O.A., Barbarash O.L. Particular qualities by neurodynamics of young and middle ages patients with hypertension depending on sex // Medicine in Kuzbass. 2009. № 1. P. 39-44. (in Russian)
8. Petrova M.M., Shnayder N.A., Eremina O.V. Cognitive impairment in patients with arterial hypertension. Krasnoyarsk, 2007. 101 p. (in Russian)

9. Kilander L., Niman N., Boberg M. The relationship of hypertension with cognitive impairment: Results of a 20 – year follow-up of 999 patients // *Reviews of Clinical Cardiology*. Moscow, 2005. P. 37-49.

10. Skoog I., Aevansson O. Epidemiology of vascular dementia in Europe // *Cerebrovascular Disease, Cognitive Impairment and Dementia*. 2nd ed. London, New York: Martin Dunitz, 2004. P. 35-48.

11. Petrova M.M., Shnayder N.A., Barbarash O.L. Cognitive complications of arterial hypertension. Krasnoyarsk, 2008. 115 p. (in Russian)

12. Yakhno N.N., Zakharov V.V. Vascular cognitive impairment // *RMJ*. 2005. Vol. 13, № 12. P. 789-793. (in Russian)

13. Grau-Olivares M., Bartres-Faz D., Arboix A. [et al.] Mild cognitive impairment after lacunar infarction: voxel-based morphometry and neuropsychological assessment // *Cerebrovascular Diseases*. 2007. Vol. 23, № 5-6. P. 353-361.

14. Knopman D.S., Beiser A., Machulda M.M. [et al.] Spectrum of cognition short of dementia: Framingham Heart Study and Mayo Clinic Study of Aging // *Neurology*. 2015. Vol. 85, № 19. P. 1712-1721.

15. Lloyd-Jones D., Evans J., Larson M., Levy D. Treatment and Control of Hypertension in the Community A Prospective Analysis // *Hypertension*. 2002. Vol. 40, № 5. P. 640-646.

16. Vakhnina N.V. Cognitive impairment in arterial hypertension // *Medical Advice*. 2015. № 5. P. 14-21. (in Russian)

17. Suslina Z.A., Suslina L.A., Geraskina A.V. Fonakin Arterial hypertension, vascular pathology of the brain and antihypertensive treatment. Moscow, 2006. 200 p.

18. Zakharov V.V., Vakhnina N.V., Ostroumova O.D. Correction of cognitive impairments in patient with arterial hypertension and cardiac insufficiency: how to make a right choice // *Effective pharmacotherapy*. 2014, № 12. P. 12-18.

19. Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Kotovskaya Y.V., Sharashkina N.V., Ostapenko V.S. Arterial hypertension management in patients aged older than 80 years and patients with the senile asthenia. A position agreement of the experts of Russian association of gerontologists and geriatricians, Gerontological society of Russian Academy of Sciences, Russian medical society for arterial hypertension Task Force Members // *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017. Vol. 16, № 1. P. 11-123. (in Russian)

20. Prokopenko S.V., Mozheyko E.Yu., Koryagina T.D., Anayool T.S., Shanina E.G., Petrova M.M. Problem of cognitive impairment in clinical practice // *Pharmateka*. 2016. № S4. P. 6-10. (in Russian)

21. Ostroumova O.D. Prevention of stroke and dementia in high-risk patients // *Consilium Medicum*. 2015. Vol. 17, № 10. P. 73-76. (in Russian)

22. Peters J., Booth A., Peters R. Potential for specific dihydropyridine calcium channel blockers to have a positive impact on cognitive function in humans: a systematic review // *Ther. Adv. Chronic. Dis*. 2015. Vol. 6, № 4. P. 160-169.

23. PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack // *Lancet*. 2001. Vol. 358. P. 1033-1041.

24. Ostroumova O.D., Pervichko E.I., Galeeva N.Y. Effect of angiotensin II receptor blockers and calcium antagonists on cognition // *Medical Advice*. 2016. № 4. C. 28-35. (in Russian)

25. Ostroumova O.D., Desnitskaya I.V. Cognitive functions in patients with arterial hypertension : the impact of antihypertensive therapy // *Consilium Medicum*. 2004. № 2. P. 10-13. (in Russian)

26. Starchina Yit.A., Parfyonov V.A., Chazova I.E., Pustovitova T.S., Yakhno N.N. Cognitive disturbances in patients with arterial hypertension // Neuroscience and Behavioral Physiology named S.S. Korsakova. 2008. № 4. P. 19-23. (in Russian)
27. Parfenov V.A., Starchina Yu.A. Cognitive disorders in patients with essential hypertension and their treatment // Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2011. № 1. P. 27-33. (in Russian)
28. Kivipelto M., Helkala E.L., Laakso M.P., Hänninen T., Hallikainen M., Alhainen K., Soininen H., Tuomilehto J., Nissinen A. Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study // Br. Med. J. 2001. Vol. 322, № 7300. P. 1447-1451.
29. Preobrazhenskaya I.S., Yakhno N. N. Vascular cognitive impairment - clinical manifestations, diagnostic approaches and treat // Neurological Journal. 2007. Vol. 12, № 5. P. 45-50. (in Russian)
30. Skoog I., Gustafson D. Clinical trials for primary prevention in dementia // Dementia therapeutic research / eds. K. Rockwood, S. Gauthier. London; New York: Taylor a Francis, 2006. P. 189-212.

УДК 378.013.77

## **TEACHER'S BEHAVIOUR IN CONFLICT SITUATIONS AS FACTOR OF PSYCHOLOGICAL SAFETY OF THE EDUCATIONAL ENVIRONMENT WITHIN HIGHER EDUCATION INSTITUTION**

**M.V. Sokolskaya, O.P. Sterligova**

*Russian University of Transport, Moscow, Russia*

**A.V. Tkachenko**

*Far Eastern Transport University, Khabarovsk, Russia*

**Abstract.** In the article the problem of psychological safety of the educational environment within a higher educational institution from a position of the pedagogical conflicts is considered. Such phenomena as psychological safety, the educational environment, threats of psychological safety are analyzed. For the purpose of studying influence of the pedagogical conflicts on a condition of psychological safety within an educational environment the pilot research of interrelation of teacher's personal features and the strategy of behavior in the conflicts was undertaken. Teachers phlegmatic persons whom in selection of respondents there were 50% try to avoid the conflicts and only 20,0% of them choose style of adaptation. Optimistical sanguine persons whom in selection there were 20%, choose in conflict situations the strategy of rivalry, or if it does not work well, try to reconcile all, having taken a cooperation position. To choleric persons whom in selection were also of 20%, the conflicts are uninteresting and therefore they take part in them or compromise positions, or just adapt to a

situation. Melancholiacs (10%) choose an avoiding position in the conflict. Also primary avoiding (75%) of the conflicts by introverts is revealed, only 25% adapt to it. Ambivert is also peculiar to use avoiding style unlike extroverts who will actively compete, cooperate, make a compromise, and in case of impossibility to solve the conflict, will adapt to it (it more is peculiar to choleric extroverts persons). The correlation analysis which is carried out by means of Spirmen's coefficient showed that the choice by teachers of behavior strategy in the conflict is defined by their personal features, these indicators are connected by positive correlation dependence. Unfortunately, psychological threats are relevant for the educational environment. The major direction is development of the decrease mechanism in the considered threats as one of which it is necessary to consider conflictness of teachers.

**Keywords:** psychological safety, the educational environment, psychological violence, threats of psychological safety, students, teachers, the conflicts, style of behavior, education.

**Relevance.** There are more and more researchers and practitioners who pay attention to need of active development the problem of psychological safety on personal, public, state and also professional levels, but this problem gains special relevance and the importance in educational institutions of all levels (I.A. Bayeva, 2002, G. V. Grachev, 2003, A .A. Derkach, V.N. Futin, T.S. Kabachenko, 2000, M.A. Kotik, 1987, V.E. Lepsy, 2003, A .I. Petrenko, 1993).

Psychological safety as condition of mental safety, assumes maintenance of a certain balance between negative impacts on the person of the environment surrounding him, his stability and ability to overcome such influences by own resources. Psychological safety in the broadest sense means the conscious, reflexive and effective person's relation to living conditions as providing his composure and development.

In relation to the educational environment psychological safety is a state, which is free from manifestation of psychological violence in interaction, the mental health of the participants included in promoting satisfaction of basic needs in personal and confidential communication, creating the reference importance of the environment.

The modern educational environment is not psychologically "sterile", and the process of receiving higher education is characterized by certain difficulties.

Bayeva I.A. offers the classification from three groups of psychological risks allowing to carry out assessment of psychological safety levels within the educational environment. The first group of risks is formed by risks of psychological violence. The system of relationship with participants of educational process interfering satisfaction of basic needs in personal and confidential communication enters into the second group. The third group is formed by the system of the interpersonal relations with participants

of educational process interfering recognition of the reference importance within educational environment.

Psychological violence poses the main threat of psychological safety of the educational environment. Both environmental conditions and the interpersonal relations of students, teachers and the management can be the reasons of psychological violence in the educational environment.

The psychological threats breaking emotional and personal wellbeing exert negative impact on the relation of students to the educational environment, in particular, lead to the negative emotional relation to process of training and violation of personal adaptation.

Thus, participants of the educational environment in the educational institution and the environment itself can be exposed to both internal and external threats. To the main internal threats at the personal level is possible to carry an internal imbalance and psychological tension of the personality, violation and instability of his mental health and development, to external - instability to psychological influences from other people and conditions of the educational environment, dissatisfaction with its psychological characteristics. At the level of the educational environment it is possible to carry to the main internal threats: violation of an order and tranquility in educational institution, difficulty in communication of its participants and their negative attitude to the educational environment, to external - criminalization of the public relations and emergency situations in technical, social and ecological spheres.

It is important to focus attention on following aspect that in a special way characterized the educational environment. The child, the teenager, the young man are the integral participants of educational process and, respectively, the educational environment. They cannot influence equally with its adult participants quality of the educational environment and sufficiently resist to force of its influence for many reasons: personal immaturity, mental opportunities, competence and literacy and so forth. Therefore, on adult participants of the educational environment lays down the responsibility for providing not only own safety but, first of all, formed persons.

The pedagogical staff of educational institution is rather difficult social system in which people cooperate with the most various individual and psychological features and under the influence of real political and economic living conditions. The difficult system of the relations in the organization conceals in itself possibility of the most various conflicts which are specific both according to contents and dynamics, and on a way of their permission.

The conflict in pedagogical collective is an open form of existence of interests contradictions arising in the course of interaction between people and their groups at the solution of questions of a production and personal order. Emergence of the conflict is inevitably preceded by subjective reflection of characteristics of interpersonal interaction.

Researchers allocate three primary groups of the conflicts in pedagogical collective: professional conflicts, conflicts of expectations, conflicts of personal incompatibility (I.M. Verenikina, N.V. Grishina, E.I. Kirshbaum, L.A. Petrovskaya, L.V. Simonova, D.I. Feldstein, etc.). Speaking in general about features of the pedagogical conflicts, authors note a number of the factors exerting impact on their development and permission. And one of them are personal features of teachers, most brightly which are shown in temperament type. At the same time the question of interrelation strategy of behavior in the conflict and personal features of teachers within educational institutions is studied insufficiently, as defined the purpose of this work – a research of interrelation of teachers personal features and the strategy of behavior in the conflicts.

**Materials and methods.** In a research took part teachers of “Northeast federal university of M.K. Amosov” in Neryungri in number of 20 people (women in the age from 28 to 46 years). Length of service is from ten to twenty years, an average experience of teaching activity - 13,5 years.

For achievement of the research goal the following diagnostic methods were used: for definition of an ekstraversion-introversion and also temperament types – G. Ayzenk’s technique, for determination of level of teachers aggression and their strategy of behavior in the conflict – Kenneth Thomas’s questionnaire “Definition of ways of regulation of the conflicts”. Also the quantitative and qualitative analysis with use of coefficient of Spirmen correlation was carried out.

**Results and their discussion.** Results of the first stage of an empirical research showed that in group of respondents on 40% of introverts and extroverts, 20% of respondents can be referred to category of ambivert as their results of testing showed that they do not hurry to enter communication without emergency that confirmed also the number of the points gained by them.

Ratio of indicators in general on an ekstraversion-neyrotizm gave the grounds of 50% of respondents to characterize as phlegmatic persons, on 20% choleric persons and sanguine persons and 10% - melancholiacs are presented.

The qualitative analysis of the received results showed that these data coincide with personal features of examinees. So, respondents sanguine persons most often act as initiators in communication, feel easy in any collective, new tasks and calls only excite them, and conflict situations they consider how a way to be allocated. Meanwhile melancholiacs it, on the contrary frightens, confuses, they are often lost in an unusual situation, among people with atypical thinking. Phlegmatic person M. Z. also hardly meets with new people, shows the feelings a little and long does not notice that someone looks for an occasion to get acquainted with him. Other phlegmatic person – R.P. – can make the weighed decisions, but without lightning metamorphoses, he is always quiet and unperturbable. And here

A. G. choleric persons and E. N., sanguine persons N. M. and M.S., on the contrary, distinguishes the increased emotional interest to the events, they easily go for contacts, but if understand that they cannot become leaders, quite often quickly lose interest to the interlocutor or the events.

The efficiency of teachers work is closely connected with features of their temperament. So, the special mobility of the sanguine person can bring additional effect if work demands from his frequent transition from one occupation to another, efficiency in decision-making, and the monotony, regimentation of activity, promote fast exhaustion. Phlegmatic persons and melancholiacs, on the contrary, in the conditions of a strict regulation and monotonous work find big efficiency and resilience to exhaustion, than choleric persons and sanguine persons.

Test results of K. Thomas showed that avoiding (50%) and adaptation (20%) act as the main strategy of teachers behavior in the conflict. Only 10% of respondents chose other strategy of behavior in a conflict situation.

For avoiding is characteristic the lack of aspiration to cooperation, and lack of the essential efforts directed to achievement of own purposes.

Individual traits of the persons choosing this behavior strategy with people around are the indecision and low aggressiveness in achievement of the goal and low behavioural aggressiveness in group. This behavior is not distinguished with spontaneity and frankness, on the contrary, most often in contacts with people they show thrift, scepticism and sensual consistency. Thereof, in the history of the conflict they are quite accurate and correct, but behave every time detached. At the people choosing this strategy of behavior in conflict history often the inclination is tracked down to avoid difficulty with excessive predisposition to compromises. The instability of estimates and inconsistency of behavior becomes a prerequisite of dependent behavior from the concepts and estimates which are around or momentary interests.

On the second place in the examined group adaptation is presented. The situation of the conflict is considered by teachers as not subject to condemnation. Undertakes fault for the created history of people, to being around it does not show inquiries. For these persons some “sacrifice”, inaccessibility of pragmatic behavior is peculiar. In the history of an incident their behavior is interfaced to a remorse and sense of guilt for the created history. “Absence of conflict” masks uncertainty, ease of loan of others representations and looks, orientation to momentary inquiries of history, inaccessibility of influence of an opportunity. These people differ in the loosened sensual controls of behavior.

**Conclusions.** The analysis of interrelation between teachers personal features of the examined group and their behavior in a conflict situation allows to draw the following conclusions.

Teachers whose personal features are defined by phlegmatic type of temperament, as a rule, try to avoid the conflicts. In our case 80% of

teachers phlegmatic persons in case of the conflict will try to avoid it in every way, and 20,0% will choose adaptation situation.

Optimistical sanguine persons will choose in situations of the conflict or the strategy of rivalry, i.e. will try to occupy in it the dominating role, or if it does not work well, will try to reconcile all, having taken a cooperation position.

To choleric persons the conflicts are uninteresting and therefore they have in them a passive side, taking or compromise positions, or just adapting to a situation.

Melancholiacs choose unambiguously an avoiding position in the conflict.

If to consider the obtained data from a position of typology of the identity of teachers, then obvious avoiding of the conflicts by introverts is visually shown here: 75,0% of the introverts presented in group of respondents choose a situation of avoiding of the conflict, and 25% will adapt to it.

Ambiverts are peculiar to avoid unlike extroverts who will actively compete, cooperate, make a compromise, and in case of impossibility to solve the conflict will adapt to it (it more is peculiar to choleric persons and extroverts).

For definition of narrowness communication degree between indicators of teachers personal features and expressiveness of behavior strategy in the conflict was carried out the correlation analysis with use of a nonparametric method for statistical studying of communication between the phenomena – coefficient of Spirmen correlation.

The received coefficient of correlation coincided with critical value which is in range from 0,64 to 0,79. Therefore, it is possible to claim that indicators of teachers personal features and the choice of the behavior strategy by them in the conflict are connected by positive correlation dependence.

The psychological analysis shows that the person who does not have psychological security, not possessing an internal resource of resilience to negative impacts can be put out of action or completely lose an opportunity for the effective functioning. And today there is a danger that those forces which are designed to maintain security of the person at different stages of his life are not prepared in aspect of ensuring psychological safety, and owing to this fact can be destructive (without professional awareness of danger).

The efficiency of professional activity of pedagogical collective is defined by the level of pedagogical culture of its members; character of the interpersonal relations; understanding of collective and individual responsibility, degree of organization, cooperation. Pedagogical, educational in essence, staff of educational institutions gives to pupils an initial idea of adults group, of the relationship in it, of joint activity. This circumstance stimulates pedagogical collective to self-organization, continuous self-improvement.

Communicative abilities are a part of professional culture of the teacher. High level of their development, ability is correct to react in difficult situations on occupations with students and out of them defines professionalism of the teacher and also ability to keep own health. Skills of constructive behavior of the teacher in conflict situations are “the equipment of personal psychological security” in professional activity. Therefore each teacher needs to know about the psychological nature of the conflict, its structure, effective ways of permission. Besides, the conflict of small intensity resolved by “peace” means can prevent more serious conflict. It is noticed that in those social groups where the small conflicts are quite frequent, seldom reaches violence.

For decrease in level of conflictness in pedagogical collective it is possible to use such common form of prevention of the conflict as a training.

The analysis of researches convincingly showed that the efficiency of educational process will depend on an indicator of psychological safety within educational environment [1, 2, 3, 4, 5].

In society depends on psychological safety of the personality as the person develops, emotionally gets stronger, to strive for success, it is confident in the forces, proves in various spheres of activity. Success of teachers work depends on psychological safety in the educational environment, success of students educational activity when the personality feels comfortable and safely is emotionally steady, is less subject to a stress, openly interacts in collective and to seek for self-realization. Therefore it is so important to support a condition of psychological safety of participants of educational process.

## References

1. Bayeva I.A. Psychological safety in education : monograph. Saint-Petersburg: Soyuz, 2002. 271 p. (in Russian)
2. Rubcov V.V., Bayev I.A. Psychological safety of the educational environment as condition of psychosocial wellbeing of the school student // Safety of the educational environment: Collection articles / ed. G.M. Kodzhaspirova. Moscow : Ekon-Inform, 2008. P. 5-11. (in Russian)
3. Sokolskaya M.V., Karpov A.V. Psychology of the professional personal health: Metasystem approach: monograph. Khabarovsk: FESTU, 2017. 559 p. (in Russian)
4. Sokolskaya M.V., Levkova E.A. Prevention of a syndrome of chronic emotional burning out. Ways of self-control. Education guidance. Khabarovsk, 2016. 99 p. (in Russian)
5. Sokolskaya M.V., Smirnov B.V., Sokolova T.B. Social and psychological aspects of the professional health. Education guidance. Khabarovsk: FESTU, 2017. 179 p. (in Russian)
6. Sjödin A., Wallinius M., Billstedt E., Hofvander B., Nilsson T. Dating violence compares to other types of violence: similar offenders but different victims // The European Journal of Psychology Applied to Legal Context. 2017. Vol. 9, № 2. P. 83-91.
7. Pietromonaco P.R., Beck L.A. Adult attachment and physical health // Current Opinion in Psychology. 2018. Vol. 25. P. 115-120.

## ATTITUDE TO ONE'S OWN BODY AS A FACTOR OF PSYCHOLOGICAL HEALTH OF ADOLESCENTS

M. Safonova

*Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafiev, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** This study aims to study the peculiarities of attitude of adolescents to their body as a factor of psychological health, to trace sex-age differences, to reveal interrelations between the structural components of the attitude to the body and the components of self-conception. The study involved 176 teenagers from Krasnoyarsk, Divnogorsk, Nazarovo, including 90 boys and 86 girls aged 14-16. The Questionnaire of the Image of One's Own Body and The Scale of Satisfaction with One's Own Body by O.A. Skugarevsky were applied to diagnose the attitude to the body, while the search method of self-conception by S.R. Panteleev was used to diagnose self-conception. The analysis of means and the calculation of the Mann-Whitney U-test showed significant differences in the overall body assessment, emotions, feelings and beliefs about appearance in adolescent groups with different levels of satisfaction with the body. At the same time, significant differences in the degree of satisfaction with individual parts of the body were revealed only among adolescents, dissatisfied with the body, and adolescents with an adequate attitude to the body on the scales head and trunk. There were no significant differences between the groups of boys and girls. Pearson's correlation analysis showed the existence of links between beliefs about appearance and the components of self-conception (self-acceptance, self-guidance, internal conflict, self-blame), as well as emotions and feelings about appearance and self-confidence.

**Keywords:** psychological health, attitude to the body, self-attitude, adolescents, self-conception.

**Relevance.** Such outstanding scientists of humanistic orientation as G. Olport, A. Maslow, K. Rogers emphasized the problem of psychological health.

They described the parameters of psychological health, which in the current understanding look primarily as a matter of maturity. Considering the psychological health of children and adolescents, I.V. Dubrovina (2009) observes that the basis of psychological health is the development of personal identity, while the essence of psychological health lies in the gradual awareness and acceptance of characteristics of one's mental development, personality and individuality by a growing person. In the light of the concept of psychological health in the unity of the biological, mental and social components, V.A. Ananyev (2000) concludes that psychological health presupposes a stable, adaptive functioning of a person at the vital, social and existential levels of life. Psychological health at the vital level of life activity includes a conscious, active,

responsible attitude of a person to the needs of their body, namely, caring for health, cleanliness, body beauty, awareness of their usual movements, gestures, clamps, perception of their attitude to their own body.

The attitude to the body is one of the aspects of self-conception, closely related to the self-evaluation of the subject. General self-confidence increases satisfaction with the body (Sokolova, 1989, Cherkashin, 2010, Henderson-King, Henderson-King, 1997). It is interesting to study the content of the image of the body within the theory of the self-concept and the holistic self (Podoroga, 1995, Sokolova, Dorozhevets, 1991) as one of the most important components of self-awareness. Considering the image of the physical self as a structural component of the self-concept, Gavrilenko A.A. (2009) writes about its three components. The cognitive component of the physical self in terms of various theories corresponds to such concepts as the body scheme, body image, appearance. The allocation of the emotional (affective) component of the image of the physical self is since any image generates an emotional assessment, the intensity of which depends both on the cognitive content itself and on the social context. The discrepancy between the real image of the physical self and the ideal self can influence not only the self-esteem of one's body, but also self-acceptance and auto-sympathy in general. The behavioural component of the image of the physical self is represented by the attitudes, motivations of people, formed based on their knowledge and relations to themselves, their specific external actions, directly realised in their behaviour.

The problem of accepting oneself, including one's own body and appearance, remains one of the main and complex problems of adolescence, as the features of self-conceptions become fundamental and especially important at this age. The analysis of scientific publications on the body image, body satisfaction and attitude to the body shows that over the past two decades there has been an increase in the number of studies concerning the body image and attitude toward the body among adolescents. Thus, it has been shown that during puberty negative experiences associated with the body contribute to a higher prevalence of depressive symptoms and a decrease in self-concept, and self-esteem (Siegel, et al., 1999, Ackard, et al., 2003, Brausch, Muehlenkamp, 2007). They also create a risk of developing a negative image of the body and bingeing (Stice, Shaw, 2002, Ackard, et al., 2003, Smolak, 2004), depression in adulthood (Smolak, 2004), manifestations of social phobia (Izgiç, et al., 2004), and suicidal behaviour (Ackard, et al., 2003, Brausch, Muehlenkamp, 2007).

Among the factors influencing the formation of the image of the body and attitude to the body of adolescents, the researchers note the role of parents (Zinovieva, Nikonova, 2013), including comments related to appearance and body image (Herbozo, Thompson, 2006). Particular attention is paid to the influence of the media propagating unrealistic social ideals of beauty (Hargreaves, Tiggemann, 2004, Dakanalis, et al., 2015), which has negative consequences for both girls (Tikhonova, 2015) and boys (Barlett, et al., 2008), forming physical body perfectionism and dissatisfaction in girls (Tarkhanov, Kholmogorov, 2011).

Moreover, adolescents' dissatisfaction with their body has an adverse effect on their psychological, mental and physical health. Therefore, one of the areas of research in this field is to create recommendations for a qualitative assessment of the positive image of the body and to integrate a positive body image assessment within psychotherapy and applied research (Webb, Wood-Barcalow, Tylka, 2015).

**Statement of the problem.** There is much evidence that satisfaction with the body is associated with self-concept and self-esteem. Since the attitude to the body is regarded as one of the aspects of self-conception, the following questions arise: What are the interrelations between the components of the attitude to the body and the components of self-conception? Are there differences between boys and girls in this aspect?

**Materials and methods.** A total of 176 teenagers (90 boys, 86 girls) aged 14-16, the students from Krasnoyarsk, Divnogorsk and Nazarovo, took part in the study.

T.A. Ruban, O.V. Skokova, K.A. Sugonyako (Faculty of Elementary School, Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafiev) collected material during the work on their master's theses.

*The Questionnaire of the Image of One's Own Body (OIOOB), The Scale of Satisfaction with One's Own Body (SSOOB)* by O.A. Skugarevsky, the research method of self-conception by S.R. Pantelev (RMS), Rathus assertiveness questionnaire were used in the research.

The body image questionnaire (OIOOB) makes it possible to assess the degree of dissatisfaction with appearance as a component of the body image. The evaluation component of the attitude to the body reflects the overall assessment of the body (satisfaction or dissatisfaction with weight, body shape, its specific parts); emotions and feelings about the appearance; the cognitive aspect (beliefs about appearance, body scheme); certain behaviour (for example, avoiding looking at yourself in the mirror, weighing, attending gyms).

To measure the degree of satisfaction with individual parts of the body, the modified *Scale of Satisfaction with One's Own Body (SSOOB)* was used to assess the degree of satisfaction with one's appearance with respect to the three body segments, such as head, trunk and lower body.

The research method of self-conception by S.R. Pantelev (RMS) is designed to identify the structure of personality self-conception, as well as the severity of individual components of self-conception.

Rathus assertiveness questionnaire allows assessing social self-confidence.

For mathematical processing of the data obtained, primary descriptive statistics (arithmetic mean), U-Mann-Whitney test, Pearson correlation analysis were applied.

**Results.** According to the results of the OIOOB methodology, 11.4% of adolescents are dissatisfied with their body (60% of girls, 40% of boys, and 60% in the whole group at the age of 14). While 10.2%, of adolescents have an adequate attitude to their body (55.5% of girls, 44.4% of boys, and 77.7% in the

whole group at the age of 16), and although the majority of adolescents have easy dissatisfaction with their body to a greater or lesser degree (46.4% of girls, 53.6% of boys), the distribution corresponds to normal. The comparison of the mean values on the scale of the attitude to the body is presented in Table 1.

Table 1

**Mean values on the scale of the attitude to the body in the groups of adolescents, divided by the levels of satisfaction with the body**

Groups	Indicators of the attitude to the body							
	Satisfaction with weight, body shape, its specific parts	Emotions and feelings about the appearance	Beliefs about appearance, body scheme	Behaviour (avoiding looking at yourself in the mirror, weighing, attending gyms)	Overall satisfaction with the body	Satisfaction with the head	Satisfaction with the trunk	Satisfaction with the lower body
Low satisfaction with the body	5.6	4.4	4.7	4.3	19.1	2.1	1.3	2
Slight dissatisfaction with the body	2.86	3.06	2.48	2.20	10.62	2.12	1.70	2.06
U value	11**	138**	49**	105**	0**	284.5	208.5	281.5
Slight dissatisfaction with the body	2.86	3.06	2.48	2.20	10.62	2.12	1.70	2.06
Adequate attitude to the body	1.44	1.22	1.67	0.78	5.11	2.56	1.89	1.67
U value	94.5**	51.5**	138*	1.5**	0**	155.5*	204.5	181.5
Low satisfaction with the body	5.6	4.4	4.7	4.3	19.1	2.1	1.3	2
Adequate attitude to the body	1.44	1.22	1.67	0.78	5.11	2.56	1.89	1.67
U value	0**	3**	0.5**	1.5**	0**	32	18.5*	31.5

\*\* - the differences are significant for  $p < 0.01$  \* - the differences are significant for  $p < 0.05$

There are significant differences on all components of the attitude to the body among the groups of adolescents, divided by the degree of satisfaction with the body. They include an overall body assessment; emotions and feelings about the appearance; the cognitive aspect (beliefs about appearance, body scheme); behaviour related to the body. Adolescents with an adequate attitude to the body are significantly more satisfied with the head (face, eyes, nose, ears, teeth, jaws, hair, skin) than teenagers with slight dissatisfaction with the body, and are significantly more satisfied with the trunk (neck, chest, breast, back, belly, hands, body hair coat) than teens dissatisfied with the body. As for the satisfaction with the lower body (buttocks, pelvis, hips, knees, legs, foot), no significant differences were found.

14-year-old boys are significantly less satisfied with the cognitive aspect of the attitude to their body ( $U = 45.5$ ,  $p < 0.01$ ) in comparison with the girls of the same age) and 15-16-year-old boys.

Girls with the adequate attitude toward their body experience a greater degree of overall satisfaction with the body (weight, body shape, its specific parts) than the boys of the same group ( $U = 1.5$ ,  $p < 0.05$ ).

When comparing the mean values by the research method of self-conception, significant differences were revealed between adolescents with low satisfaction and slight dissatisfaction with the body on such scales as self-guidance ( $U = 127.5$ ,  $p < 0.01$ ), self-acceptance ( $U = 123$ ,  $P < 0.01$ ), self-blame ( $U = 154$ ,  $p < 0.01$ ), reflected self-conception ( $U = 178.5$ ,  $p < 0.05$ ), internal conflict ( $U = 173$ ,  $p < 0.05$ ).

Significant differences were found on the scales of self-guidance ( $U = 12.5$ ,  $p < 0.01$ ) and self-blame ( $U = 20$ ,  $p < 0.05$ ) among adolescents with low satisfaction with the body and adequate attitude to the body.

No significant differences in self-relation were found among teenagers with slight dissatisfaction with the body and an adequate attitude to the body.

Girls with slight dissatisfaction with the body have a higher sense of importance than the boys of the same group ( $U = 446$ ,  $p < 0.05$ ).

As body satisfaction grows, self-confidence and differences between groups of adolescents, divided by the degree of satisfaction with the body, which are significant at  $p < 0.01$ , increase.

Table 2 presents the correlations between the indices of self-conception and the attitude to the body.

**Interconnections between the indices of self-conception  
and the attitude to the body  
(= r)**

Components of self-conception	Components of the attitude to the body					
	Overall satisfaction with the body	Emotions and feelings about the appearance	Beliefs about appearance, body scheme	Behaviour associated with the body	Overall satisfaction with the body	Satisfaction with the body
Self-confidence	0.241*	-	-	-	-	0.224*
Self-guidance	0.386*	-	0.262*	0.419**	0.331**	
Reflected self-attitude	-	-	-	-	-	0.214*
Self-acceptance	0.231*	-	0.244*	-	0.226*	0.218*
Self-attachment	-0.263*	-	-	-	-0.254*	-0.214*
Internal conflict	-0.253*	-	-0.270*	-0.213*	-0.328**	-0.234*
Self-blame	-0.276*	-	-0.310**	-0.242*	-0.334**	-
Self-confidence	0.603**	0.635**	0.508**	0.587**	-	0.224*

\*\* - significance level for  $p < 0.01$  \* - significance level for  $p < 0.05$

For all the study participants, we revealed significant correlation between overall body satisfaction and practically all components of self-conception. A positive correlation was found between Beliefs and behaviour turned to be positively correlated with such a component of self-conception as self-guidance and negatively correlated with internal conflict and self-blame. Emotions and feelings about appearance were not found to be related to the components of self-conception, but they turned to be positively correlated with self-confidence. Besides, interconnections between overall body satisfaction and satisfaction with the trunk with the components of self-conception were revealed.

**Discussion.** In general, the problems associated with self-conception, are experienced by those adolescents who are dissatisfied with their body and experience some problems with self-conception.

A general negative background of self-perception, a tendency to an excessively critical attitude towards themselves and a lack of liking are characteristic for them.

This group of adolescents is characterized by selective perceptions of the attitude to them manifested by people around. In their opinion, the positive attitude of others only extends to certain qualities, while other

personal features can cause irritation and non-acceptance. At the same time, such adolescents are inclined to deny their problems and to perceive themselves superficially, they show a tendency to deny their own guilt in conflict situations. They defend their own self mainly by accusing others, shifting responsibility onto others, searching for sources of problems and troubles in them. Mechanisms of self-regulation are weakened; volitional control is insufficient to overcome external and internal obstacles on the way to achieving a goal. External circumstances are regarded as the main source of what is happening to them. They either deny or force into the subconscious the reasons incorporated in them; the experiences about their own self are accompanied by internal tension. In general, the results obtained coincide with the data of Siegel (1999), Ackard (2003), Brausch, Muehlenkamp (2007).

In this regard, the 14-year-old adolescents being in the acute phase of the puberty period are the most vulnerable as they cannot yet critically comprehend the influence of media on the ideal body.

It is no coincidence that the 14-year-old teenagers, especially boys, have the lowest indicators in the cognitive component of the attitude to the body (body scheme, beliefs related to the body).

Overall satisfaction with the body contributes to the development of positive self-attitude; the satisfaction with the trunk is of the greatest value, which can be associated with an active change in the parameters of the trunk during puberty.

In adolescence, the beliefs and behaviour associated with the attitude to the body are interrelated with the ability to self-acceptance and self-guidance, the positive background of self-esteem, the recognition of own merits, and the desire for self-development and self-improvement. This requires using the cognitive-behavioural approach to the work with teenagers unsatisfied with their body.

The correlation analysis shows that for the optimal development of all components of self-conception, overall satisfaction with the body is necessary.

It provides a strong sense of self-confidence, dignity and firmness in communication, as well as a tendency to perceive all sides of own personality and recognise weaknesses, have a liking for oneself, and feel a balance between own capabilities and the requirements of the surrounding reality. Overall satisfaction with the body gives an opportunity to consider oneself a source of development of own personality and a regulator of achievement and success, coordinate and direct one's activity, work out a behaviour pattern and relationships with people, control emotional reactions and feelings about oneself.

Thus, overall satisfaction with the body can be considered as one of the factors of a person's psychological health.

**Conclusion.** 1. Overall satisfaction with the body is related to the optimal development of all components of self-conception of the individual and can be considered as a factor of a person's psychological health.

2. Teenagers experience problems with the formation of positive self-conception especially those who are unhappy with the body. 14-year-old teenagers are very vulnerable, mostly boys in the acute phase of the puberty; they are unable to resist the standards of the body image, shown by others, including the media.

Satisfaction with the body is more closely related to the optimal development of the components of self-conception, which may be due to the active change in the parameters of the trunk during puberty. This makes the work on the formation of the culture of a healthy lifestyle and caring for the body for adolescents relevant.

3. There were no significant differences in the severity of the components of the attitude to the body and self-conception in the groups of boys and girls, and this can evidence for some universality of a person's attitude to oneself, including one's body.

4. In adolescence, the beliefs and behavior associated with the body are related to the ability to self-acceptance and self-guidance, the desire for self-development and self-improvement, while emotions and feelings about the appearance are related to a degree of self-confidence, and this sets the basis for choosing the means of psychological help.

## References

1. Ackard D.M., Neumark-Sztainer D., Story M., Perry C. Overeating Among Adolescents: Prevalence and Associations with Weight-Related Characteristics and Psychological Health // *Pediatrics*. 2003. Vol. 111, № 1. P. 67-74.

2. Anan'ev V.A. The psychology of health: the ways of the formation of a new branch of human knowledge // *Psychology of health* / ed. G.S. Nikiforov. St. Petersburg : Rech', 2000. P. 10-88. (in Russian)

3. Barlett C.P., Vowels C.L., Saucier D.A. Meta-Analyzes of the Effects of Media Images on Men's Body-image Concerns // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2008. Vol. 27, № 3. P. 279-310.

4. Brausch A.M., Muehlenkamp J.J. Body image and suicidal ideation in adolescents // *Body image*. 2007. Vol. 4, № 2. P. 207-212.

5. Cherkashina, A.G. Self-conception in the structure of bodily self-perception of university female students // *Bulletin of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*. 2010. Vol. 12, № 5. P. 168-178. (in Russian)

6. Dakanalis A., Carrà G., Calogero R., Fida R., Clerici M., Zanetti M.A. [et al.] The developmental effects of the media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015. Vol. 24, № 8. P. 977-1010.

7. Dorozhevets A.N., Sokolova E.T. Study of the image of the physical self: some results and reflections // *The corporeality of man: interdisciplinary research*. Moscow : Infan, 1991. P. 71-74. (in Russian)

8. Dubrovina I.V. Mental and psychological health in the context of the psychological culture of the individual // *Bulletin of Practical Psychology of Education*. 2009. Vol.3, № 20. P. 17-21. (in Russian)
9. Gavrilenko A.A. The image of the physical self as a structural component of the self-concept : Unpublished thesis of PhD in Psychology. State University of Management, 2009. (in Russian)
10. Hargreaves D.A., Tiggemann M. Images and adolescent body image: “comparing” boys and girls // *Body Image*. 2004. № 4. P. 351-361.
11. Henderson-King E., Henderson-King D. Media effects on women’s body esteem: social and individual difference factors // *Journal of Applied Social Psychology*. 1997. Vol. 27, № 5. P. 399-417.
12. Herbozo S., Thompson J.K. Appearance-related commentary, body image, and self-esteem: Does the distress associated with the commentary matter? // *Body Image*. 2006. № 3. P. 255-262.
13. Izgiç F., Akyüz G., Doğan O., Kuğu N. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image // *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 49, № 9. P. 630-634.
14. Levi T.S. Attitude to the body in the structure of self-conception // *Knowledge. Understanding. Ability*. 2008. № 3. P. 72-75. (in Russian)
15. Podoroga V.A. Phenomenology of the body. Introduction to philosophical anthropology. Moscow : Ad Marginem, 1995. (in Russian)
16. Siegel J.M., Yancey A.K., Aneshensel C.S., Schuler R. Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health // *J. Adolesc. Health*. 1999. Vol. 25, № 2. P. 155-165.
17. Smolak L. Body image in children and adolescents: where do we go from here? // *Body Image*. 2004. Vol. 1, № 1. P. 15-28.
18. Sokolova E.T. Self-awareness and self-esteem in personality anomalies. Moscow : Izd-vo Mosk. un-ta, 1989. (in Russian).
19. Stice E., Shaw H.E. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings // *Journal of Psychosomatic Research*. 2002. Vol. 53, № 5. P. 985-993.
20. Tarkhanova P.M., Kholmogorova A.B. Social and psychological factors of physical perfectionism and dissatisfaction with the body // *Psychological Science and Education*. 2011. № 5. P. 52-60. (in Russian)
21. Tikhonova I.N. The influence of the media on shaping the appearance of a modern girl // *Personality in a changing world: health, adaptation, development*. 2015. Special Issue 2. P. 354-359. (in Russian)
22. Ulybina E.V. Relationship of the attitude to the body with gender characteristics in adolescence // *Psychological Research: Electronic Scientific Journal*. 2011. № 4. P. 3. (in Russian)
23. Webb J.B., Wood-Barcalow N.L., Tylka T.L. Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions // *Body Image*. 2015. № 14. P. 130-145.
24. Zinov’eva E.V., Nikonova A.N. The role of parents in shaping the image of the body in children and adolescents: an analytical review of modern research // *Petersburg Psychological Journal*. 2013. № 3. P. 1-12. (in Russian)

## QUALITY OF LIFE AND ATTITUDE TOWARDS DISEASE IN PATIENTS WITH BONE TUMORS

**O.Yu. Shchelkova**

*St. Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia*

**E.B. Usmanova**

*International Preschool, Moscow, Russia*

**E. A. Sushentsov**

*N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow, Russia*

**Abstract.** The article is devoted to study health-related quality of life and attitude to disease in 120 patients with bone tumor: osteosarcoma (41 persons), giant cell tumor (31 persons), chondrosarcoma (30 persons) and metastatic bone lesion (18 persons). Comparative analysis of quality of life basic parameters, attitude to disease and indices interconnections in four clinical groups of patients was made. Psychological methods were as follows: “SF- 36 Health Status Survey”, Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organization for Research and Treatment Cancer with module Bone Metastases 22, “The type of relation to disease”. The results revealed differences in quality of life parameters, attitude to disease types and differences of correlations between the diagnostics indices in patients with different bone tumor types.

**Keywords:** quality of life, relation to disease, bone tumor, osteosarcoma, chondrosarcoma, giant cell tumor, metastatic bone lesion, psychological support.

The research is supported with RFFI grant № 17-36-00011 «a1»

Relevance. Quality of life (QoL) in patients has been studied intensively last decades worldwide. This shows common trend of medicine humanization, intention to develop holistic view of a person and biopsychosocial approach to understanding health and disease. Thereby physicians' attention is fixed not on particular symptoms and disease progression mechanisms, but on a patient as a person with his or her life problems. Health related quality of life concept and methodology are developed fast. In clinical and epidemiological researches quality of life more often is considered a measure of medical intervention efficiency, and in the frame of medicine psychology quality of life during disease represents level and pattern of psychic (physiological, psychological and social) adjustment of person to illness.

Quality of life research is conducted actively in different medicine fields. A lot of studies are devoted to research quality of life in oncological patients (Yellen et al., 1993; Osoba, 1994; Merinsky, et. al., 1997; Koller M., Lorenz W., 2002; Tineke V., 2009; Dubashi et al., 2010; Fagundes et al., 2013). There

are studies, which reveal significant decline in different aspects of life quality in patients with bone tumor (Eiser & Grimer, 1999; Bekkering et al., 2010; Paredes et al., 2011; Mason et al., 2013; Morishige et al., 2015; Perisano et al., 2015). But that is not enough because most of these studies aim at the research of the quality of life in children and adolescents with bone sarcoma (van Riel CA et al., 2004; Yonemoto T. et al., 2007). There are also studies aimed at comparative analysis of QoL in patients with bone tumor underwent limb sparing surgery and amputation. (Johansen R. et al., 1998; Aksnes LH. et al., 2008; Robert RS. et al., 2010). While issue of QoL in adults with bone tumor focused on psychological factors of QoL is not discussed.

One of the most important components of person adjustment to disease is attitude to disease. In medicine psychology attitude to disease is considered one of the most important subsystems of patient. In the frame of V.N. Myasishev concept of person as a system of significant attitudes psychological analysis supposes consideration of attitude in three semantic aspects: emotional, behavioral and cognitive. In accordance with this, the emotional component of the attitude to disease represents the entire spectrum of feelings caused by the disease, as well as those emotional experiences that arise in situations associated with the disease.

The motivational and behavioral components represent the development of a specific behavioral strategy in life situations in connection with the disease (taking the role of the patient, active confrontation with disease, denial the disease, pessimistic attitudes, etc.), as well as the reactions associated with the disease that promote or hinder adaptation. The cognitive component represents knowledge about the disease, its awareness, understanding of its role and impact on the patient's vital functioning, prognosis. Thus, the psychological analysis of the attitude to disease allows describing all the main psychic phenomena in which the personality's reaction to the disease manifests itself.

**The aim** of the study was to reveal the basic aspects of QoL and attitude to disease in patients with bone tumors: osteosarcoma, giant cell tumor, chondrosarcoma and bone metastases.

To achieve the aim of the study, the following tasks were set: 1) comparative analysis of basic clinical, psychological and social characteristics, which in total represent QoL during disease in patients with bone tumors; 2) comparative analysis of basic QoL parameters in patients with bone tumors; 3) comparative analysis of attitude to disease types in patients with bone tumors; 4) studying of correlations between basic QoL parameters and attitude to disease in patients with bone tumors.

Study participants were 120 inpatients of N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center. The patients were aged 18 to 67 years old. According the goal of the basic aspects of QoL research general group was split into four groups depending on diagnosis. The groups were: osteosarcoma - 41 patients, giant cell tumor (GCT) - 31 patients, chondrosarcoma - 30 patients and bone metastases - 18 patients. Gender and age of patients are given in Table 1.

Table 1

### Gender and age of patients with bone tumors

Gender and age	OsteoSa (n= 41) A		GCT (n=31) B		ChondroSa (n=30) C		Mts (n=18) D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gender: Males	25	61	13	41.9	24	80	14	77.8
Females	16	39	18	58.1	6	20	4	22.2
Average age: Males	26.7±1.9		36.1±1.6		45.4±0.9		54.9±1.4	
Females	23±0.8		36±3		46±2.6		55±2.1	
	33±3.8		36±3.2		51±8.6		55±5.2	

Note: in table 1 and further: OsteoSa – group of patients with osteosarcoma; GCT – group of patients with giant cell tumor; ChondroSa – group of patients with chondrosarcoma; Mts – group of patients with bone metastases.

As it is shown in Table 1, there are differences between groups of patients in age: patients with osteosarcoma are younger than other patients; patients with GCT and chondrosarcoma are middle age people, patients with metastases, in general, are older than 50 years old.

This distribution of patients by age group is typical and is associated with the clinical features of the disease, namely with peaks of incidence of bone tumors of different types.

Clinical characteristics of patient are represented in 8 parameters: duration of the disease since diagnosis and since symptoms appearing, stage, treatment, dynamics of disease, complications, surgical treatment, and general health status. The assessment of general health status in patients with bone tumor on Karnovsky scale and ECOG is given in table 2

Table 2

### General health status in patients with bone tumors

Karnovsky index/ ECOG scale	Osteosarcoma n=41 A	Giant cell tumor n=31 B	Chondrosarcoma n= 30 C	Metastases n =18 D
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m
Karnovsky index	80 ± 1.79	78.89 ± 2.2	80.5± 2.15	71.18±2.63
ECOG scale	1.23 ± 0.1	1.41 ± 0.1	1.4 ± 0.12	2.12±0.12

The results presented in table 2 show, that general health status in patients with primary bone tumor significantly better than general health status in patients with bone metastases ( $p < 0.05$ ). And general health status in patients with different forms of primary bone tumor is the same.

## Methods

1. «SF- 36 Health Status Survey» was used for determining quality of life in patients with bone tumor. 36 items of the questionnaire form 8 scales: General Health (GH), Physical Functioning (PF), Role-Physical (RP), Role-Emotional (RE), Social Functioning (SF), Bodily Pain (BP), Vitality (VT), and Mental Health (MH). Scores range from 0 till 100. A total of 100 scores present the best health. The scales form two parameters “physical health” (first four scales) and “mental health” (last four scales) (Wasserman et al., 2011; Ware et al. 1993)

2. “Quality of Life Questionnaire Core-30” was designed by Study Group on Quality of Life of European Organization for Research and Treatment of Cancer. The use of QLQ-C30 shows that it is highly sensitive tools for evaluating of quality of life in patients with oncological disease apart from its type. The modern version of EORTC QLQ-C30 includes 30 questions and consists of five functional scales (Physical Functioning, Role Functioning, Emotional Functioning, Cognitive Functioning, Social Functioning), three symptom scales (Fatigue, Nausea and Vomiting, Pain), Global health status and six symptom items (Dyspnoea, Insomnia, Appetite Loss, Constipation, Diarrhoea, Financial difficulties) (Aaronson et al., 1993; Fayers et al., 1995).

3. Module BM22 which is used for studying specific symptoms shows the quality of life in patients with malignant bone tumor. The module consists of 20 questions and has 2 Symptom scales (Painful Sites and Pain Characteristics) and 2 Functional scales (Functional Interference and Psychosocial Aspects) (Aaronson et al., 1993; Fayers et al., 1995)

4. “The type of relation to disease” (TOBOL) aims at revealing attitude to disease in patients. There are 12 types of attitude. The method reveals if the type of disease is adaptive or disadaptive (Wasserman et al., 2014).

Statistical significance of distinctions between groups was calculated with t-criterion Student test. Aimed at studying interconnection of psychodiagnostics parameters correlation analysis was used (Spearman’s  $\rho$ -criterion). Statistica 6.0 and Excel XP were used.

**Results.** According to the results of SF-36 patients with bone metastases assess significantly lower their general health and treatment prospects, then patients with primary bone tumor. Patients with primary bone sarcoma have lower influence of their physical state on daily activities, than patients with giant cell tumor and bone metastases. Besides patients with bone metastases have more restricted activity caused by pain intensity and have lower vitality than patients with primary bone tumor.

The results of studying QoL using QLQ C-30 with module BM 22 in patients with bone tumor are given in table 3.

Note: in method EORTC QLQ C-30 for functional scales and for scale of general health the highest QoL corresponds to 100 score, the worst – 0. For all symptom scales the highest QoL corresponds to 0, the worst – 100 score (Fayers P. at al., 1995).

These data are consistent and complimentary with the results of studying health related quality of life researched using SF-36. QLQ C-30 questionnaire was designed as method for quality of life assessment especially in patients with malignant tumor. Using QLQ C-30 differences in the patient assessment of general health were revealed. Patients with bone metastases and giant cell tumor assess their health significantly worse than patients with osteosarcoma.

Patients with chondrosarcoma have higher physical functioning and less restrictions in daily activities than patients with bone metastases. Social functioning in patients with chondrosarcoma is also higher than in patients with bone metastases and giant cell tumor.

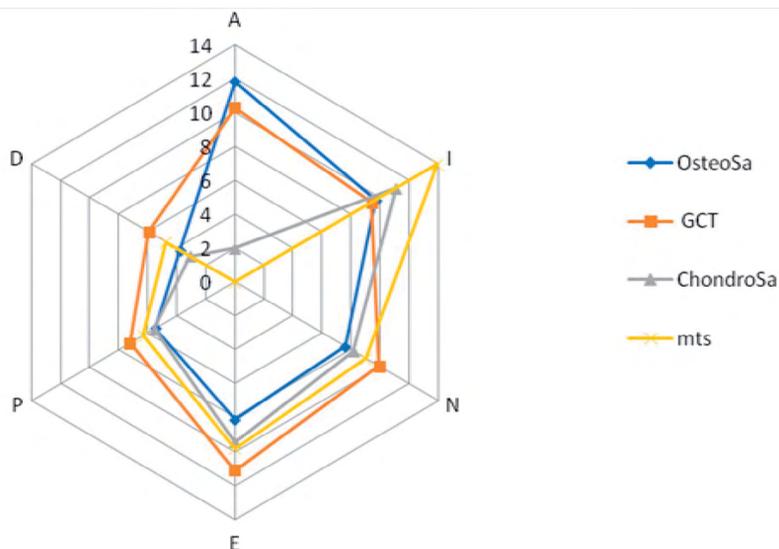
Table 3

**Differences in QoL parameters in patients with bone tumors**

EORTC QLQ C-30 scales	OsteoSa (n= 41) A	GCT (n=31) B	ChondroSa (n=30) C	Mts n =18 D	p
General health	56.3 ± 3.5	47.9 ± 4	52.8 ± 5.9	43.5±5.8	AD**AB*
Physical functioning	65.7±3.7	63.2 ± 4.1	68.6 ± 4.8	57.8±6.4	CD*
Role functioning	56.91±5.3	52.2±5.5	62.4 ± 6.1	46.3±7.7	CD*
Social functioning	64.6 ± 5.6	56.5±5	72.8 ± 5.8	55.6±8.1	BC** CD**
Pain	39.4±5.1	52.2±5.9	49.4 ± 6.3	60.2±6.1	AB*CD* AD***
Dispnoe	21.1±4.7	12.9 ± 4.1	18.5 ± 5.8	37 ±8.23	AD* CD* BD***
Insomnia	33.3±5.1	35.5±5.7	44.4 ± 7	48.2±7.9	AD*
Module QLQ-BM22 scales					
Pain sites	18.5 ± 1.9	24.7±3.3	22.9±4.1	30.7±3.1	AB* CD* AD***
Pain characteristics	25.5±4.9	32.9±4.7	33.8± 5.3	38.9±5.6	AD*
Functional interferences	67.1 ± 4.4	60.9±3.9	62.7± 5.3	46.5±5.7	AD*** BD** CD**

The study using special module of QLQ questionnaire “bone metastases” revealed that patients with bone metastases have the most intense pain among all patients. Patients with bone metastases characterize their pain as more widespread and intensive than patients with primary bone tumor.

The results of studying attitude to disease in patients with bone tumor are given in Figure 1.



**Figure 1.** Attitude to disease in patients with bone tumors

Figure 1 shows that patients with osteosarcoma and giant cell tumor more often react to disease on denial (Anosognotic) type. They are inclined to reject thoughts about the disease and its possible consequences, up to the denial of the obvious ones; they have desire to continue living like earlier, despite the disease, as well as the ease of violations of the regime and medical recommendations, adversely affecting the course of the disease.

Patients with bone metastases more often react to disease on hypochondriacal type. They are prone to excessive concentration on subjective painful sensations. They have desire to be cured and disbelief in success. Patients with bone metastases (related to the last stage of the disease) usually have poor prognosis, in addition, there is a myth in the society that metastasis means “death sentence”. Thus, lack of faith in success of treatment in patients with bone metastases is clear.

In the group of patients with giant cell tumor, the neurasthenic, egocentric and paranoid types of attitude to disease are greater than among patients with osteosarcoma, which indicates the tendency of patients with giant cell tumor to behave like “irritable weakness” and to seek a “secondary benefit” from their disease. They are sure that their disease is the result of external causes, someone’s malice or bad faith, incompetence. Also, among patients with giant cell tumor, the dysphoric type of attitude to disease is significantly more pronounced than in the group of patients with osteosarcoma and chondrosarcoma: patients with giant cell tumor are characterized by a gloomy mood, envy and aggression towards healthy people.

Aimed at reveal interconnections between QoL parameters and attitude to disease in patients with bone tumor correlation analysis was done. The most interesting results are presented in the group of patients with osteosarcoma.

The results of studying interconnections between QoL parameters and attitude to disease in patients with osteosarcoma are given in table 4.

Table 4

**Correlations between QoL parameters and attitude to disease in patients with osteosarcoma**

SF-36 and Tobol	GH	PF	RP	RE	SF	BP	VT	MH
Anosognosic		.32*		.34*	.34*	.38*		
Anxious		-.32*		-.39*	-.37*			-.40*
Hypochondriacal	-.31*							-.35*
Neurasthenic				-.34*	-.33*	-.31*	-.34*	-.53**
Apathic	-.36*			-.34*	-.47**	-.47**		
Sensitive								-.33*
Egocentric	-.33*				-.33*	-.35*		
Dysphoric			-.32*	-.37*			-.34*	-.35*

Note: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$

The index of the “General Health” scale in patients with osteosarcoma negatively correlates with the indices of hypochondriacal, apathic and egocentric types of attitude to disease. Consequently, based on the results of comparative analysis, we revealed, that with the same physical status, patients of different clinical groups are characterized by different quality of life and at the same time differ in their attitude towards the disease. In view of this we could assume, that response to disease with hypochondriacal, apathetic and egocentric types, classified as nonadaptive, significantly worsens the subjective assessment of the quality of life associated with the general health status.

**Conclusion.** Quality of life and general health status in patients with primary bone tumor is significantly better than quality of life and general health status in patients with bone metastases. There are differences in QoL parameters between patients with primary bone tumor: patients with giant cell tumor have the worst QoL among patients with primary bone tumor and the same general health status. Patients with bone tumors also differ in attitude to disease. Patients with osteosarcoma more often response to disease on denial type, patients with giant cell tumor – on neurasthenic, egocentric, paranoid and dysphoric types of attitude to disease, patients with bone metastases more often response to disease on hypochondriacal type. Response to disease with hypochondriacal, apathetic

and egocentric types, classified as nonadaptive, correlate to decreased QoL in patients with bone tumors. These results may be used in making programs of psychological helping in patients with bone tumors.

### References

1. Aaronson N.K., Meyerowitz B.E., Bard M. Quality of life research in oncology // *Cancer* (Philad). 1991. Vol. 67. P. 839-843.
2. Aksnes L.H., Bauer H.C., Jebsen N.L., Follerås G., Allert C., Haugen G.S., Hall K.S. Limb-sparing surgery preserves more function than amputation: a Scandinavian sarcoma group study of 118 patients // *J. Bone Joint Surg. Br.* 2008. Vol. 90, № 6. P. 786-794.
3. Bekkering W.P., Vlieland T.P., Koopman H.M., Schaap G.R., Schreuder H.W., Beishuizen A., Tissing W.J., Hoogerbrugge P.M., Anninga J.K., Taminiou A.H. Quality of life in young patients after bone tumor surgery around the knee joint and comparison with healthy controls // *Pediatr Blood Cancer.* 2010. Vol. 54, № 5. P. 738-745.
4. Dubashi B., Vidhubala E., Cyriac S., Sagar T.G. Quality of life among young women with breast cancer: Study from a tertiary institute in south India // *Indian J. Cancer.* 2010. Vol. 47. P. 142-147.
5. Eiser C., Darlington A.E., Stride S.B., Grimer R.J. Quality of life implications as a consequence of surgery: limb salvage, primary and secondary amputation // *Sarcoma.* 2001. Vol. 5, № 4. P. 189-195.
6. Eiser C., Grimer R.J. Quality of life in survivors of a primary bone tumor: a systematic review // *Sarcoma.* 1999. Vol. 3, № 4. P. 183-190.
7. Fagundes C.P., Lindgren M.E., Kiecolt-Glaser J.K. (2013). Psychoneuroimmunology and cancer: Incidence, Progression, and Quality of life // *Psychological Aspects of Cancer: A Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes and Their Management.* 2013. P. 1-11.
8. Johansen R., Nielsen O.S., Keller J. Functional outcome in sarcomas treated with limb-salvage surgery or amputation // *Sarcoma.* 1998. Vol. 2, № 1. P. 19-23.
9. Koller M., Lorenz W. Quality of life: a deconstruction for clinicians // *J. R. Soc. Med.* 2002. Vol. 95. P. 481-488.
10. Mason G.E., Aung L., Gall S., Meyers P.A., Butler R., Krüg S., Kim M., Healey J.H., Gorlick R. Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma // *Front. Oncol.* 2013. Vol. 3. P. 210.
11. Merinsky O., Kollender Y., Inbar M., Chaitchik S., Meller I. Palliative major amputation and quality of life in cancer patients // *Acta Oncology.* 1997. Vol. 36, № 2. P. 151-157.
12. Morishige M., Muramatsu K., Tominaga Y. Surgical treatment of metastatic femoral fractures: achieving an improved quality of life for cancer patients // *Anticancer Res.* 2015. Vol. 35, № 1. P. 427-432.
13. Osoba D. Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology // *J. Clin. Oncol.* 1994. Vol. 12. P. 608-616.
14. Paredes T., Pereira M., Moreira H., Simões M.R., Canavarro M.C. Quality of life of sarcoma patients from diagnosis to treatments: predictors and longitudinal trajectories // *Eur. J. Oncol. Nurs.* 2011. Vol. 15, № 5. P. 492-499.
15. Perisano C., Scaramuzzo L., De Santis V. Quality of life following surgical treatment of lower limb metastases in long bone // *J. Biol. Regul. Homeost. Agents.* 2015. Vol. 29, № 2. P. 501-507.

16. Robert R.S., Ottaviani G., Huh W.W., Palla S., Jaffe N. Psychosocial and functional outcomes in long-term survivors of osteosarcoma: a comparison of limb-salvage surgery and amputation // *Pediatr. Blood Cancer*. 2010. Vol. 54, № 7. P. 990-999.
17. Tineke V. Denial and Quality of Life in Lung Cancer Patients, 2009. 180 p.
18. van Riel C.A., Meijer-van den Bergh E.E., Kemps H.L., Feuth T., Schreuder H.W., Hoogerbrugge P.M., De Groot I.J., Mavinkurve-Groothuis A.M. Self-perception and quality of life in adolescents during treatment for a primary malignant bone tumour // *Eur. J. Oncol. Nurs.* 2014. Vol. 18, № 3. P. 267-272.
19. Ware J.E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. (1993). SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, the Health Institute, 1993.
21. Wasserman L.I., Trifonova E.A., Shelkova A.Yu. Psychological diagnostics and intervention in somatic clinic. Saint Petersburg: Rech, 2011. (in Russian).
22. Yellen S.B., Cella D.F., Bolomi A. Quality of life in people with Hodgkin's disease // *Oncology*. 1993. Vol. 7. P. 41-45.
23. Yonemoto T., Ishii T., Takeuchi Y., Kimura K., Hagiwara Y., Iwata S., Tatezaki S.-I. Evaluation of Quality of Life (QOL) in Long-term Survivors of High-grade Osteosarcoma: A Japanese Single Center Experience // *Anticancer Research*. 2007. Vol. 27. P. 3621-3624.

**УДК 616-05:159.9**

## **ILLNESS PERCEPTION AND COPYING BEHAVIOR OF ISCHEMIC HEART DISEASE PATIENTS BEFORE CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING**

**A.V. Solodukhin, N. Kukhareva, O.A Trubnikova, O.L. Barbarash**

*Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia*

**A.V. Seryy, M.S. Yanitskiy,**

*Kemerovo State University, Kemerovo, Russia*

**Abstract.** In this paper, we present a study of the relationship between illness perception and coping behavior of patients with coronary artery disease in preparation for bypass grafting. The study included 132 patients, males, aged from 51 to 77 years, who were in the preoperative for coronary artery bypass grafting. For the psychological diagnosis of the patient's illness perception, the Personal Questionnaire of V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute was used. The study of the illness perception showed that in patients with coronary heart disease in preparation for bypass grafting, a combination of a harmonious and ergopathic type of attitude towards the disease prevails. Assessment of stress-overcoming strategies was carried out using the technique of coping behavior research. Among the preferred coping strategies "Distancing", "Confrontation" and "Problem solving planning" were identified. It was found that adaptive options for treating the disease allow patients with

ischemic heart disease to choose productive coping strategies before coronary artery bypass grafting, and the availability of maladaptive options leads to risks of unproductive coping behavior in the postoperative stage.

**Keywords:** psychological health, illness perceptions, coping strategies, coronary heart disease, coronary artery bypass grafting.

**Introduction.** According to the World Health Organization, the main causes of death from non-communicable diseases are cardiovascular diseases. Mortality from cardiovascular diseases in Russia is 53.2% (696.5 per 100 thousand population), with about half of them accounted for coronary heart disease (CHD) (Shalnova, 2011). To treat this disease, coronary artery bypass surgery (CABG) is used, which is recognized as the most promising in improving the quality of life of patients with severe, rapidly progressing or resistant to medical treatment of CHD. This operation restores optimal coronary blood flow in the affected arteries, thereby leading to relief of the clinical symptoms associated with coronary artery disease. At the same time, as studies show, cardiologic clinic patients experience psychoemotional disorders that can lead to unfavorable course and outcome of the disease, even with successfully performed cardiocurgery (Alekhin, 2012; Zelenskaja, 2011; Pomeskina, 2014; Solodukhin, 2016).

Depending on the premorbid personality characteristics, patients perceive their disease differently and choose different strategies for coping with stress. For patients with coronary heart disease in this context, such concepts as illness perception (IP) and coping behavior are used.

Cardiac diseases can lead to a change in the hierarchy of motives and values due to a threat to basic needs, a rethinking of the value of health, spiritual values, and a change in the system of relationships, which contributes to the emergence of maladaptive variants of IP and coping behavior. Cardiac diseases due to a threat to basic needs can lead to a change in motives and values, rethinking of the health value, spiritual values and a change in the relationships which contribute to the emergence of maladaptive variants of IP and coping behavior.

In his study of the IP and coping behavior, we rely on the theoretical model of self-regulation of H. Leventhal (Leventhal, 2001). The study of the IP and coping behavior is relied on the Leventhal's self-regulation model (Leventhal, 2001).

According to this model, the appearance of the patient's information about the first signs of the disease forms a sense of a threat to health that affects cognitive performance and an emotional response to this threat. According to this model, appearance of information about the first signs of the disease forms a sense of health threat that affects cognitive performance and an emotional response to this threat.

In this case, the response to the disease occurs in three stages. The first stage is the formation and processing of cognitive ideas about the disease and the choice of an emotional response to it. At the second stage, the patient chooses suitable coping strategies, which depend on his / her formed perceptions of the disease through various sources of information (social environment, medical

personnel, etc.). At the third stage, emotional responses to the emerging threat and effectiveness of the selected coping behavior are evaluated, which are then rechecked and, if necessary, refined. The person's response to the onset of the disease is described as a process of self-regulation to show how the formation of the IP affects the patient's choice of coping behavior.

Thus, the study of the psychological status of patients, which includes the study of the IP and stress-overcoming behavior, can be a significant factor for clinical and social rehabilitation, which determines the relevance of the psychometric diagnosis and assessment of the CHD patients behavior in the preparation for the CABG.

In connection with the foregoing, the purpose of this study was to study the IP and the coping behavior of CHD patients in the preoperative stage of the CABG.

### **Materials and Methods**

**Characteristics of patients.** Prior to inclusion in the study, all voluntary patients were given written informed consent. The study included 132 patients, males, aged from 51 to 77 years, who were in the preoperative stage for the CABG.

Inclusion criteria comprised male sex, planned CABG and voluntary informed consent of the patient to participate in the study.

Exclusion criteria were age of the patient 80 years or more, 50% or more carotid artery stenosis, severe rhythm disturbances, chronic obstructive pulmonary disease, oncopathology, central nervous system diseases, brain trauma, episodes of cerebral circulation disorders, patient's refusal to start or continue the research.

Clinical and anamnestic characteristics of the patients included in the study are presented in Table 1.

*Table 1*

### **Clinical and anamnestic characteristics of patients before the CABG**

Indicators	n=132
Age, years	59.9±6.9
Myocardial infarction in the anamnesis, n (%)	75 (57)
Stenoses of carotid arteries, n (%)	62 (47)
Diabetes mellitus, n (%)	15 (11)
Duration of coronary heart disease, years	3 [1; 9]
The average FC of CHF (according to NYHA)	1.98±0.42
Presence of arterial hypertension, n (%)	118 (90)
Left ventricular ejection fraction (%)	57 [40; 71]
Functional class of angina pectoris, n (%)	
0	4 (3%)
I-II	90 (68%)
III-IV	38 (29%)

A clinical psychologist carried out assessment of the psychological status of patients in the preliminary stage of preparation for the CABG. Psychological research was conducted on the 2-3rd day after admission of the patient to the hospital, in the morning. For a detailed study of the behavioral characteristics of patients before the operation, diagnostic tests were performed. To diagnose the patient's attitude toward his disease, the Personality Questionnaire of the Bekhterev Institute was used, the assessment of stress-overcoming strategies was carried out using the coping-behavior research technique (R. Lazarus and S. Folkman, adapted version of T. Kryukova, E. Kuftyak, M. Zamyshlyayeva).

The statistical analysis was carried out using statistical software package Statistica 10.0 (StatSoft, Tulsa, OK, USA). Quantitative clinical-anamnestic indicators are presented as the mean  $\pm$  standard deviation, psychological indicators were presented as a median of the 25th and 75th percentile (Me [Q25; Q75]). The data obtained were analyzed for the normality of the Kolmogorov-Smirnov test. The distribution of the data differed from the normal one. Therefore, the Mann-Whitney criterion was used to analyze the quantitative clinical-anamnestic and psychological indicators, the qualitative indices were analyzed using the Pearson Chi-square test with the Yates correction. To assess the relationship between the type of IP and coping behavior, the Spearman rank correlation coefficient was used with an estimate of its significance ( $p \leq 0.05$ ).

Results of the study. The study of the IP showed that in patients with CHD, a combination of harmonious and ergopathic perception of the disease prevails over the CABG (Table 2).

*Table 2*

**Illness perception of patients before the CABG**

Types of illness perception in its pure form, n (%)		Combinations of the illness perception, n (%)	
Harmonious	18 (14)	Ergopathic	60 (45)
		Anosognosic	6 (5)
		Ergopathic Anosognosic	12 (9)
Ergopathic	9 (7)	Sensitive	3(2)
Anosognosic	7 (5)	Neurasthenic Sensitive	5(4)
Anxious	8 (6)	Hypochondriac	4 (3)

The psychological characteristics of the IP of in patients with CHD before the CABG are presented in Table 3.

Table 3

### Indices of the illness perception in CHD patients before the CABG

Types of illness perception	Me [Q25; Q75]
Harmonious	36 [6; 53]
Ergopathic	34 [5; 58]
Anosognostic	21 [0; 44]
Anxious	4 [0; 33]
Neurasthenic	7 [0; 17]
Sensitive	16 [3; 27]
Hypochondriac	8 [1; 19]

When choosing coping behavior, CHD patients prefer to use the coping strategies “Distance”, “Confrontation” and “Problem Solving” (Table 4).

Table 4

### Coping strategies used by patients before the CABG

Coping strategies	n (%)
Confrontation	24 (18)
Distancing	30 (23)
Self-monitoring	6 (5)
Finding social support	15 (12)
Taking responsibility	12 (9)
Escape-avoidance	14 (11)
Problem solving planning	21 (16)
Positive reevaluation	10 (6)

The indicators of coping strategies of CHD patients are presented in Table 5.

Table 5

### Indicators of coping strategies of patients with CHD before the CABG

Coping strategies	Me [Q25; Q75]
Confrontation	46 [14; 81]
Distancing	49 [21; 74]
Self-monitoring	45 [9; 72]
Finding social support	48 [19; 72]
Taking responsibility	47 [22; 66]
Escape-avoidance	46 [21; 65]
Problem solving planning	48 [9; 68]
Positive reevaluation	43 [13; 68]

When studying the relationship between adaptive variants of IP and coping strategies, results presented in Table 6 were obtained. Positive correlations between the harmonious variant of IP and coping strategies “Confrontation” (r = 0.30, p = 0.001) and “Acceptance of responsibility” (r = 0.31, p = 0.001) were revealed, as well as positive correlations of the ergopathic type of IP with coping strategies “Self-control” (r = 0.33, p = 0.001), “Acceptance of responsibility” (r = 0.27, p = 0.001) and “Problem solving planning” (r = 0.47, p = 0.001). A statistically significant negative relationship was found between the anosognostic IP and the coping strategies “Distance” (r = -0.32, p = 0.001) and “Positive reassessment” (r = -0.37, p = 0.001).

In the study of maladaptive variants of the IP and coping strategies, statistically significant correlation links were also found. An alarming variant of the IP revealed a positive relationship with coping strategies “Confrontation” (r = 0.28, p = 0.001), “Self-control” (r = 0.43, p = 0.001), “Positive reevaluation” (r = 0.28, p = 0.02) and “Escape-avoidance” (r = 0.46, p = 0.001). The hypochondriac IP showed a positive relationship with coping strategies “Confrontation” (r = 0.28, p = 0.001), “Finding social support” (r = 0.29, p = 0.001), “Taking responsibility” (r = 0.29, p = 0.001), “Positive reevaluation” (r = 0.42, p = 0.001) and “Flight-avoidance” (r = 0.32, p = 0.001).

Table 6

**Relationship between the IP and coping -  
the behavior of patients before the CABG**

	Con- fronta- tion	Dis- tancing	Self- moni- toring	Find- ing social support	Taking respon- sibility	Problem solving planning	Posi- tive revalu- ation	Es- cape- avoid- ance
Harmonious	0.30*	-0.01	0.15	-0.06	0.31*	0.05	-0.004	0.03
Ergopathic	0.25	-0.14	0.33*	0.17	0.27*	0.47*	0.21	0.04
Anosognostic	-0.03	-0.32*	-0.17	-0.22	0.18	-0.04	-0.37*	-0.25
Anxious	0.28*	-0.004	0.43*	0.06	0.08	0.12	0.28**	0.46*
Hypochondriac	0.28*	0.18	0.25	0.29*	0.25*	0.17	0.42*	0.32*

Note: \*p=0.001; \*\*p=0.02

**Discussion.** In medical psychology, the IP and coping strategies are considered as special forms of the patient’s psyche response to the onset of a disease. Coping strategies are closely related to the concept of psychological protection of the individual. Their formation occurs under

the influence of internal attitudes, personal values, own perceptions and the implications of the surgical intervention (Elfimova, 2009; Isaeva, 2009). According to the data of the study on psychological defenses in norm and in somatic diseases, emotionally focused and avoiding coping strategies can prevent formation of the adequate perception of the disease (Vasserman, 2008; Vasilieva, 2008; Vinickaja, 2012; Glozman, 2011; Grehov, 2010; Zinchenko, 2014; Karpova, 2011; Rogacheva, 2004, Hugh, 2015; Karademas, 2008). They only reduce anxiety and negative experiences of the patient for a short time until he finds a more rational way out of the disease situation. If such coping strategies become stable and at the same time hinder effectiveness of treatment, they can be called pathological. In this case, the patient persistently refuses working on the productive resolution of disease-related problems and avoids medical assistance (Beinke, 2015; Scheurs, 1997).

According to the results obtained in this study, 60 (45%) patients had a combination of a harmonious and ergopathic IP. A harmonious variant of the IP is characterized by the adequate assessment of its condition and severity of the disease, understanding a need for the operation. The ergopathic (sthenic) type of IP in behavior is manifested by attempts to overcome the illness due to high activity, which is more pronounced than before the illness. Despite the severity of the disease, there is an aspiration to continue working. These variants of IP do not lead to patient disadaptation and are observed, as a rule, in patients with a preserved mental status.

Among the preferred coping strategies, “Distancing” (23%), “Confrontation” (18%) and “Problem solving planning” (16%) were notable. “Problem solving planning” is considered to be the most adaptable coping strategies and involves an independent or joint analysis with the attending physician of the patient’s chronic illness, and planning actions to overcome it, taking into account available resources. The “Distancing” coping strategy is aimed at the mental ignoring of the disease, and “Confrontation” on active resistance to the arisen problem, which in the postoperative period may lead to a decrease in adherence to the prescribed treatment (Vasilieva, 2008; Hugh, 2015; Karademas, 2008).

Thus, the study revealed a direct interrelation between features of IP and coping strategies.

Hence, harmonious and ergopathic variants of the IP have positive links with the productive coping strategies “Problem-solving planning”, “Self-control” and “Taking responsibility”, which, according to the studies, help them better adapt to stressful situations and reduce anxiety and depression (Hugh, 2015; Karademas, 2008). Anosognostic IP, which is characterized by ignoring the presence of the disease, found negative correlation with the coping strategies “Distancing” and “Positive revaluation”. These coping strategies have an ambiguous interpretation. On the one hand, they make it

possible to relieve nervous tension by reducing the emotional significance of the stressful event or its more optimistic perception. However, this type of behavior allows only temporarily coping with the anxiety, but does not help to solve the problem finally, which, in the future, leads to the return of the stressful situation. Accordingly, an anosognostic IP helps the patient to approach the problem more rationally, less relying on emotional coping strategies.

In maladaptive variants of illness perception, such as anxious and hypochondriac IP, positive correlation links with emotionally focused and avoiding coping strategies are observed. Anxious and hypochondriac type of illness perception are characterized by fears regarding the course and prognosis of the disease, risks of the depressive state in case of treatment failure, constant fears for their own somatic state. An analysis of the relationship between these options of IP and coping strategies shows that in the stressful situation such patients are prone to conflicts, seeking help from others and avoiding problem solving, which prevents effective adaptation in the postoperative stage.

**Conclusion.** The data obtained in the present study indicate that in patients with CHD prior to the CABG, adaptive variants of the illness perception predominate: a harmonious and ergopathic IP. In addition, these patients tend to relieve nervous tension through emotionally focused and cognitive coping strategies, such as “Distancing”, “Confrontation” and “Problem Solving”. It was found that adaptive variants of the IP allow CHD patients to choose productive coping strategies before the CABG, and the availability of maladaptive variants of the illness perception leads to high risks of unproductive coping behavior in the postoperative stage.

Thus, knowledge about the structure and content of the IP and coping strategies contribute to a correct understanding and assessment of the patient’s psychological state, which can promote positive dynamics in the treatment and subsequent rehabilitation.

### References

1. Shalnova A. Coronary heart disease in Russia: Incidence rate and treatment (according to epidemiological data) // *Terapevticheskii Arkhiv*. 2011. Vol. 83, № 1. P. 7-12. (in Russian)
2. Alekhin A. Psychological factors of cardiometabolic risk: History and modern state // *Arterial'naja Gipertenzija*. 2012. Vol. 18, № 4. P. 278-291. (in Russian)
3. Zelenskaja I., Demchenko E.A., Lubinskaja E.I. Psihologicheskie osobennosti bol'nyh IBS posle aorto - koronarnogo shuntirovanija v processe reabilitacii // *Psihologija XXI veka. Materialy Mezhdunarodnoj nauch.-praktich. konf. molodyh uchenyh «Psihologija XXI veka» 21-23 aprelja 2011 g.* / sci. ed. O.Ju. Shhelkovej. SPb.: Izd-vo S.-Peterb. un-ta, 2011. P. 174-176. (in Russian)
4. Pomeschkina S. Labour ability assessment of patients undergone coronary artery bypass grafting // *Cardiovascular Diseases*. 2014. № 1. P. 26-30.

5. Solodukhin A. Interrelation of the cognitive status and coping behavior of patients with coronary heart disease before preparation for coronary shunting // Health and Education Millennium. 2016. № 6. P. 20-24.
6. Leventhal H., Leventhal E.A., Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness selfregulation: A perceptual-cognitive model // Baum A., Revenson T.A., Singer J.E. Handbook of health psychology. Mahwah: Erlbaum., 2001. P. 19-47.
7. Elfimova E., Elfimov M.A. Lichnost' i bolezn': «vnutrennjaja kartina boleznii», kachestvo zhizni i priverzhennost' // Zamestitel' Glavnogo Vrach. 2009. № 11. P. 18-25. (in Russian)
8. Isaeva E. Koping-povedenie i psihologicheskaja zashhita lichnosti v uslovijah zdorov'ja i boleznii. SPb.: Izdatel'stvo SPbGMU, 2009. 136 p. (in Russian)
9. Vasserman L. Vnutrennjaja kartina boleznii v strukture kachestva zhizni u bol'nyh s somaticheskoi patologiej // SPZh. 2008. № 27. P. 67-71. (in Russian)
10. Vasilieva I. Coping strategies of chronic hemodialysis patients // Izvestija RGPU im. A.I. Gercena. 2008. № 66. P. 281-289. (in Russian)
11. Vinickaja A., Iovlev B.V., Shhelkova O.Ju. Kliniko-psihologicheskoe issledovanie «vnutrennej kartiny boleznii» pri komorbidnyh psihicheskikh i somaticheskikh rasstrojstvah // Sb. nauch. statej XII konferencii «Aktual'nye problemy psihosomatiki v obshhemedicinskoj praktike» / Pod obshh. red. V.I. Mazurova. SPb., 2012. P. 88-93. (in Russian)
12. Glizman Zh. Vnutrennjaja kartina boleznii kak faktor uspešnosti ee preodolenija // Problemy zdorov'ja lichnosti v teoreticheskoi i prikladnoj psihologii: Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoi konferencii / ed. N. A. Kravcovoj. Vladivostok: Mor. gos. un-t im. adm. G.I. Nevel'skogo, 2011. P. 100-104. (in Russian)
13. Grehov R.A. Psihosomaticheskie sootnoshenija i vnutrennjaja kartina boleznii u revmaticheskikh pacientov : avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. Volgograd, 2010. 56 p. (in Russian)
14. Zinchenko Yu. Methodological foundations and tasks of psychological rehabilitation of cancer patients // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny. 2014. № 5. P. 31-42. (in Russian)
15. Karpova N.L. «Vnutrennjaja kartina zdorov'ja» i «vnutrennjaja kartina boleznii» v logopsihoterapii // Problemy zdorov'ja lichnosti v teoreticheskoi i prikladnoj psihologii: Materialy Mezhdunarodnoj nauchno- prakticheskoi konferencii / ed. N. A. Kravcovoj. Vladivostok: Mor. gos. un-t im. adm. G.I. Nevel'skogo, 2001. P. 100-104. (in Russian)
16. Rogacheva T. Smyslovaja real'nost' bolejšushej lichnosti: strukturno - funkcional'nyj analiz : dis. ... dokt. psihol. nauk: 19.00.04. Tomsk, 2004. 399 p. (in Russian)
17. Hugh R., Feeters D., Boyda D., O'Neill S. Coping styles in adults with cystic fibrosis: implications for emotional and social quality of life Psychology // Health & Medicine. 2015. № 18. P. 1-11.
18. Karademas E., Bakouli A., Bastounis A., Kallergi F., Tamtami P., Theofilou M. Illness perceptions, illness-related problems, subjective health, and the role of perceived primal threat: Preliminary results // Journal of Health Psychology. 2008. № 13. P. 47-55.
19. Beinke K., O'Callaghan F., Morrissey S. Illness Perceptions of Cystic Fibrosis: A Comparison of Young Adults with CF and Same Aged Peers // Behavioral Medicine. 2015. Vol. 3, № 1. P. 40-46.
20. Scheurs K., Ridder D. Integration of coping and social support perspectives: Implications for the study of adaptation to chronic diseases // Clinical Psychology Review. 1997. Vol. 17, № 1. P. 89-112.

## MANIFESTATION OF DEEP SYMBOLISM IN DRAWINGS OF CHILDREN AFTER INJURY

O.V. Sysoeva

*The Far-Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia*

**Abstract.** this article deals with deep symbolism reflecting the child's psychological state caused by an orthopaedic injury. Peculiarities of deep symbolism manifestations are monitored in psychology of children after injury by means of drawings. The goal of the research was to study peculiarities in inner experience of children's suffering related to damage to his or her body.

**Key-words:** deep manifestations of a disease, colour symbolism, body psychology, inner perception of a trauma.

**Relevance.** The psychological aspect of the traumatic disease and its deep reflection by means of drawings are quite important while stress occurring in this situation is multifactorial and long-term: it persists during the rest of one's life.

According to Cathy Malchiodi (one of International Art Therapy Association founders), children's experiences of illnesses reflect their ideas about what has caused the disease, they may also reflect the children's feelings and ideas about why they are sick (Malchiodi, 1998).

**Problem statement.** This research was made with support from G.G. Petrov, the ex-head of the Paediatric Traumatotropic Department at the Children's Regional Clinical Hospital named after A.K. Piotrowicz (Khabarovsk). The study involved 50 children aged from 6 to 18 who had received one-month treatment at a hospital due to their musculoskeletal system injuries suffered during earlier periods.

**Materials and methods.** Children were offered to draw their illness in a relaxed atmosphere. Patients participated in the study voluntarily, under supervision of a specialist from Paediatric Traumatotropic Department and with their parents' permission. Primary analysis of given data was described earlier in a co-published article (Sysoeva & Petrov, 2016). In this article, we prefer to only focus on three drawings fundamentally different from the rest.

**Results.** In the modern world, in which rationalism seems to prevail, it has been found out that intuition has the right to exist. According to C.G. Jung, ideation exists in basic images, symbols historically elder than a person, and was given to them naturally from earliest times and ever living in all generations and serving as the basis basing the human nature until the present time. Abundant life is only available in harmony with these symbols as wisdom is addressing to them.

According to Golomb, painting and art work are undoubted expressions of hidden pain and sinking feelings. These are also activities bringing pleasure since

they make it possible for children to safely fulfil their potential to adaptation, and fell happy in circumstances that might be extreme. This aspect of art work may contribute to development of stress resistance in children, which is a more important factor than mere examination of drawings as simple reflections of the emotional state.



**Figure 1.** A drawing by an 11-years-old girl. Subcutaneous fracture of the intercondylar elevation of the right enemis with fragment dislocation.

An 11-years-old patient riding a bicycle fell on her bent right knee joint (see Figure 1). V.Y. Baskakov believes that fear, instability, and insecurity exist in the knees. In the figure, a predator (probably a wolf) can be seen turned to the left and making an evocative howl. The predator's eyes are closed and ears are set back, although cuspid teeth are traced clearly. Shapiro points to the ability to recognise someone's authority over herself or himself in the ability to bend knees. The choice of a graphite pencil and drawing only the head of the animal indicates the child's strengthening EGO and formation of protective mechanisms in the psyche.

According to Denyse Lyard, the "wolf" is a word, an audial denomination of a bodily experience lived, a whole perception of something unknown that cannot be expressed in a different way. This balance, lost and found, is separation from the mother, a visible decrease in maternal interest. The wolf is on the edge of the psychosis world, access to which it blocks. V.A. Gura focuses attention on the same edge: "the most common legend in all Slavic areas is the one that depicts that the wolf was created by Devil against God. However, the wolf did not receive life from the Devil, but from God as Devil could not make it alive" (Gura, 1997). Denyse Lyard's experience shows that the wolf's chaps and ears are more important than paws and tail; in this case, only the mouth and ears are seen. The wolf's eyes are closed in the drawing, which indicates symbolic work of the "subtle body" according to Jung or the somatic unconscious, which in

this case manifests itself metaphorically in the drawing. This is the area, where events are not subject to cause-effect relations.

The family history of this girl is unknown. However, it may be assumed that the girl was most likely a so-termed “daddy’s girl” on the basis of the drawing and psychotherapeutic experience described by Denyse Lyard in his book “Children’s Jungian psychoanalysis”. Growing inattention of the father to the daughter made her feel lonely. The father did not play his role as an assistant in separation; it was the wolf that performed it, which gives an unfavourable prediction of relations with the opposite gender in the future (Denyse Lyard, 2008).



**Figure 2.** A drawing by an 11-years-old girl. Subcutaneous fracture of the lower third of the right radial bone with fragment dislocation.

An 11-years-old patient fell down from the bicycle on her right hand and had a subcutaneous fracture of the lower third of the right radial bone with fragment dislocation as the result (see Figure 2). According to body symbolism, the forearm is the area of active action. Soft skin of its inner side points to delicacy and vibrations preceding any self-expression (Sakharova, 2011). The figure depicts a green snake wrapping around the right hand and biting the outer side of the wrist. According to the hypothesis, the girl who identified herself with her father before her 11th birthday, rejected male identity in favour of the female one, takes resource in her prenatal stage. The surname (of the father) is written in black, there is only the initial letter instead of the name which is also black and the name given to the girl is originally male (Eugenia). According to colour symbolism, black is the colour of the beginning and the end. The right injured arm is drawn by uneven brown lines (it is one of most ambivalent colours) and

the image itself resembles an old male's hand, but with pink (young) nails drawn as claws (natural clinging function, perhaps in regard to life) (Obukhov, 2005). The snake is a symbol of Ouroboros, the original serpent, the most ancient deity of the prehistoric world. According to Esther Harding, Ouroboros is the symbol of the parent archetype.

According to the author, consciousness development suggests violation of unconditional rules, despotism, which comes from the unconscious. According to Neumann, it is a big self-satisfied hermaphrodite, which is at the same time both the mother's womb and the World of United Parents, where masculinity and femininity are unite. A.V. Gura also notes ambivalence in characteristics of the snake: "... it manifests itself in a combination of male and female symbols, in collision of negative and positive beginnings. At the same time, ambivalence manifests itself in water and fiery symbolism of the snake, in its positive and negative effect on cows and milk. The snake's chthonicness reaches cosmic scales, up to global opposition of the Earth and the Sun" (Gura, 1998).

In our case, the patient rebelled against her father's will, refusing to be identified with him and overcoming unconscious lack of confidence through the trauma of the right hand, thus she was going to adopt her feminine identity.



**Figure 3.** A drawing by a 15-years-old girl. An extend chondral trauma, injury of the anterior cruciate ligament in the right knee.

The patient was 15 years old. She was kicked in the right knee joint area in the street in 2015 and only hospitalised for surgical treatment in 2017 (see Figure 3). This is the second of 50 drawings with deep metaphors: the child was instructed to “draw her illness” and depicts a heron (stork), and she made the signature “my disease” by block letters with a grey pencil to ensure accuracy in following the instruction.

Most likely, the presence of 6 clouds covering the sun indicates the age, when the child faced difficult life circumstances, probably, the period of entering into the crisis of 7 years. In A.V. Gura’s opinion, according to Slavic folk beliefs, the stork refers to honoured “saints”, “gods”, “good” birds. The origin of the stork and its other characteristics are associated with the human. In Christian symbolism, the stork as a snake fighter is the enemy of the devil and, as a consequence, a symbol of Christ. Finally, the stork is related to childbearing: it brings children. Black and white colours of the stork (as in our case) are also associated with its human origin: with a priest’s cassock, with a noble person’s clothes, which have one white trouser leg and the other one black. There is a myth in the Netherlands: the Hague is a stork, standing on the right side with a stone in its paw and a worm in its beak. The stork is occasionally used in emblems of Eastern European countries and in eastern lands of Germany as an emblem of vigilance instead of the heron and crane. In such cases, it holds a stone in one paw and stands on the other leg; moreover, its neck is always bent down in those images. This description is accurately reflected in the figure. However, it could be doubted that it was possible for a 15-years-old child from Khabarovsk to know Dutch mythology.

According to some sources, the stork is associated with the bird Phoenix. If we turn to K.G. Jung, he wrote: “out of the egg ... will rise the eagle or the phoenix, the liberated soul”. A new mental content arose out of chaos, which, according to Jung, is an essential condition for any revival of a spirit or a person. Regarding to the experience, it can be stated that this figure also demonstrates reflection of the primary contact between the “subtle body” of the child psyche and the unconscious of the body at the stage of Ego-Self axis formation (Sysoeva et al., 2017). J. Ramos writes: “Any symptom of the disease is a symbol which reveals a violation of the Ego-Self axis. The path to recovery is opened through understanding of this symbol” (Kalsched, 2015). In our case, the female identity acquisition process can be observed at the symbolic level, which is quite natural for a 15-years-old girl. Additionally, as this process lasted for two years (from 2015 to 2017), it may be assumed that this period was fairly problematic due to the fact, that being 4-year-old (4 drops in the pond on the left side), the girl was identified with her father (the sun is depicted above the drops). And, as in the case of the wolf, the girl was a “daddy’s daughter”, but, probably, the relationship between the daughter and the father changed

dramatically when she was 5 to 6 years old, which was an impulse leading to the change of the identity from male to the female one. As a result, the drops and the sun in the figure moved to the left (the female part according to body symbolism) and on the pond (water is the “mother” element), the stork (heron) appeared under clouds covering the sun, which also indicates maternal symbolism.

Thus, the presented in-depth analysis of three pictures drawn by teenage girls demonstrates quite vividly how difficult the internal process of acquisition of an adequate identity for so-termed “daddy’s daughters” is. The experience gained provides an opportunity not only to specialists but also to parents to reflect on the problem of “division” of children into “daddy’s” and “mother’s” ones. This process settles very deep in the child’s developing psyche and is felt during the adolescent crisis, which may lead most sensitive ones to hospital beds.

This confirms the idea of U. Wirtz: “even a seemingly mentally unrelated event like an accident can be understood from the point of unconscious acting out: symbolic plaster of Paris puts us in the bed to make us reflect, concentrating on our inner world” (Wirtz, 2014).

### References

1. Wirtz U., Zöbeli J. Hunger nach Sinn. Menschen in Grenzsituationen. Grenzen der Psychotherapie. Translated from German. M.: Kogito-Center, 2014. 328 p. (in Russian)
2. Gura A.V. Animal symbolics in the Slavic folk tradition. M.: «INDRIK» publisher, 1997. 912 p. (in Russian)
3. Kalsched D. The Inner World of Trauma: Archetypal Defences of the Personal Spirit. Translated from English. M.: Kogito-Center, 2015. 398 p. (in Russian)
4. Denyse Lyard. Les analyses d'enfants: Une clinique jungienne / Translated from Franch. M.: Kogito-Center, 2008. 207 p. (in Russian)
5. Malchiodi C. Understanding Children’s Drawing. Institute of all humanities searches. SPb., 1998. 306 p. (in Russian)
6. Obukhov Y.L. Symbol drama. Introduction into the main stage. Rostov-on-Don: Mini Type, 2005. 120 p. (in Russian)
7. Sakharova V.G. Body psychology, Diagnostics of the Body Attitude. Study Guide. SPb.: Rech, 2011. 112 p. (in Russian)
8. Sysoeva O.V., Petrov G.G. The drawing as a mean of the crisis state reflectivity by a child, who has experienced an injury. Analytical approach. (in print). Krasnoyarsk, 2016. (in Russian)
9. Sysoeva O.V., Tkachenko O.I., Alesandrova V.V., Blokhin G.R. The functional analysis of bodily injury reasons with the help of child drawing (analytical approach) (in print) Chelyabinsk, 2017. (in Russian)
10. Malchiodi C. Medical art therapy with adults. London: Jessica Kingsley Publishers, 1999.

## THEORITICAL ANALYSYS OF THE CONCEPT “VICTIM” IN PSYCHOLOGY IN THE CONTEXT OF IDEALS OF RATIONALITY

O.K. Tausinova

*Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia*

**Abstract.** the concept “victim” is being studied in the article in the context of ideals of rationality. Approaches used to understand the concept of “victim” are being analyzed in terms of classical, nonclassical and post-nonclassical rationality. Victim syndrome is being examined as a consequence of individual getting into a life point of bifurcation. Having got into a situation of violence, which as a matter of fact is a point of bifurcation, a person as a self-organizing system finds himself in a critical position and becomes unstable when it comes to some events. There are a lot of factors which push the system towards choosing a certain way of development (attractor), which at the same time leads to the development of a personality with victim syndrome. As a result, it has been found out, that a personality with victim syndrome is characterized by unstable mood, lack of clear point of view, social anxiety.

**Keywords:** victim, violence, adolescent, point of bifurcation, life resources.

**Relevance.** In psychological dictionaries there is no such term as “victim”. However, this concept is widely used in psychology to analyze individual and behavioral characteristics of a personality, which describe him/her as weak and vulnerable.

About 1.5% or 4.8 million women a year are subjected to sexual assault by their partners, and most of them become victims more than once (Tjaden, Thoennes, 2009).

The research shows that a woman makes in average five attempts to stop the offensive treatment before she succeeds and that part of women eventually gets back to their offenders (Hien, Ruglass, 2009).

The adolescents who have survived domestic violence tend to justify their parent, representing this event as a norm, even when their social environment does not support this opinion. The fact that many victims of violence leave their offenders only to get back to them makes this problem interesting for the researches (Dunn, Powell-Williams, 2007).

**State of the problem.** More and more often the problem of victim is being investigated in the field of medical and clinical psychology, crisis psychology and psychology of emergency situations.

Different types of life situations which a modern person has to face can have victimogenic influence and lead to psychological victimization.

Taking into account these circumstances and considering the well-known successive stages in the formation of the science (classicism – non-classicism – post-non-classicism), there is a need for theoretical understanding of the concept “victim” in the context of ideals of rationality.

In terms of classical rationality the concept “victim” has been defined as a wronged person in the result of criminal activity and mostly the outer reasons of deadaptation or sources of socialization defects which lead to victimization (Chernikova, 2007). This means that in this context “victim” is a wronged person who has got into traumatic circumstances and is subjected to some outer factors of deadaptation.

S.M. Inshakov explores the concept “victim” as a type of deviation, conditioned by aggregate of behavioral qualities, interacting with outer (social) factors in certain situations (Inshakov, 1997).

At the same time, seeing a victim as a subject of his/her own life activity, though focusing on the personality activity, does not go further than neoclassical scientific approach.

Analyzing the research of the victim problem in psychology, M.A. Odintsova gives a generalised systematization of the research from the points of view of different scientific fields.

M.A. Odintsova also notes the necessity to mark out the foundation for classification of victims, researches and approaches.

Having chosen the manifestation of self-organization of a psychological system as the criterion for the classification of the researches of life self-fulfillment, I.O. Loginova presents a person as an open self-organizing system. Thus, I.O. Loginova succeeds to differentiate research available in national psychology depending on its degree of proximity to post-nonclassical rationality (Loginova, 2009).

Resting upon foregoing analytical researches, we find it necessary to follow post-nonclassical view in the process of investigation of victim syndrome, as it provides the understanding of concepts of victim and sacrifice neither apart from a personality, nor as a feature being formed socially or genetically, but as a whole self-organizing system.

In nonclassical rationality “victim” is viewed as a personality, who has gained new formations in the result of facing a traumatic event, which are both conditioned and conditioning the activity of the personality.

In terms of this approach there are investigations which characterise different sides of a personality with signs of victim behavior.

Trained helplessness is being studied as a relatively stable psychological formation, which presents itself in individual behavior as inability to act actively in difficult life situations.

There are investigations of infantilism as a complex of personal characteristics which are expressed in immaturity of the emotional-volitional sphere, arrested development of moral and social maturity, lack of progressive motivation, weak need of achievements, dependency of decisions, dependence on others etc.

There is an attempt to define the leading type of potential victim activity, in the result of which the possibility of turning an individual into a victim rises (Andronnikova, 2003).

In such understanding “victim” is described as an individual with complexes and neuroses, and individual with a sophisticated protection system against “unfairness” of the world and himself (Bettelheim, 1986), the one who can skillfully manipulate his social environment. In humanistic, existential psychology, in positive psychology a victim is considered to be unhappy, perishing, injured person with a complex of “trained helplessness” (Seligman, 2003), passive, depressive, doomed to constant failures.

Studying the modern conception of post-nonclassical rationality brings understanding of the role of a human himself forward. In the context of post-nonclassical rationality the systems are connected and mutually conditioned, that is why the characteristics of the structure and the quality of the organization of one of the systems may depend on the ones of another.

The transfer of features from one sub-system to another depends on the features of organization of system connections and qualitative characteristics of these sub-systems. (Loginova, 2009)

In this direction the problem of estrangement as an integral state of destruction of meaningful connections in the structure of the world of a person is being studied.

The concepts of vitality (Bodalev, 2002); viability (Ananyev, 2000) and life creativity have got better formulation.

It can be concluded that at the point of bifurcation the system is at the state of temporal instability and quite sensitive even to very slight outer influences.

This state of the system corresponds with first stages of a crisis when mobilization of psychic and physical resources takes place on the background of rising instability and active search for new ways of development starts.

Having got into a situation of violence, which actually is a point of bifurcation, a person as a self-organizing system finds himself in a critical state and becomes unstable in relation to some events. There are a lot of factors which push the system towards choosing a certain way of development (attractor), which at the same time leads to the development of a personality with victim syndrome.

Many fluctuations disperse, some do not have any influence of the further way of system development, as they are very weak. However, providing that there are some certain luminal conditions due to some accidental outer influences, these fluctuations may strengthen and act in resonance, pushing the system to the choice of a certain way of development (attractor).

In the situation of violence, a person faces the need to choose one way of possible action, these variations form multitude of dissipative dynamic microstructures, which basically are fractals in rudimentary state.

The choice of any variant of actions leads to a new chain of life events. Most of the prototypes disappear without any chance to transform into

something concrete, this is connected with lots of outer, personal and situational characteristics of a person who has faced the situation of violence.

The system of a person is influenced by a certain attractor and in this case it evolves according to this scenario.

All the processes are accidental by its nature, because of uncontrolled factors, but there are some tendencies in the choice, as there are personal characteristics of the subject (Seregina, 2007).

As a result of the choice the system either turns into a new, more highly-organized state or starts to collapse.

If a person faces violence systematically and each time has a spectrum of variants of actions, while the choice is the same every time, some order parameters are being formed as a stable dynamic state. The direction of movement of this attractor starts to conform the need. The system starts to behave as a strictly determined one.

We can speak about the formation of victim syndrome in case when a person regularly makes choices towards an unprotected position against the offender in a situation of violence.

Thus, some kind of preserving of consciousness takes place in case of following habitual patterns of behavior and thinking.

The difficulty of the state is explained by the fact that later a person with victim syndrome is characterised by unstable mood, lack of clear points of view, social anxiety. Humility, shyness, fear, timidity are predominate features in the personality.

Victim syndrome does not let the person show his/her best qualities, develop the abilities and talents.

Instead of future there is one big question mark and there is only emptiness and uncertainty ahead. Such a person does not know what he/she wants and has no clue about how to achieve any goal (Loginova, 2009).

At this stage there is no deep investigation of the features of victim syndrome formation process, probabilistic fluctuations, formed by certain original characteristics of a personality.

Taking into account the change of research directives in science, it is possible to say that theoretical presuppositions in the research of the concept of victim in the context of post-non-classical science allows to outline some new perspective directions of its further studying. It is possible to emphasise the study of victim syndrome from the point of view of psychosynergetic approach among these directions.

## References

1. Ananyev B.G. Human as an object of study. M.: Nauka, 2000. 351 p. (in Russian)
2. Andronnikova, O.O. Methodology of study of inclination to victim behavior // Materials of the III Interregional theoretical and practical conference 17-18 December 2003. M., 2003. 197 p. (in Russian)
3. Bettelheim B. The Informed Heart - A Study of the psychological consequences of living under extreme fear and terror. London: Peregrine, 1986. 451 p.

4. Bodalev A.A. About a person in an extreme situation (emotional and intellectual component of attitude in choosing behavior) // *World of Pshychology*. 2002. № 2. P. 127-134.
5. Inshakov S.M. *Foreign criminology*. M.: Publishing Group INFRA-M-NORMA, 1997. 383 p. (in Russian)
6. Loginova I.O. The methodological-theoretic substantiation of a problem statement of the man vital self-fulfillment in psychology // *Siberian Pshychology Journal*. 2009. № 33. P. 31-35. (in Russian)
7. Seligman, M.N. *New positive psychology. A new look on happiness and meaning of life*. Ltd. Publishing House "Sophia", 2003. 368 p.
8. Seregina A.A. The problem of social and psychological immaturity of the young // *Psychology of sociality*. 2006. № 2. P. 96-99.
9. Chernikova I.V. *Post-nonclassic science and philosophy of process*. Tomsk: Publisher NTL, 2007. 252 p. (in Russian)
10. Dunn J.L., Powell-Williams M. Everybody makes choices". Victim advocates and the social construction of battered women's victimization and Agency // *Violence Against Women*. 2007. Vol. 13, № 10. P. 977–1001.
11. Hien D., Ruglass L. Interpersonal partner violence and women in the United States. An overview of prevalence rates, psychiatric 67 correlates and consequences and barriers to help seeking // *Int. J. Law Psychiatry*. 2009. Vol. 32, № 1. P. 48-55.
12. Roberts J.C., Wolfer L., Mele M. Why victims of intimate partner violence withdraw protection orders // *Journal of Family Violence*. 2009. Vol. 23, № 5. P. 369-375.

**УДК 616.8**

## **LONG-TERM POSTOPERATIVE COGNITIVE DYSFUNCTION PREDICTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AFTER CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING**

**O. Trubnikova, I. Tarasova, I. Kukhareva, O. Barbarash**

*Research Institute of Complex Issues of Cardiovascular Disease, Kemerovo, Russia*

**Abstract.** Neurological dysfunction is a common complication after cardiac surgery. Patients with consequent coronary artery disease (CAD) and type 2 diabetes mellitus (DM) may have higher occurrence of postoperative cognitive dysfunction (POCD). A total of 54 male patients with DM undergoing elective on-pump Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) aged 45 to 69 years underwent neuropsychological testing 3-5 days before, 7-14 days and 1 year after CABG in addition to standard clinical examination. Suggested factors in long-term Postoperative Cognitive Dysfunction (POCD) development were selected: an integrated index of patient adherence to treatment, the presence of preoperative mild cognitive impairment (MCI), the development of early POCD and left ventricular ejection fraction, the level of trait anxiety and progression of carotid stenoses (CS) 1 year after surgery. We identified most significant factors in long-term POCD

development: progression of stenoses, high trait anxiety and low integrated index of patient adherence to treatment which makes it possible to predict long-term POCD development in patients with type 2 DM after 1 year CABG with high probability. The results demonstrated the importance of such factors as progression of stenoses, high trait anxiety and low adherence to treatment in development of long-term POCD in patients with type 2 DM after on-pump CABG.

**Keywords:** Type 2 diabetes mellitus, on-pump coronary artery bypass surgery, long-term postoperative cognitive dysfunction, risk factors.

**Relevance.** Recently, the number of patients with coronary artery disease (CAD) combined with type 2 diabetes has been increasing steadily (Dedov & Shestakovoj, 2007). For many patients with consequent CAD and type 2 diabetes, conservative means of treatment through lifestyle adjustments and medication are not adequately effective. CABG is necessary for patients who have severe coronary artery disease. It improves quality of life and prognosis, and this proposition is especially true for patients with type 2 diabetes (Engl & Med, 1996; Kapur et al. 2010). However, CABG surgery may be complicated by neurological disorders, among which postoperative cognitive dysfunction is of particular importance. POCD develops in the early and continues in the late postoperative period leading to development of dementia, social maladjustment and early disability of patients. This issue has strong medical and social significance in patients with type 2 diabetes, as many of them have mild cognitive impairment before the surgery (MCI) (Levin, 2011).

Currently, it is shown that such factors as the cardio-pulmonary bypass (CPB) duration over 120 minutes, aortic atheromatosis, stenoses of the brachiocephalic arteries, high-class chronic heart failure (CHF) and angina (Bokerija et al., 2008), the use of anaesthetics and narcotic analgesics (Shrader et al., 2013) contribute to the development of early POCD. Information about factors determining the development of long-term POCD is not enough, especially for patients with type 2 diabetes.

In connection with the above, the aim of this study was to investigate long-term POCD predictors in patients with type 2 diabetes who underwent CABG with CPB.

## **Materials and Methods**

### *Enrolment*

The study design was approved by the local Ethics Committee of the Research Institute. All patients signed informed consent in order to be enrolled in the study. A total of 54 males were enrolled in the study. The inclusion criteria were as follows: diabetes mellitus type II, age of 45-69 years, on-pump CABG. The exclusion criteria were as follows: age  $\leq$  70 years, carotid artery (CA) stenosis  $\leq$  50%, severe rhythm disorders, chronic heart failure II B, chronic obstructive pulmonary disease, oncopathology, central nervous system diseases, traumatic brain injury, transient ischemic attack, a Mini-mental State

Examination (MMSE) score < 24 and (Petersen, 2004) / or Frontal Assessment Battery (FAB) score < 11; Beck score > 8, the patient's refusal to enrolment or follow-up. The patients received basic and symptomatic therapy before and after the surgery consistent with guidelines for management of CAD patients with chronic heart failure (CHF) and arterial hypertension (AH) (National Guidelines, 2009, 2008): limited intake of salt (< 5 g/day), hypolipidemic diet, beta-blockers (bisoprolol fumarate), angiotensin converting enzyme inhibitors (enalapril), statin (rosuvastatin), antiplatelet (acetylsalicylic acid) were administered. Indirect anticoagulants, Ca<sup>++</sup> antagonists (amlodipine), nitrates (isosorbide dinitrate) were given due to their main indications. Prior to admission, all patients took hypoglycaemic agents: 16 patients (29%) - biguanide; 30 (56%) - sulfonylurea drugs in combination with biguanide; 8 (15%) - biguanide in combination with insulin. All patients received endocrinology consultations as a part of preoperative management and were transferred to parenteral infusion of insulin (Actrapid HM) per 0.3-0.5 units per 1 kg of body weight of the patient. Insulin was administered subcutaneously 3-5 times per day. The average daily dose of insulin was 26.1 ± 10.0 U. In cases of carbohydrate metabolism decompensation, a correction dose of insulin was administered according to the glycaemic profile. Mean daily blood glucose fluctuations against the background of insulin therapy were 5.5 to 9.2 mmol / l. No severe hypoglycaemic episodes were observed. Initial clinical and demographic data of the patients are presented in Table 1.

Table 1

**Initial clinical and demographic data of the patients**

Preoperative clinical and demographic characteristics	
Age, years, Me [Q25;Q75]	58.0 [55.0; 60.0]
Body mass index (BMI), kg/m <sup>2</sup> , Me [Q25;Q75]	28.4 [26.7; 30.5]
Left ventricular ejection fraction,%, Me [Q25;Q75]	59.5 [55.0; 64.5]
History of hypertension, years, Me [Q25;Q75]	5.0 [1.0; 10.0]
History of CAD, years, Me [Q25;Q75]	1.3 [0.7; 7.0]
Trait anxiety, points, Me [Q25;Q75]	38 [34.0; 41.0]
SYNTAX, points, Me [Q25;Q75]	23.5[19.0; 28.5]
Angina, functional class, n (%): I-II	32 (60%)
III	22 (40%)
FC NYHA, n (%): II	30 (56)
III	24 (44)
With MCI, n (%)	18 (35)
Without MCI, n (%)	16 (30)
Education, years, n (%): 8-10	45 (83)
14-15	9 (17)
Internal carotid artery stenosis <50%, n (%):	36 (68)
unilateral	11 (20)
bilateral	7 (12)

### *Operative Technique*

All patients underwent elective CABG under normothermic CPB. General anaesthetic procedures with endotracheal intubation were routinely used to provide anaesthesia and perfusion (Bunatjan & Trekova, 2005). Three shunts were placed in 53 % of patients, two shunts – in 36% and one shunt – in 9%. Severity of Multiple-Organ Dysfunction Syndrome (MODS) was evaluated by means of the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) scale during the postoperative period.

Basic intra- and postoperative parameters are presented in Table 2. Invasive hemodynamic monitoring was performed during the surgery; hypotensive episodes were not observed. There was no hypoxia observed during of the cerebral cortex oxygenation (rSO<sub>2</sub>) monitoring in real time (INVOS 3100; Somanetics, Troy, MI, USA) at all stages of the surgery.

Table 2

**Basic intra- and postoperative parameters of the study**

Characteristic	Before CABG	1 year after CABG	p
HbA1c, %	7,9 [6.0; 9.1]	9,02 [6.9; 11.4]	0.0009
Glucose, mmol/l	7,3 [6.6; 8.0]	9,6 [9.2; 9.6]	0.000000
Total cholesterol, mmol/l	4,8 [3.9; 5.7]	4,2 [4.1; 4.3]	0.0002
TAG*, mmol/l	2,2 [1.74; 2.5]	1,71 [1.6; 1.7]	0.0001
HDL Cholesterol, mmol/l	1,08 [0.85; 1.25]	0,85 [0.85; 0.85]	0.00001
LDL Cholesterol, mmol/l	3,02 [2.61; 3.7]	2,3 [2.3; 2.3]	0.000000

\*triglycerides

Intraoperatively, glycaemia correction was performed by parenteral insulin infusion. The mean value of glycaemia was  $7.85 \pm 2.47$  mmol/l, hypoglycaemia was not observed. In the early postoperative period, glycaemic correction was also performed via parenteral insulin infusion based on the glycaemic profile. The mean value of glucose in the early postoperative period was  $7.61 \pm 2.32$  mmol/l, the average dose of short-acting insulin amounted to  $23.5 \pm 10.1$  U / day. Short-acting insulin was cancelled for all the patients in 3-5 days after the surgery and oral antidiabetic drugs (OADs) or long-acting insulin was administered depending on the glucose level. The glycaemic profile was controlled dynamically with adjusting the dose of OADs or long-acting insulin. During the year, there were no deaths nor myocardial infarctions nor cerebrovascular accidents. All patients were followed up by the endocrinologist on a residence 1 time in 3 months within 1 year to adjust the level of glucose-lowering therapy for glycaemic control. A total of 44 (81.4%) patients were administered OADs (sulfonyleurea derivatives, gliclazide: 60 mg/day for 22.2%;

biguanides, metformin: 1700-2500 mg/day for 44.4%; a combination of drugs, glyburide/metformin 5 : 1000mg/day for 14.8%), 4 patients (7.5%) received insulin - Protafan, Humulin NPH (average dose reached 20-36 units/day), 6 patients (11.1%) took insulin in combination with OADs (Protafan 24-36 units/day + metformin 1700 mg/day).

#### *Assessment of carbohydrate metabolism*

Glucose serum levels were analysed in all patients by means of the glucose oxidase reagent kit «GLUCOSE FS, DDS». The rapid ion exchange method was used to determine the compensation of DM by measuring the level of glycosylated haemoglobin (HbA1c). The level of HbA1c higher than 7.5% was considered as decompensated DM (the European Diabetes Policy Group, 2000).

#### *Assessment of lipid metabolism*

The lipid profile (total cholesterol (TC), triglycerides (TG), cholesterol, high density lipoprotein (HDL) cholesterol and low density lipoprotein (LDL)) were determined by enzymatic colorimetric methods.

Levels of HbA1c and carbohydrate and lipid metabolism were assessed on admission, before the surgery and one year after CABG.

#### *Neuropsychological Testing Battery*

The software psychophysiological complex «Status PF» was used to perform neurophysiological assessment on day 3-5 before surgery, on day 7-10, 1 year after CABG. The following parameters were assessed: complex visual-motor reaction (reaction time, the number of errors), the level of functional mobility of nervous processes and performance of brain responses to “feedback” (reaction time, the number of errors, missed signals). The Bourdon’s test was used to assess attention. Visual short-term memory assessment was performed (10 words memorisation test, 10 numbers memorisation test, 10 nonsense syllables memorisation test) (Trubnikova et al. 2014). Additionally, state and trait anxiety were assessed by means of the Spielberger questionnaire.

Individual assessment of changes in neuropsychological performance was conducted. Postoperative changes in cognitive performance were calculated using the following formula: (baseline value - value after surgery)/baseline value\* 100%. 20% decline of postoperative parameters compared to preoperative ones in 20% of the test battery indicated POCD (Selnes et al. 2007). Early POCD was defined as cognitive decline by 7th to 10th day of hospital stay after CABG whereas long-term POCD was determined when present in 1 year after CABG.

#### *Statistical Analysis*

Statistica 6.0 (StatSoft, Tulsa, OK, USA) and «SPSS 17» (Statistical Package for the Social Sciences) statistical software packages were used. Quantitative clinical and demographic parameters as well as neuropsychological ones were presented as Me [Q25; Q75], intraoperative parameters and insulin doses were shown in the form of  $M \pm \sigma$ . Qualitative parameters were analysed using the Pearson  $\chi^2$  adjusted Yates test. To assess changes in average levels of the indicators the non-parametric Wilcoxon test was used. Significance levels

for analyses were set at 0.05. Regression analysis was used as binary logistic regression to select a group of factors predicting POCD development. The SPSS 17 statistical package was used to build a binary logistic model as well as module binary logistic regression, the stepwise Forward LR method (a step method for inclusion based on maximum similarity). Model adequacy checking was performed by estimating specificity and sensitivity values. Predictive model improvement was conducted using ROC-analysis. Comprehensive assessment of patients' adherence to treatment was carried out by constructing an integral index based on calculation of the Euclidean distance from the patient to the reference.

**Results.** At the first stage in selection of factors potentially affecting the neuropsychological status of patients with type 2 diabetes at one year after CABG, a group of indicators characterising the patient's adherence to treatment was analysed. This group of indicators included: the achievement of target values of glucose, HbA1c and blood lipid parameters (TC, LDL and HDL cholesterol, triglycerides) and blood pressure (BP) according to ESC / EAS Guidelines, 2011.

As can be seen from Table 2, patients with type 2 diabetes at one year after CABG showed significantly higher rates of HbA1c ( $p = 0.0009$ ), glucose ( $p = 0.0000$ ) compared to preoperative values. However, patients had a significant decrease in TC ( $p = 0.0002$ ), TG ( $p = 0.0001$ ), LDL cholesterol ( $p = 0.000000$ ) after one year, although their values were above target ones. A similar trend was observed in HDL cholesterol levels.

It was revealed that 80.8% ( $n = 42$ ) of the patients with type 2 diabetes at one year after the surgery did not achieve HbA1c targets and 88.5% ( $n = 46$ ) – had fasting glycaemia. In analysis of lipid metabolism parameters, it was found that 82.6% ( $n = 43$ ) patients had plasma OX concentration above target values, 76.9% ( $n = 40$ ) - TG, 86.5% ( $n = 45$ ) – had HDL cholesterol, and 88.8% ( $n = 46$ ) - LDL cholesterol. However, BP target values reached 83.7% ( $n = 43$ ). Patients with type 2 diabetes at one year after the surgery continued to smoke in 61.5% ( $n = 32$ ) of cases. Only 88.4% ( $n = 46$  patients) were treated by the 4-component treatment scheme. The body mass of 74% patients ( $n = 40$ ) did not reduce to normal.

At the next stage of the study, comprehensive assessment of patient adherence to treatment was carried out. Patient adherence to treatment was provided in the form of an integral index, which took into account contributions of all its constituent parts. Of course, these factors make different contribution to development of long-term POCD in patients with type 2 diabetes. Therefore, we assessed the contribution of each parameter in long-term POCD development. In the first phase, values of all indicators characterising patient adherence to treatment (concentration of HbA1c, glucose, TC, HDL, LDL and triglycerides, as well as weight loss, the fact of smoking, blood pressure and adherence to the 4-component treatment scheme) were transferred in the range from 0 to 1 using

the method of standardisation relevant algorithms (Kolesnikov et al., 2013). This ranking reflects closeness of the index to the target value. If the level indicator of the test is lower than or equal to the target, it is assigned a value of 1. The more the indicator value was different from the target value the closer it was to 0. When indicator values were converted, a comparison between mean values was made in groups of patients with and without long-term POCD. Index with lower significance of differences (p) received a greater weight in the comprehensive assessment. To construct an integral index for each patient, his or her overall score was presented as a point in the k-dimensional space. A virtual reference patient was introduced, i.e., a hypothetical patient with the best possible value of adherence to treatment which reached target values in all components. For each patient, the distance (R<sub>i</sub>) to the reference patient was estimated according to the formula:

$$R_i = \sqrt{\sum_{j=1}^k \omega_j (1 - x_{ij})^2} ,$$

where:  $\omega_j$  equals weight of the j-th factor, 1 is a reference coordinate of the patient,  $x_{ij}$  is the converted value of the j-th component of the i-th patient. In this case, the smaller the R<sub>i</sub> index value was, the closer the patient was to the reference patient and thus the better adherence was there. Therefore, the patient's adherence to treatment (Priv) was assessed by the formula:

$$Priv_i = 1 - \sqrt{\sum_{j=1}^k \omega_j (1 - x_{ij})^2} .$$

In addition to the adherence to treatment index, such a factor as CA atherosclerosis progression was taken into account. Progression of CA atherosclerosis was suggested if the control duplex scanning at one year after CABG revealed a transition from one degree of stenosis into the other in accordance with the classification (Engl, & Med, 1991; European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group, 1991). Stenosis degree progression was observed in 39 (25%) patients with type 2 diabetes.

Table 3

**Coefficients regression**

Factors	B	S.E.	Wald	Sig	Exp(B)
Adherence to treatment (X1)	-1.501	0.74	4.114	0.042	0.222
Trait anxiety (X2)	-0.067	0.032	4.383	0.036	0.935
CA stenosis progression (X3)	-0.683	0.341	4.01	0.045	0.505
Constant	4.153	2.637	2.481	0.115	63.634

Subsequently, a multivariate POCD probability analysis at one year after CABG for patients with type 2 diabetes was conducted. Factors selected as increasing the

probability of long-term POCD development were the integral index of adherence to treatment, the presence of MCI before the surgery, the development of early POCD, the value of 1 year left ventricular ejection fraction, trait anxiety as well as CA stenosis progression. Regression analysis identified significant factors influencing development of long-term POCD: the integral index of adherence to treatment, trait anxiety and CA stenosis progression. As presented in Table 3, high level of adherence to treatment (X1), low value of trait anxiety (X2) and no progression in CA stenosis (X3) reduced the probability of long-term POCD development in patients with type 2 diabetes at one year after CABG.

Using the values of prognostic factors (X1, X2, X3) and regression coefficients presented in Table 3, the probability of POCD (P) may be calculated for each patient by the following formula:

$$P(Y = 1 / X1, X2, X3) = \frac{1}{1 + e^{-(4,153 - 1,501 \cdot X1 + 0,067 \cdot X2 + 0,683 \cdot X3)}} \cdot$$

Quality assessment of the predictive model was carried out by analysing the classification matrix that evaluates the percentage of correctly classified patients with type 2 diabetes in groups with and without POCD. Analysis of the results are presented in Table 4.

Table 4

#### Analysis of the study results

Observed values		Predicted values		
		Long-term POCD, n		The percentage of correct classification (%)
		no	yes	
Long-term POCD	no	6	14	30
	yes	6	23	79.3

In order to improve the predictive ability of the model determining POCD in patients with type 2 diabetes ROC-analysis was performed. Changing the classification threshold from 0.5 to 0.56 (the forecast is favourable, if the calculated probability is less than 0.56) improved the quality classification: the sensitivity of the model was - 0.7; specificity - 0.55; area under the curve AUC - 0.651 (95% confidence interval - 0.497 - 0.804), indicating that the good quality of the model.

Thus, the presence of stenosis progression, high and low LT integral indicator of adherence to treatment in patients with type 2 diabetes makes it possible to predict the presence of long-term POCD at one year after CABG with high probability.

**Discussion.** The data obtained in this study have shown that the development of long-term POCD in patients with type 2 diabetes is influenced by the level of radiation therapy, CA stenosis progression within a year after surgery and patient adherence to treatment estimated at one year after the surgery.

Adherence to treatment evaluated in patients at one year after surgery is an important factor in determining the development of long-term POCD in patients with type 2 diabetes. The results were confirmed in previous studies which proved the importance of adherence to treatment to patients with cardiovascular disease to reduce disease progression and risk of complications, including patients with CABG. Thus, Hall S.L. and co-workers emphasise in their work that a low level of commitment to implementation of doctors' appointments prevents achievement of success in the treatment (Hall, & Lorenc, 2010). Bokeria L.A. and colleagues showed that, in most cases, causes of early readmissions after CABG are due to the failure to comply with the doctor's recommendations (Bokerija et al., 2008). In another study (REACH), it has been shown that lack of compliance with recommendations of the doctor by patients undergoing CABG was associated with a twofold increase in the risk of myocardial infarction and death within 1 year (Mehta et al., 2008).

Attention is drawn to the fact that target lipid metabolism was not achieved in the studied group, although 84% of patients complied with the 4-component treatment regimen. In the previous work, it had been shown that, despite the increase in the number of patients following recommendations on the use of drugs, the number of patients effectively controlling measurable factors of cardio - vascular risk was extremely low (Pomeshkina et al., 2013). Probably one of reasons could be lack of adequate cardiac medication doses or their delayed correction. Particularly urgent is the problem of adherence to treatment in patients with coronary heart disease combined with diabetes type 2, where in addition to commitment to cardiac drugs, no less important is the aspect of glucose-lowering drug intake compliance. Thus, the present study has shown that the higher the patient's adherence to treatment is, the lower the probability of long-term POCD development is in patients with type 2 diabetes who undergo CABG under CPB.

Another factor determining development of long-term POCD in patients with diabetes was the degree of stenosis progression. The presence of CA stenotic lesions is not only a risk factor in cerebrovascular diseases, but is regarded as an independent predictor of sudden cardiac death (Alga et al., 2003). It is possible to assume that progression of stenosis within one year after the surgery reduces stability of adaptive mechanisms of brain ischemia exacerbating cognitive deficits in these patients. On one hand, the reason for this may be still in the patient's lipid metabolism, on the other – provoked by surgical trauma activation of vascular wall inflammation. It has been shown previously that a high level of postoperative inflammation, estimated concentration of C-reactive protein and pro-inflammatory interleukin plasma contributes to destabilisation of existing atherosclerotic plaques, their rapid progression and formation of stenosis de-novo (Kuharchuk, 2007). The prognostic role of CRP in non-coronary atherosclerosis progression in CAD patients within one year after CABG was also demonstrated in another study (Bajrakova et al., 2013).

In addition, a high level of trait anxiety has been proved to be a significant factor in long-term POCD development in patients with type 2 diabetes. It is known that one of the reasons for postoperative cognitive status deterioration may be particularly the patient's psycho-emotional sphere. Therefore, Stroobant N. and others have shown that preoperative mental pathology is an independent predictor of adverse clinical prognosis of postoperative CABG (Stroobant, & Vingerhoets, 2008). As it is known, trait anxiety is a stable individual characteristic. Absence of significant changes in the trait anxiety level within one year after CABG confirms this fact. Moreover, this study shows that trait anxiety is a significant factor in long-term POCD. It is important that early POCD was not significant for long-term POCD development. We assume that the degree of carbohydrate and lipid metabolism and blood pressure compensation in the postoperative period is more important for long-term POCD development in patients with type 2 diabetes than early POCD. The factors conducing to POCD in the long-term postoperative period discussed in this study are closely interrelated. Psycho-emotional disorders including high trait anxiety can contribute to poor treatment adherence. It may lead to progression of the disease, particularly CA atherosclerosis.

The data obtained in this study may serve as a basis for development of prevention programmes against long-term POCD in patients with type 2 diabetes that undergo on-pump CABG. This prevention programmes should contain measures improving patient adherence to medication and non-drug therapy, optimisation of mental and emotional status.

**Conclusion.** The presence of CA stenosis progression at one year after CABG, a high-level trait anxiety and a low integral index of adherence to treatment estimated at one year after the surgery increases the probability of long-term POCD after on-pump CABG in CAD patients with type 2 diabetes.

## References

1. Algra A., Gates P.C., Fox A.J., Hachinski V., Barnett H.J. Side of brain infarction and long-term risk of sudden death in patients with symptomatic carotid disease // *Stroke*. 2003. Vol. 34, № 12. P. 2871-2875. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000099964.34430.2D>
2. Bajrakova Ju.V., Bazdyrev E.D., Kazachek Ja.V., Kalichenko N.A., Bezdenezhnyh N.A., Gruzdeva O.V., Ivanov S.V., Barbarash O.L. Prognostic role of C-reactive protein in the progression of atherosclerosis in a year after coronary artery bypass grafting // *Kardiologija*. 2013. № 6. P. 40-45. (in Russian)
3. Bokerija L.A., Kamchatnov P.R., Kljuchnikov I.V., Alavverdjan A.G., Gusev E.I. Cerebrovascular disorders in patients with coronary artery bypass grafting // *Zhurnal Nevrologii i Psihatrii im. S.S. Korsakova*. 2008. № 3. P. 90-94. (in Russian)
4. Bunatjan A.A., Trekova N.A. Guide of cardioanesthesiology. Moscow: MIA, 2008. 688 p. (in Russian)
5. Dedov I.I., Shestakov M.V. Algorithms for specialized medical care to patients with diabetes. Moscow, 2007. 56 p. (in Russian)
6. Engl N., Med J. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic

patients with high-grade carotid stenosis // *New England Journal of Medicine*. 1991. Vol. 325, № 7. P. 445-453. doi: 10.1056/NEJM199108153250701

7. Engl N., Med J. Comparison of coronary bypass surgery with angioplasty in patients with multivessel disease: the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) investigators // *New England Journal of Medicine*. 1996. Vol. 335, № 4. P. 217-225.

8. Hall S.L., Lorenc T. Secondary prevention of coronary artery disease // *American family physician*. 2010. Vol. 81, № 3. P. 289-296.

9. Kapur A., Hall R.J., Malik I.S., Qureshi A.C., Butts J., de Belder M. et al. Randomized comparison of percutaneous coronary intervention with coronary artery bypass grafting in diabetic patients: 1-year results of the CARD ia (Coronary Artery Revascularization in Diabetes) trial // *Journal of the American College of Cardiology*. 2010. Vol. 55, № 5. P. 432-440. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.10.014>

10. Kolesnikov A.O., Kuvshinov D.Ju., Barbarash N.A., Kagan E.S. Integrated assessment of neurodynamic parameters of teenagers [Electronic resource] // *Sovremennyye problem nauki i obrazovaniya*. 2013. № 2. URL: [www.science-education.ru/108-8618](http://www.science-education.ru/108-8618) (date of access: 17.02.2018). (in Russian)

11. Kuharchuk V.V. Etiology and pathogenesis of atherosclerosis // *Guidelines for atherosclerosis and coronary heart disease*. M.: Media Medika, 2007. P. 21-29. (in Russian)

12. Levin O.S. Algorithms for the diagnosis and treatment of dementia. M.: «Medpress-inform», 2011. 185 p. (in Russian)

13. Mehta R.H., Bhatt D.L., Steg P.G., Goto S., Hirsch A.T., Liao C.S. et al. Modifiable risk factors control and its relationship with 1 year outcomes after coronary artery bypass surgery: insights from the REACH registry // *European Heart Journal*. 2008. Vol. 29, № 24. P. 3052-3060. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn478>

14. Petersen R.C. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity // *Journal of Internal Medicine*. 2004. Vol. 256, № 3. P. 183-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>

15. Pomeschkina S.A., Borovik I.V., Krupjanko E.V., Zavyrylina I.N., Barbarash O.L. Adherence to pharmacotherapy in patients with ischemic heart disease undergoing coronary artery bypass grafting // *Sibirskij Medicinskij Zhurnal (Tomsk)*. 2013. Vol. 28, № 4. P. 71-76. (in Russian)

16. Selnes O.A., Grega M.A., Bailey M.M., Pham L., Zeger S., Baumgartner W.A., McKhann G.M. Neurocognitive outcomes 3 years after coronary artery bypass graft surgery: a controlled study // *The Annals of Thoracic Surgery*. 2007. Vol. 84, № 6. P. 1885-1896. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2007.06.054>

17. Shrader N.I., Vasenina E.E., Shajbakova V.L., Levin O.S. Predictors of neurological complications in patients undergoing coronary artery bypass grafting // *Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2013. № 7. P. 90-97. (in Russian)

18. Stroobant N., Vingerhoets G. Depression, anxiety, and neuropsychological performance in coronary artery bypass graft patients: a follow-up study // *Psychosomatics*. 2008. Vol. 49, № 4. P. 326-331. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.4.326>

19. Trubnikova O.A., Tarasova I.V., Mamontov A.S., Syrov I.D., Maleva O.V., Barbarash O.L. Structure and dynamics of cognitive impairment in brain bioelectrical activity in patients after direct myocardial revascularization // *Rossijskij Kardiologicheskij Zhurnal*. 2014. № 8(112). P. 38-42. (in Russian)

20. Warlow C. MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis // *The Lancet*. 1991. Vol. 337, № 8752. P. 1235-1243. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)92916-P](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)92916-P)

## PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF STUDENTS IN VARIOUS EDUCATIONAL TRAJECTORIES

A. Zakharova, G. Dulina

*Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia*

**Abstract.** The article deals with psychological aspects of the problem of human well-being in modern conditions. Based on the analysis of scientific sources, it was concluded that the study of subjective economic well-being should become an important direction for studying psychological well-being at the present time. Taking into account the cross-cultural context, we focus attention on such groups as the youth of 16-17 years. We study the psychological characteristics of the well-being of students - senior pupils in the context of their search for effective strategies for adapting to changing social roles and status, and the perception of opportunities for achieving psychological well-being in a changing socio-economic environment. The chosen research approach was aimed at studying such components of psychological well-being of students as: subjective economic well-being, perception of their personal competitiveness, peculiarities of religiosity and coping strategies and was conducted in socio-cultural conditions of the Cheboksary city, Chuvash Republic, Russian Federation. The study involved 105 young people (age of respondents  $17 \pm 0.51$ ). The study showed the existence of interrelationships of psychological well-being (indicators of subjective economic well-being, present and prospective future), perception of their personal competitiveness and dominant coping strategies and indicators of individual religiosity in students. Significant interrelations were revealed between the integral index of subjective economic well-being and a generalised assessment of the present and future material life, self-assessment of personal competitiveness, as well as coping strategies, including those of "seeking social support" and "solving problems". Students who have more favorable subjective economic well-being highly appreciate their ability to be successful in modern conditions, achieve their goals even in a competitive environment, rely on active behavioral problem-solving strategies and strategies for finding social support.

**Keywords:** psychological well-being, subjective economic well-being, personal competitiveness, religiosity, coping strategies, schoolchildren.

**Relevance.** Modern Russian society is in the process of significant socio-economic, socio-cultural transformational changes, the creation of qualitatively new economic conditions for life, the formation of fundamentally new social relations. Since the transition from one socio-economic system to another is always associated with great difficulties, the problems that arise while this period can not but affect the psychological well-being of the person. The

subjective perception of well-being and unhappiness reflects these changes and is, on the one hand, a serious indicator of the country's economic and political development, and on the other, a factor that largely determines human behavior in the field of politics and the economy.

The problem of the well-being of the individual is one of the fundamental problems in many scientific disciplines, but recently this subject has become increasingly the subject of attention of psychologists. In the foreign psychology of the individual, studies of psychological well-being have been intensified since the second half of the 20th century. In addition to developing the methodological apparatus of research proper, special attention was paid to changes in the level of psychological well-being in connection with social, cross-cultural conditions, urbanisation, religiosity, and other factors (Bradburn, Diener, Hermalin, Kenny, Ryan, Deci, Ryff, Waterman, Zomer).

In the domestic psychology, the subjective approach to the study of well-being, the search for the relationship of psychological well-being with various personality traits (meaningfulness of life, meaningful orientations, life strategies, the sovereignty of psychological space, etc.) is of particular importance for scientists. The influence of various objective and subjective factors on the psychological well-being of the individual is shown by different authors (A.V. Baranova, T.V. Beskova, M.V. Buchatskaya, A.V. Voronina, T.O. Gordeeva, I.A. Dzhidaryan, O.A. Idobayeva, A.E. Sozontov, E.A. Uglanova, P.P. Fesenko, N.P. Fetiskin, R.M. Shamionov, T.D. Shevelenkova, O.S. Shiryayeva, and others). The authors have accumulated considerable empirical material on the study of various aspects and the de-terminator of psychological well-being.

From the point of view of T.D. Shevelenkova, P.P. Fesenko (Shevelenkova, Fesenko, 2005), psycho-psychological well-being is an integral indicator of the degree of a person's orientation to the realisation of the main components of positive functioning, and also the degree of realisation of this orientation, subjectively expressed in a sense of happiness, self-satisfaction and own life.

One of the promising areas to explore psychological well-being is the study of its relationship with the religiosity of the individual. Religion as a social phenomenon functions in the form of beliefs and practical actions to which, as psychologists have proved, people turn when they use their own forces in the struggle for their existence in the conditions of their complex reality, unable to solve their daily problems by their own efforts (Krysko, 2006).

Traditionally, religiosity is regarded as one of the resources of the resistance of the individual to negative life situations, a significant personal resource, a refuge for comfort, stability and strength, hope for the best. For example, religiousness and social support are important personal resources in the fight against illness (Nikolaev, Lazareva, 2014; Dunaeva, 2012).

As a result of the research, M.N. Semenova (Semenova, 2014) found differences in the relationship between the components of psychological well-being, religious orientations and religious beliefs in men and women during

adulthood. T.V. Beskova (Beskova, 2015) considered the correlation between psychological well-being and morality and religiousness of the individual. It was revealed that certain components of morality and religiosity affect the feeling of psychological well-being or disadvantage of the individual.

Also, in our opinion, in modern conditions important and promising are the scientific problems connected with the study of subjective economic well-being, which has been actively developed recently thanks to the research of V.A. Khaschenko. In the concept of V.A. Khaschenko (Khaschenko, 2011) subjective economic welfare is defined as an integral psychological indicator of a person's life, expressing a person's attitude to his actual and future material well-being and is an essential element of the subjective well-being of a person. In author's studies (V.A. Khaschenko, 2015) he shows that the cumulative influence of the objective characteristics of an individual (age, level and type of education, marital status, type of household) on the subjective economic well-being of representatives of active working age is not so significant. It is non-linear in nature due to its mediation by the general level and type of subjective well-being of a person, the stage of the person's life cycle. The most significant predictors of economic well-being are the factors of sex and the presence of children.

It should be noted that in studies of the subjective well-being of the individual, the cross-cultural context plays an important role. R. Fisher (Fisher, 2012), stresses the need for greater involvement of cross-cultural psychologists in the study of well-being. Dontsov A.I. with co-authors (Dontsov, Pereylygina, Rickel, 2016) on the basis of a theoretical and analytical review of the subjective and objective welfare issues, states that the basic inference is the thesis of the nonlinearity of this relationship and the crucial role of culture and the social context as mediating factors that influence "Refraction" of subjective well-being in the context of the objective one. Shamionov R.M. (Shamionov, 2014) cites data on the features of subjective welfare conditioned by the ethnopsychological status of the individual and the nature of interethnic relationships, making a conclusion about the high social, scientific, theoretical and practical importance of ethnopsychological studies of subjective well-being in Russia.

An actual and little-disclosed problem, in our opinion, is currently the study of the psychological characteristics of the well-being of older learners, the period of early adolescence. Meanwhile, as noted Burmikina I.V. (Burmikina I.V., 2000), the peculiarity of this age and social period is that this is the final stage in the formation of the personality in childhood, the primary socialisation, the transition to the adulthood world that opens before the graduates, where society will be to see in them independent subjects of various kinds of activity. There are changes in the structure of the life of a young man, causing the need for significant personal restructuring. The importance of this period is that those who do not have the necessary potential to some extent can become disadapted persons of a society who are not able to adjust normally to the changing life conditions.

This topic is considered by us in the context of students' search for effective strategies for adapting to changing the social role and status, the perception of their well-being and personal competitiveness in a changing socio-economic environment.

Subjective perception of their psychological well-being in the time perspective, expectations and confidence in a favorable future in the field of professional life are close in their orientation to the content side of research on personal competitiveness. A number of works were devoted to the problem of the psychology of schoolchildren and students personal competitiveness in the socio-cultural conditions of the Chuvash Republic (Aleksandrov, Zakharova, Nikolaev, 2015, Aleksandrov, Zakharova, Nikolaev, 2016; Zakharova, Dulina, 2016). For example, in one of the studies of student youth, it was revealed that more than two-thirds of future specialists are not confident in their future competitiveness. They do not appreciate their own economic future and changes in the system of economic expectations very high. Considering the data obtained in the context of the socio-cultural characteristics of the region, it should be noted that they, in general, correspond to the peculiarities of the regional mentality of the population of Chuvashia, which are determined by a high adherence to traditions, a certain rigidity of economic consciousness and behavior (Zakharova, 2011).

Based on the analysis of scientific sources, our research approach was aimed at studying such components of psychological well-being as: subjective economic well-being, perception of one's personal competitiveness, features of religiosity and coping strategies, and their interrelationships.

**Material and methods.** The research, conducted in socio-cultural conditions of the Cheboksary city, the Chuvash Republic, the Russian Federation, was devoted to the study of these indicators among the students.

The study involved 105 young people (age of respondents:  $17 \pm 0.51$ ) studying in different educational trajectories: 35 students of 11th grades of the gymnasium, which is included in the 500 best educational organisations of the Russian Federation and showed high educational results in 2014-2015 academic year (group 1); 35 students of the 11th grade of the secondary general education school (group 2); 35 students of the technical school (group 3). A total of 80% of respondents, who took part in the study, were males and 20% were females

Research methods were: the analysis of scientific sources, questioning, the method of mathematical and statistical data processing, psycho-diagnostic techniques, among which:

1. Test for determining the structure of individual religiosity (Myagkov, Shcherbatykh, Kravtsova, 1996).
2. Technique "Indicator of coping strategies" J. Amirkhan (Ilyin, 2004).
3. Methodology "Express diagnostics of personal competitiveness" (Fetiskin, Kozlov, Manuilov, 2002).
4. Questionnaire "Subjective economic well-being" V.A. Khaschenko Hashchenko.

The obtained data were processed by methods of mathematical-statistical analysis (relative values, single-factor analysis of variance, and correlation analysis).

**Results and Discussions.** The V.A. Khaschenko “Subjective economic prosperity” questionnaire makes it possible to measure subjective economic well-being, which is viewed as a relation of the individual to the material aspects of life and expresses the vital position in the sphere of material aspirations and consumption. The questionnaire includes several scales - economic optimism, the current well-being of the family, financial deprivation, adequacy of income, and economic anxiety (Khaschenko, 2011). Integral (general) index of subjective economic well-being is a complex indicator that includes measurement of subjective assessments of different aspects of personal material life.

A single-factor analysis of the results of the three groups revealed that there are significant differences in the methodology of “subjective economic well-being” between groups across all scales.

For all indicators, the average values for indices were lower for students studying at a specialised secondary educational institution (college).

Schoolchildren who study at the secondary school have a higher degree of economic optimism, reflecting an optimistic assessment of external and internal conditions for the growth of material well-being compared to other study groups

Students who study at a gymnasium have a higher degree of subjective adequacy of income for the overall needs and needs of individuals; evaluation of the family’s well-being, reflecting subjective assessments of the financial situation of their families. At the same time, they have higher than average pupils studying at the secondary school, averaged indicators of financial deprivation. They are more deprived of money; also indicators of economic anxiety and concern which reflect degree of a financial stress are higher at them. Despite the presence of a certain share of economic anxiety and concern, the overall level of subjective economic well-being, as an integral psychological indicator of a person’s life, expressing the person’s attitude to his active and future material well-being was the highest among all in this group of students.

Above all, the personal competitiveness, i.e. the ability to achieve high results in the current socio-economic conditions, in a highly competitive environment, was rated by schoolchildren of Group 1 - Students of 11th grades of the gymnasium ( $14.85 \pm 8.12$ ). But among them there were the majority of students who, in spite of high educational indicators, assessed their personal competitiveness at the middle and low levels. On the second place there were schoolchildren of group 2 - students of the secondary general school ( $13.4 \pm 7.81$ ). On the third place there were college students ( $10 \pm 7.85$ ).

One-way analysis of the results of the three groups revealed that, according to the indicator of personal competitiveness, there were significant differences between groups ( $p \leq 0.05$ ).

In the conditions of a multipolar world in a country characterised by multi-confessionality and polyethnicity, the inclusion in the analysis of psychological factors of the specific features of the Russian population religiosity acquires special significance. From the data obtained by various groups of researchers, the number of people with greater or lesser confidence relating themselves to believers during the 1990s increased, and by the end of the century it was 70 - 74% of the adult population of the country (Garadja, 2007). The survey data on the religiosity of modern Russians showed that only 25% of respondents did not consider themselves to be religious. According to the general indicators of religiosity, which include students' answers to questions about the existence of God, the importance of religion in their lives and the existence of religion, Russian schoolchildren took the middle position among a number of European countries (Kozyrev, Valk, 2009; Kozyrev, 2012).

The study showed that the highest level of individual religiosity according to "The structure of individual religiosity" questionnaire in the sample as a whole ( $M \pm \sigma$ ) ( $5.62 \pm 2.44$ ) was shown on a scale reflecting the tendency to treat religion as Philosophical concept (epistemological roots of religion). This trend is most clearly manifested in group 1 (studying in the gymnasium) ( $5.83 \pm 2.49$ ), in the second place ( $5.43 \pm 2.64$ ) there is the tendency to view religion as a source of support and consolation. This indicator is also higher for schoolchildren studying in the gymnasium.

Below are expressions of individual religiosity according to the "External signs of religiosity" scales ( $4.99 \pm 3.13$ ) and "belief in the creator and recognition of the existence of a higher power" ( $4.93 \pm 2.94$ ). Such students are entrusted to the existence of some higher power and they have external signs of religiosity: they seek to conform to the norms of religious belief with the help of external religious attributes, celebrate religious holidays, but they do not attend church regularly, they do not observe fasts.

Of all the components of individual religiosity, the least inclined are those related to manifestations of the existence of religious self-awareness ( $3.52 \pm 3.08$ ), the need for believing, the perception of religion as an example of moral norms of behavior, the identification of religion and magic.

A single-factor analysis of the variance of the individual religiosity in the groups examined showed no statistically significant differences between them.

Achieving high results in the current socio-economic situation is largely due to the effective resolution of problems. Studies in the socio-cultural conditions of Chuvashia indicate the prevalence of active problem-solving strategies and strategies aimed at seeking social support over passive avoidance strategies in a healthy population (Nikolaev, Afanasyev, 2004).

A single-factor analysis of the results using the method of "Indicator of coping strategies" by J. Amirkhan in the groups examined showed the presence of statistically significant differences between them at a high level of importance on the scale "Search for social support" ( $p \leq 0.05$ ).

The dominant coping strategy ( $23.64 \pm 4.28$ ) was for the trainees a problem-solving strategy - an active behavioral strategy in which a person tries to use all available personal resources for searching of possible ways of an efficient solution, has proved to be most inherent in each of the three groups of learners. Comparative analysis showed that this strategy is most often used by students of the secondary general education school (group 2) ( $24.54 \pm 3.98$ ), then group 1 ( $24.08 \pm 4.53$ ) and group 3 ( $22.28 \pm 4.06$ ).

For each of the groups (the total for the sample is  $21.50 \pm 4.97$ ) the strategy of finding social support was in the second place, i.e. active behavioral strategy, in which a person for effective resolution of the problem turns for help and support to his environment. Of all groups, this strategy is most common among gymnasium students (group 1) ( $23.2 \pm 4.86$ ), then group 2 ( $21.25 \pm 5.39$ ), and other college students least rely on the help of family and friends ( $20.02 \pm 4.16$ ).

The avoidance strategy was in the third place for young people who took part in the study (total sample of  $19.89 \pm 3.94$ ). This behavioral strategy is characterised by avoidance of problems and avoidance of contact with the surrounding reality. And as problem avoidance, illness or use of alcohol and drugs can be used. Comparative analysis revealed that this strategy is more often used by students of a secondary school (group 2).

In connection with our research approach, we were interested in the interrelationship between psychological well-being, personal competitiveness and religious characteristics of students, and their coping strategies.

The mathematical and statistical analysis of the results of the study included also the Pearson's Correlation Analysis.

Correlation analysis revealed a significant interrelation between the integral (general) index of subjective economic well-being, measuring the subjective assessment of material life, and self-assessment of personal competitiveness ( $r = 0.23, p \leq 0.05$ ). Students who have more favorable subjective economic well-being highly appreciate their ability to be successful in the current conditions, to achieve their goals even in a competitive environment.

Positive relationships between the integral (general) index of subjective economic well-being and coping strategies of "solving problems" ( $r = 0.21, p \leq 0.05$ ), "social support search" ( $r = 0.26, p \leq 0.01$ ), and with such an indicator of individual religiosity as "external signs of religiosity" ( $r = 0.26, p \leq 0.01$ ) were also revealed.

Such a component of subjective economic prosperity as the IEO, which is an indicator of economic optimism and confidence, has a significant relationship with the self-assessment of personal competitiveness ( $r = 0.23, p \leq 0.05$ ), "solving the problem" coping strategies ( $r = 0.29, p \leq 0.01$ ) and "search for social support" ( $r = 0.32, p \leq 0.01$ ). Students are optimistic about the external and internal conditions of growth of material goods, and perceive themselves as more competitive personality. Optimistic perception of their material present

and future is based on the social support of their environment, on the confidence in their ability to solve problems.

The index of economic optimism and confidence has a significant correlation with such indicators of individual religiosity as “search for support and comfort in religion” ( $r = 0.21$ ,  $p \leq 0.05$ ) and “extraneous signs of religiosity” ( $r = 0.21$ ,  $p \leq 0.05$ ), with no more significant relationships with any components of the individual religiosity.

The study showed that the IFD - index of financial deprivations and IEA – the index of economic anxiety, reflecting the degree of lack of material interest, do not have significant interrelations with the characteristics studied (personal competitiveness, indicators of individual religiosity, and coping strategies).

The analysis of the relationship between the perception of their personal competitiveness and the indicators of individual religiosity was carried out. We revealed significant positive relationships between personal competitiveness and the “the tendency to seek support and consolation in religion” scale ( $r = 0.31$ ,  $p \leq 0.01$ ), the “ratio of the subject to Religion as a model of moral norms of behavior” scale ( $r = 0.26$ ,  $p \leq 0.01$ ) and the scale of “presence of religious identity and need for belief” ( $r = 0.22$ ,  $p \leq 0.05$ ). It is possible that for students, religion is one of the means of protecting the individual, helping in overcoming difficult life situations and achieving high results.

The analysis of the relationship between the perception of their personal competitiveness and dominant coping strategies revealed significant positive relationships between personal competitiveness and such coping strategy as a “problem solving strategy” ( $r = 0.27$ ,  $p \leq 0.01$ ). Thus, self-esteem, the possibility of achieving high results in training and future professional activities are not related to avoiding problems, but are aimed at their solution.

Conclusion. The article deals with the psychological aspects of well-being of the individual in the current socio-economic conditions. Based on the analysis of scientific sources it was concluded that the study of subjective economic well-being should be an important direction in the study of psychological well-being; and considering cross-cultural context, it is necessary to focus on such group of people, as youth of 16-17 years.

We examine the psychological characteristics of the well-being of high school students in the context of their search for effective strategies for adaptation to changing the social role and status and the perception of opportunities for achieving prosperity in changing socio-economic conditions. The chosen research approach was aimed at studying such components of psychological well-being of students as: subjective economic well-being, perception of their personal competitiveness, peculiarities of religiosity and coping strategies and was conducted in the socio-cultural conditions of the Cheboksary city, Chuvash Republic, Russian Federation. The study involved 105 young people (age of respondents  $17 \pm 0.51$ ), studying in various educational trajectories.

The study showed the existence of interrelationships of psychological well-being (indicators of subjective economic well-being, present and prospective future), perception of their personal competitiveness and dominant coping strategies and indicators of individual religiosity in students.

An analysis of the results of young people aged 16-17 studying in various educational trajectories revealed that there are significant differences between groups in terms of indicators of subjective economic well-being, personal competitiveness, and coping strategies. According to the psychological features of religiosity, there were no significant differences between the groups.

The subjective economic wellbeing which is the important psychosocial characteristic of the person as the subject of economic activity reflects not only the level of perception and assessment of actual wellbeing and welfare, but also economic expectations. Achievement of wellbeing in the future in general was the most highly estimated factor for school students who studied in a gymnasium, despite existence of a particular share of economic alarm and concern. For all indicators, the average values for indices were lower for students attending college. Schoolchildren of the secondary school had a higher degree of economic optimism, reflecting an optimistic assessment of external and internal conditions of growth in material well-being compared to other groups studied.

Significant interrelations were found between the integral index of subjective economic prosperity and a generalised assessment of current and future material life, a self-assessment of personal competitiveness, as well as coping strategies such as “seeking social support”, “solving problems”. Students who have more favorable subjective economic well-being highly appreciate their ability to be successful in modern conditions, achieve their goals even in a competitive environment, and rely on active behavioral problem-solving strategies and strategies for finding social support.

Based on the results of the study, the students are provided with recommendations on psycho-psychological work for the development of psychological well-being and personal competitiveness in three areas - educational, training and consulting.

## References

1. Aleksandrov A.Ju., Zaharova A.N., Nikolaev E.L. Formirovanie lichnostnoj konkurentosposobnosti budushhego professionala v usloviyah klassicheskogo universiteta // Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya. Ser. Pedagogika i psihologiya : sb. statej. Jalta.: RIO GPA, 2016. Vyp. 51, Ch.5. P.480–486.
2. Beskova T.V. Sootnoshenie psihologicheskogo blagopoluchija s nravstvennost'ju i religi-oznost'ju lichnosti // Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. 2015. № 4. P. 1-9. (in Russian)
3. Burmykina I.V. Social'naja adaptacija shkol'noj molodezhi v transformirujushhemsja ob-shhestve : avtoref. diss. ... sociol. nauk. Lipeck, 2000.
4. Garadzha V.I. Dinamika religioznosti v Rossii v XX - nachale XXI v. // Sociologija religii. M., 2007.

5. Doncov A.I., Perelygina E.B., Rikel' A.M. Ob'ektivnoe i sub'ektivnoe blagopoluchie: dva podhoda k issleduemoj probleme // *Voprosy psihologii*. 2016. № 5. P. 1-14. (in Russian)
6. Dunaeva N.I. Religioznost' kak social'nyj faktor pri soprotivljaemosti lichnosti negativnym zhiznennym situacijam // *Mir nauki, kul'tury, obrazovanija*. 2012. № 1. P. 73-75.
7. Zaharova A.N. Jekonomicheskiy mentalitet v strukture rossijskoj polimental'nosti. monografija. Cheboksary: Izd-vo Chuvash. un-ta, 2011. 336 p.
8. Zaharova A.N., Dulina G.S. Psihologija lichnostnoj konkurentosposobnosti obuchajushhih-sja kak aktual'naja social'no-psihologicheskaja problema // *Problemy sovremennoho pedagogicheskogo obrazovanija*. 2016. № 51-4. P. 416-422.
9. Il'in E.P. Psihologija individual'nyh razlichij. SPb.: Piter, 2004. P. 554-556.
10. Kozyrev F.N. Religioznye vozzrenija shkol'nikov Evropy i Sankt-Peterburga po dan-nym mezhdunarodnogo issledovanija REDCo // *Vestnik RHGA*. 2012. № 1. P.199-206.
11. Krysko V.G. Social'naja psihologija. 3-e izd. M.: Omega-L, 2006. 271 p. (Biblioteka vysshej shkoly).
12. Mjagkov I.F., Shherbatyh Ju.V., Kravcova M.S. Psihologicheskij analiz urovnja individual'noj religioznosti // *Psihologicheskij zhurnal*. 1996. Vol. 17, № 6. P. 119–122.
13. Nikolaev E.L., Afanas'ev I.N. Jepoha i jetnos: Problemy zdorov'ja lichnosti. Cheboksary: Izd-vo Chuvash. un-ta, 2004. 268 p.
14. Semenova M.N. Psihologicheskoe blagopoluchie i religioznaja orientacija lichnosti v period vzroslosti // *Diskussija*. 2014. № 3. P. 104-110.
15. Nikolaev E.L., Lazareva E.Ju. Religioznost' i social'naja podderzhka u bol'nyh s hronicheskimi serdechno-sosudistymi zabolevanijami // *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn*. 2014. № 3(26). URL: <http://mprj.ru> (data obrashhenija: 1.03. 2015).
16. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manujlov G.M. Jekspress-diagnostika lichnostnoj konkurentosposobnosti // *Social'no-psihologicheskaja diagnostika razvitiya lichnosti i malyh grupp*. M.: Izd-vo Instituta Psihoterapii, 2002. P.113-114.
17. Fisher R. Prikladnaja kross-kul'turnaja psihologija social'nyh izmenenij i razvitiya obshhestva: na primere issledovanija blagopoluchija i korrupcii // *Psihologija. Zhurnal Vyshej shkoly jekonomiki*. 2012. Vol. 9, № 1. P. 23-42.
18. Hashhenko V.A. Social'no-demograficheskie determinanty sub'ektivnogo jekonomicheskogo blagopoluchija // *Obrazovanie i samorazvitie*. 2015. № 3. P. 18-30.
19. Hashhenko V.A. Sub'ektivnoe jekonomicheskoe blagopoluchie i ego izmerenie: postroenie oprosnika i ego validizacija // *Jeksperimental'naja psihologija*. 2011. № 1. P. 106-127.
20. Cennosti: religioznost' [Electronic resource]. URL: <http://fom.ru/obshchestvo/10953> (date of access: 03.03.2015).
21. Shamionov R.M. Jetnokul'turnye faktory sub'ektivnogo blagopoluchija lichnosti // *Psihologicheskij zhurnal*. 2014. Vol. 35, № 4. P. 68-81.
22. Shevelenkova T.D., Fesenko P.P. Psihologicheskoe blagopoluchie lichnosti (obzor osnovnyh koncepcij i metodika issledovanija) // *Psihologicheskaja diagnostika*. 2005. № 3. P. 95-129.
23. Aleksandrov A.Y., Zakharova A.N., Nikolaev E.L. New challenges in engineering education: Personal advancement for better marketability of future professionals // *Proceedings of 2015 International Conference on Interactive Collaborative Learning, ICL*. 2015. P. 452-454.
24. Kozyrev F., Valk P. Saint-Petersburg Students' Views about Religion in Education — Results of the Quantitative Survey // *Pille Valk, Gardien Bertram-Troost, Markus Friederici, Celine Beraud (Eds.) Teenagers' Perspectives on the Role of Religion in their Lives, Schools and Societies. A European Quantitative Study*. Muenster; New York; Munchen; Berlin: Waxmann, 2009. P. 311-349.

# THE EFFECT OF DIFFERENT PHYSIOTHERAPY METHODS ON SYMPTOMS OF DEPRESSION FOR PATIENTS WITH LUMBAR RADICULOPATHY

E. Valauskyte, G. Kavaliauskiene, J. Sucylaitė

*Department of Holistic Medicine, Faculty of Health Sciences,  
Klaipeda University, Klaipeda, Lithuania*

**Abstract.** The aim of the study was to evaluate the effect of different physiotherapy methods on symptoms of depression for patients with lumbar radiculopathy. Methods: The pain intensity of the lumbar spine was assessed using the VAS scale. We used a modified Schober test to determine the lumbar spine. The HAD scale was used to determine anxiety and depression. Results: after the physiotherapy in the hall and in the water, the intensity of the pain in the lumbar spine decreased, the incidence of anxiety and depression decreased in both groups. Conclusions: 1. Statistically significant differences were found between two groups in assessing the intensity of pain before and after the study ( $p < 0.05$ ); 2. In the evaluation of anxiety, this indicator decreased in both groups ( $p < 0.05$ ) after the study. And changes in symptoms of depression were obtained only after physiotherapy in water ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** lumbar radiculopathy, physiotherapy, depression, anxiety.

**Relevance.** Lower back pain is one of the most common problems in modern society (Lagersted-Olsen et al., 2016). The World Health Organization states that about 70-80% of people have experienced back pain at least once in their lives. In western countries, back disorders are steadily increasing (Ferreira et al., 2013). The acute pain becomes chronic and remains lifelong in one-fourth of the patients who suffer from lower back pain, Chronic lower back pain is also a socio-economic problem that is associated with rising healthcare costs, disability, incapacity, negative personal life and emotional changes (Costa et al., 2009; Paatelma et al., 2008). One of the most commonly occurring lower back disorders is lumbar radiculopathy. It encounters about 40 to 60% of people (Balagué et al., 2012). Due to long-term chronic pain, the production of hormone dopamine is reduced which may result in secondary depression (Wood et al., 2007), depression may eventually lead to physical or social disability and social exclusion (Watkins et al., 2016). One of the therapies is physiotherapy, the purpose of which is to restore or develop the proper technique of movement and reduce pain (Fransen, 2004). Regularly and systematically exercising, the human body releases more endorphins, and these chemicals block the nociceptors and fight the pain, improve the overall body's well-being. Although the focus

of treatment of depression is still on drugs and psychotherapy, scientists and medical professionals are increasingly claiming that regular physical exercises are needed to treat depression (Gerber et al., 2016).

The aim of the study was to evaluate the effect of two different physiotherapy methods on depression in the presence of lumbar spine radiculopathy.

**Materials and methods.** The study was carried out at the Plunge District Municipal Hospital, in the outpatient department of rehabilitation. The duration of the study was from 06.02.2017 to 02.02.2017. Ethical considerations: we got the official permission to conduct the research from the head of Plungė Hospital, consent for the study was received from the Bioethical Commission of the Department of Medical Education of Klaipėda University( ME-BK 02). Criteria for inclusion in the study: 1) clinical diagnosis - radiculopathy of the lumbar region (L1 - L5), 2) score 8 and more in Hospital Anxiety and Depression Scale, (HADS - Zigmond and Snaith, 1983, cited by Burkauskas, Bunevicius, 2013, p. 59); 3) pain in the lumbar spine lasts more than 12 weeks; 4) consent of the patient to participate in the study. The criteria were met by 22 from 35 patients - 15 women and 7 men. All patients were divided randomly into two groups of 11 people. The first group received physiotherapy in water, and the second one - physiotherapy in the hall. The subjects were aged between 39 and 65. A total of 9 procedures were performed, 3 times a week, with a duration of 30 - 35 minutes. The exercises began with warm-up exercises that lasted 5 to 7 minutes. Then the main part was performed, which lasted 25 - 27 minutes. During the session, exercises that strengthened the back, abdomen, thighs, pelvic floor muscles, as well as exercises, improving coordination, flexibility and balance were carried out. Large and small balls, weights, soft, unstable platforms, elastic rubber resistance were used in the physiotherapy hall. During physiotherapy in water we used water poles, weights, swimming boards. A positive emotional background was created by music. Prior to physiotherapy, an initial examination was performed consisting of: a) assessing the pain intensity of the lumbar spine by a Visual analog scale, from 0 to 10 points; weak pain corresponds to 1, 2, 3 pain points, average - 4, 5, strong - 6, 7, 8, unbearable - 9, 10; b) assessment of emotional status was examined by the Hospital Scale of Anxiety and Depression which is based on the scale of 14 questions, each of which has four response variants, correspondingly evaluated from 0 to 3 points. Seven questions are dedicated for identification symptoms of depression, and seven for anxiety symptoms. Valuation scores indicate severity of symptoms of depression or anxiety: 0 to 7 points - normal anxiety or mood; From 8 to 10 points - light; 11 to 14 points - moderate; And 15 to 21 points are severe symptoms of anxiety or depression.

**Results and their discussion.** Before the physiotherapy, the subjects in both groups considered the pain intensity to be strong. After the physiotherapy, the intensity of the lower back pain in both groups was statistically significantly reduced (Table 1).

**Changes in pain, anxiety and depression  
in both groups before and after physiotherapy**

	Group I		P	Group II		p
	Before physiotherapy	After physiotherapy		Before physiotherapy	After physiotherapy	
Pain	5.64	3.55	P<0.05	6.36	3.73	P<0.05
Anxiety	11.45	10.18	P<0.05	9.91	8.27	P<0,05
Depression	11.27	8.64	P<0.05	12.58	10.12	P<0.05

Statistically significant correlations were found between patient's with radiculopathy, pain intensity and anxiety and depression ( $r = 0.6$ ;  $p < 0.05$ ). Before physiotherapy, even 63% of the subjects with moderate anxiety and depression were identified. In both groups, the evaluation of anxiety rates after physiotherapy was statistically significantly reduced but there was no statistically significant difference between the groups.

In the evaluation of depression, statistically significant changes were detected in the first group of subjects who received physiotherapy in water.

**Discussion.** Lower back pain is one of the most common problems in modern society. As results of our study shows that it can have influence for the patient's psychological state – 22 from 35 patients had borderline abnormal state according Hospital Anxiety and Depression Scale. We can say that physiotherapy in the water and in the hall is an effective tool for lowering the back pain. The Tamošaitytė and Jamontaite study (2012) also stated that different physiotherapy techniques (physiotherapy in the hall, physiotherapy in the water, and stretching) help reduce lower back pain in patients with lumbar radiculopathy. The results of their study coincide with our results, pain was statistically significantly reduced in all groups by using different physiotherapy methods ( $p < 0,05$ ) (Tamosaityte et al., 2012). In both groups, an assessment of depression and anxiety was performed using a special HAD scale before and after the study. There was no statistically significant difference between the two groups before the study. After physiotherapy procedures the patient's self-assessment of anxiety decreased ( $p < 0.05$ ) in both groups, but symptoms of depression statistically significant decreased only in the group who got physiotherapy procedures in the water.

We also evaluated the general manifestation of anxiety and depression. In the study group, subjects were given higher values in the first and second groups, while the subjects' depression and anxiety levels were higher than in the study. By analyzing the results, a statistically significant decrease in this scale was observed in both groups ( $p < 0.05$ ). Therefore, we can say that a properly selected physical activity, helps to reduce the manifestation of depression and anxiety. The results of our study coincide with the results of other authors. In a study carried out by Sakalienė and others in 2008, the effect of physiotherapy

on depression was also analyzed. In it, the rate of depression and anxiety was assessed using the HAD scale before and after the study. In this study, there were two groups of studies, one of which was the treatment for the reduction of depression and medication and psychotherapy, while the other was a control, which, in addition to all of the aforementioned measures, was also followed by physical exercises, 5 times a week for 40 minutes. The study also lasted 3 weeks and was performed in the hospital. The results of the study showed that physical exercises are effective in reducing symptoms of depression ( $p < 0.05$ ) (Sakaliene et al., 2008). The study conducted by Saudargienė and other authors in 2008 also suggests that physical exercises should be used as an integrated tool for reducing the symptoms of depression and improving sleep quality (Saudargienė et al., 2008).

We can find similar results of research in works of foreign authors. In 2011, a study by Hoffman and other authors analyzed the effect of physical exercises and drugs on the reduction of depression. The study lasted 12 weeks. The subjects were divided into two groups: one used only antidepressants, while the other group used antidepressants and regularly performed moderate physical exercises. After analyzing the data obtained, it was observed that the incidence of depressive symptoms was statistically significantly reduced in the second group, which combined pharmacological treatment with regular physical exercise (Hoffman et al., 2011). Schneider et al. and Markowitz et al. studies showed that the most appropriate and effective exercises for reducing depressive symptoms are mid-intensity aerobic exercises performed both in the room and in the water. In our study, patients were given moderate-intensity exercises that had a beneficial effect on CNS patients and reduced depression (Schneider et al., 2010; Markowitz et al., 2008).

In our study, patients did not work individually, but in groups, communication was encouraged among them. During physiotherapy in the pool positive emotions were stimulated by music which was selected by patient's. Our study shows that a positive emotional background could have affect on the decreasing of symptoms of depression. Our results coincide with Bluemke et al. A 2010 study, which states that positivity and positive environment during exercises, have a significant impact on the recovery of patients with depression (Bluemke et al., 2010).

### **Conclusion.**

1. In the evaluation of the intensity of the lower back pain in the first and second groups, it has been observed that physiotherapy in water and physiotherapy in the hall is an effective mean to reduce pain. Statistically significant differences were found in both groups ( $p < 0.05$ );

2. In the evaluation of anxiety and depression, it was observed that in both groups this index decreased after the study ( $p < 0.05$ ). While analyzing depression separately, statistically significant differences are obtained only during physiotherapy exercises in water ( $p < 0.05$ ).

## Reference

1. Balagué F., Mannion A.F., Pellisé F., Cedraschi C. Non-specific low back pain // *Lancet*. 2012. Vol. 379. P. 482-491.
2. Bluemke M., Brand R., Schweizer G., Kahlert D. Exercise might be good for me, but I don't feel good about it: do automatic associations predict exercise behavior? // *J. Sport Exerc. Psychol.* 2010. Vol. 32, № 2. P. 137-153.
3. Costa L., Maher C.G., Latimer J., Hodges P.W., Herbert R.D., Refshauge K.M., McAuley J.H., Jennings M.D. Motor control exercise for chronic low back pain: A randomized placebo-controlled trial // *Physical. Therapy*. 2009. Vol. 89, № 12. P. 1275-1286.
4. Ferreira L.L., Costalonga R.R., Valenti V.E. Therapy with physical exercises for low back pain // *Journal of the São Paulo Institute of Tropical Medicine*. 2013. Vol. 14, № 4. P. 307-310.
5. Fransen M. When is physiotherapy appropriate? // *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 2004. Vol. 18, № 4. P. 477-489.
6. Gerber M., Trachsler E.H., Pühse U., Brand S. Exercise is medicine for patients with major depressive disorders: but only if the "pill" is taken! // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016. Vol. 12. P. 1977-1981.
7. Hoffman B.M., Babyak M.A., Craighead W.E. Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: one-year follow-up of the SMILE study // *Psychosom. Med.* 2011. Vol. 73, № 2. P. 127-133.
8. Markowitz S.M., Arent S.M. The exercise and affect relationship: evidence for the dual-mode model and a modified opponent process theory // *J. Sport Exerc. Psychol.* 2010. Vol. 32, № 5. P. 711-730.
9. Paatelma M., Kilpikoski S., Simonen R., Heinonen A., Alen M., Videman T. Orthopaedic manual therapy, McKenzie method or advice only for low back pain in working adults: A randomized controlled trial with one year follow-up // *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008. Vol. 40, № 10. P. 858-863.
10. Saudargienė S., Varoneckas G., Podlypskytė A., Bunevičius R. Fizinės mankštos įtaka nerimo simptomams, nuotaikai, miegui ir su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei, gydant sunkų depresijos epizodą // *Sveikatos mokslai*. 2008. Vol. 59, № 5. P. 1880-1886.
11. Schneider M., Dunn A., Cooper D. Affect, exercise, and physical activity among healthy adolescents // *J. Sport Exerc. Psychol.* 2009. Vol. 31, № 6. P. 706-723.
12. Šakalienė R., Juodžbalienė V., Lukošūtė L. 2009. Kineziterapijos poveikis depresija sergančių moterų gyvenimo kokybei // *Reabilitacijos mokslai: slauga, kineziterapija, ergoterapija*. 2009. Vol. 1, № 1. P. 29-32.
13. Tamošaitytė G., Jamontaitė I.E. Skirtingų kineziterapijos programų, taikomų sergantiems jaušmeninės dalies radikulopatija, efektyvumas // *Sveikatos mokslai*. 2012. № 3 (22). P. 31-35.
14. Watkins E., Newbold A., Tester-Jones M., Javaid M., Cadman J., Collins L.M., Graham J., Mostazir M. Implementing multifactorial psychotherapy research in online virtual environments (IMPROVE-2): study protocol for a phase III trial of the MOST randomized component selection method for internet cognitivebehavioural therapy for depression // *BMC Psychiatry*. 2016. № 16. P. 345.
15. Wood P.B., Schweinhardt P., Jaeger E., Dagher A., Hakyemez H., Rabiner E.A., et al. Fibromyalgia patients show an abnormal dopamine response to pain // *Eur. J.*

## ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

---

УДК 159.99

### ПРОБЛЕМА ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА И ПРОКРАСТИНАЦИИ У СТУДЕНТОВ

**Н.В. Басалаева, И.О. Южакова, В.В. Бурак**

*Лесосибирский педагогический институт - филиал Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлены результаты теоретического исследования психологических феноменов перфекционизма и прокрастинации. Проанализирована проблема взаимосвязи феноменов перфекционизма и прокрастинации.

**Ключевые слова:** перфекционизм, прокрастинация, взаимосвязь, самооценка.

**Актуальность.** При получении профессии студенты вузов могут сталкиваться с препятствиями в учебных и профессиональных достижениях. Поэтому в последние десятилетия все большую популярность приобретают исследования, посвященные изучению факторов, способствующих, или, напротив, препятствующих развитию профессионального и личностного успеха будущих специалистов. В данном контексте рассматривают такие психологические явления как перфекционизм и прокрастинация. Проблемы откладывания деятельности из-за боязни сделать, что-то не точно, не идеально рассматриваются в контексте изучения перфекционного поведения многими зарубежными и российскими авторами (М. Элиот, Д. Штебер, Н. Г. Гаранян, Н. Н. Карловская, А. Б. Холмогорова, И. Л. Шистакова, Т. Ю. Юдеева и др.).

На сегодняшний день все больше появляется исследований изучающих данные психологические явления как по отдельности, уточняя их сущность и структуру, так и в их неразрывном единстве. Перфекционизм и прокрастинация, по мнению отечественных психологов (Н. Г. Гаранян, Е. И. Сибирцева, А. Б. Холмогорова, О. В. Шемякина), являются достаточно объективной проблемой современного образования, так и всего общества в целом, так как взаимосвязь феноменов носит неоднозначный характер влияния на ситуацию профессионального становления специалиста.

**Постановка проблемы.** Несмотря на многообразие исследований связи прокрастинации и перфекционизма, в настоящее время результаты эмпи-

рических исследований имеют разрозненные данные относительно характера их взаимосвязи: показаны как прямые, так и обратные зависимости показателей перфекционизма и прокрастинации.

Теорию представлений стремлений к совершенствованию более подробно начали изучать в 60 – 80-е гг. зарубежные психологи и психотерапевты. Американский психолог М. Холлендер в 1978 году для описания стремления к безупречности и совершенству впервые использовал термин «перфекционизм». По его мнению, перфекционизм – это повседневная практика предъявления к себе более высоких требований выполнения деятельности (Гараян, 2006).

Представления о структуре перфекционизма были значительно расширены в 1990-е годы группой канадских исследователей (П. Хьюиттом и Г. Флеттом), которым удалось описать трехфакторную структуру перфекционистского поведения: перфекционизм, ориентированный на себя (чрезмерно высокие, нереалистичные требования, предъявляемые индивидом к себе); перфекционизм, ориентированный другим (предъявление завышенных или нереалистичных требований к другим, а так же значимым людям, ожидание от них совершенства); социально ориентированный перфекционизм (ощущение, что другие предъявляют к субъекту преувеличенные требования). Перфекционизм имеет сложную структуру и является многомерным конструктом, включающим в себя высокие личные стандарты, некоторые когнитивные и интерперсональные параметры (Сибирцева, 2016).

Зарубежные исследователи Х. Стампф и В. Паркер обращают внимание на то, что представление о структуре перфекционизма в определенной степени зависит от конкретных ситуаций его рассмотрения: социального поведения или эмоциональных, личностных проблем, культурного контекста (Демина, 2014).

Зарубежные и отечественные ученые разделяют перфекционизм на нормальный и плохой. Д. Хамачек выделяет «нормальный» и «невротический» перфекционизм. По мнению автора, нормальный перфекционист – это человек, устанавливающий для себя высокие стандарты, проявляющий лидерские качества, высокую активность и мотивацию для достижения цели, отличающийся гибкостью, получающий удовольствие от хорошо сделанной работы. Невротический перфекционист перед страхом неудачи устанавливает завышенные стандарты к своей деятельности, не оставляя себе возможности допускать ошибки, а стремления нереалистичным идеалам, в данном случае, превращается в самоистязание (Сибирцева, 2016).

Перфекционизм в последние десятилетия становится достаточно распространенным явлением. Возросший интерес вызван тем, что феномен затрагивает абсолютно все сферы жизнедеятельности человека и при неправильном соотношении существенно усложняет жизнь человека-перфекциониста. По мнению отечественных авторов (Н. Г. Гараян, А. Б. Холмогорова, Т. Ю. Юдеева), перфекционизм – это «болезнь культуры»

современного общества. Данные представления базируются на результатах клинических исследований. Так отечественные исследования (Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Т. Ю. Юдеева), показывают, что «патологический» (невротический) перфекционизм негативно сказывается на психологическом благополучии человека. Человек с формой «патологическим» перфекционизмом имеет мнение, что любая деятельность требует большего совершенствования и по итогу должна стать не меньше чем наивысшим идеалом. Кроме того, ученые отмечают, что существует связь феномена перфекционизма с негативными аффектами. Д. Барнс и А. Пахт рассматривали перфекционизм как негативное явление. Ученые отмечали, что стремление к идеальному, недостижимому и невозможному, держит в постоянном напряжении, что приводит к появлению мигрени, возникновению депрессий, тревоги (Демина, 2014). Кроме того, перфекционизм связан с враждебностью, доминантностью, мстительностью (Гаранян, 2010), с мотивационными факторами, с самооценкой личности (Валуйская, 2009), с синдромом эмоционального сгорания (Ларских, 2015), с агрессивностью (Тащилина, 2014), с социально-психологическими установками и Я-концепцией (Жебрун, 2009), с самоактуализацией (Карловская, 2009), с самоотношением (Тащилина, 2014). Перфекционизм является причиной различных форм саморазрушительного поведения (необходимость обращения к пластической хирургии и злоупотребление данными видами хирургических вмешательств, разные виды модификаций тела, патологических состояний нервной анорексии, а также физических или интеллектуальных перегрузок (Цыганкова, 2010).

Особой группой риска «культурной болезни» признается студенческий возраст, связано это с особенностями обучения, а так же высокой чувствительности студентов к социальным изменениям. Студенческий перфекционизм, проявляясь в постоянном, бесконечном самосовершенствовании, препятствует социально затрудняет реализацию профессионального потенциала будущего специалиста, усвоение им профессиональных компетенций (Гаранян, 2011; Ларских, 2015). Студенческий перфекционизм, проявляющийся в постоянном самосовершенствовании имеет тенденцию затруднять реализацию профессионального потенциала.

Постоянная погоня за идеалами и чрезмерное самосовершенствование провоцируют человека к завышению требований к себе и своей деятельности. Именно поэтому зарубежные и отечественные исследователи (А. Пахт, Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова и др.) считают перфекционизм широко распространенной и чрезвычайно тяжелой проблемой современного общества, особо проявляющейся в образовательной среде, имеющей не только клиничко-психологическое, но и социально-психологическое, социологическое, культурное значение (Тащилина, 2014).

В рамках нашей статьи остановимся также на анализе трудов отечественных и зарубежных психологов относительно прокрастинации.

Прокрастинация («procrastination») – откладывание, запаздывание, «не начинание») иррациональное откладывание человеком запланированных дел «на потом», следствием которого являются осознаваемые субъектом негативные последствия (Зарипова, 2015; Шемякина, 2013).

Практика сознательного откладывания дел при осознании последствий в жизни человека можно связать с наличием чрезмерного количества свободного времени, лени, отвлекающих хаотичных мыслей, недостаточной заинтересованностью субъекта при выполнении поставленной задачи и многим другим.

В обзоре исследований феномена прокрастинации в исторической ретроспективе А. А. Чеврениди уточняет, что самостоятельным предметом и направлением изучения психологической науки прокрастинация стала только в 80 гг. XX столетия. В 1977 г. в работе «Прокрастинация в жизни человека» П. Рингенбахом введен в научный оборот термин «прокрастинация» (Федулеева, 2013).

Прокрастинация представляет собой комплексный, неоднородный в психологическом плане феномен, включающий в себя компоненты, связанные с мотивационной сферой личности, которые определяют природу, а так же сложность психологического феномена. Анализ современной литературы по проблеме исследования позволяет объяснить появление тенденций (поведенческие, когнитивные и эмоциональные компоненты) к прокрастинированию. Ниже опишем основные компоненты прокрастинации.

1. Поведенческий компонент. Поведенческий подход к проблеме прокрастинирования позволяет рассмотреть феномен как результат неоднократного подкрепляемого поведения, то есть как формы научения (Ильин, 2011; Ковылин, 2013);

2. Когнитивный компонент. В рамках когнитивного направления прокрастинирование является результатом когнитивных нарушений (Ковылин, 2013; Федулеева, 2013);

3. Эмоциональный компонент. Современные исследования феномена иррационального откладывания показывают наличие положительной взаимосвязи и с эмоциональной сферой, а именно страхом неудачи и невротизацией, а так же с импульсивностью. Связано это с тем, что прокрастинаторы зачастую имеют перфекционистские установки, а демонстрация иррациональные убеждений часто выражаются в страхе успеха или неудачи (Гаранян, 2011; Ковылин, 2013).

Прокрастинация – новое направление психологической науки, сложный, многофакторный феномен, распространенный среди всего населения и именно поэтому не перестает интересовать психологов и задает тенденцию увеличения количества исследований данного явления.

В 1983 году с появлением научно-популярной книги «Прокрастинация: что это такое и как с ней бороться» авторов Й. Бурка и Л. Юен фено-

мен откладывания дел на потом стали рассматривать как негативное явление, приводящее к отрицательным последствиям, которое сопровождается ощущением внутреннего дискомфорта и негативными эмоциональными переживаниями (Федулеева, 2013).

Прокрастинация является достаточно распространенным явлением среди населения, но в наибольшей степени ей подвержены студенты высших учебных заведений. Поведенческая реакция постоянного откладывания дел может затрагивать различные сферы деятельности студента, будущего педагога, существенно влиять на его успешность, препятствовать самореализации, в том числе профессиональной. Связано это, прежде всего с тем, что высокий уровень прокрастинации накладывает отпечаток на субъективную оценку профессиональной успешности человека (Steel, 2007).

Рассматривая более подробно негативные стороны прокрастинации, Н. Милграм в соавторстве с Дж. Батори и Д. Моурером приводят пять видов прокрастинации: прокрастинация в принятии решений (боязнь принятия каких-либо решений); невротическая (откладывание жизненно важных решений); академическая; бытовая или повседневная (откладывание повседневных и бытовых дел); компульсивная прокрастинация (симбиоз бытовой прокрастинации и прокрастинации в принятии решений) (Карловская, 2009; Федулеева, 2013).

Наибольший интерес современных исследований представляет изучение такого вида прокрастинации, как академическая. Академическая прокрастинация – это специфическое явление, наиболее распространенное среди молодежи, особенно в период получения профессионального образования, проявляющееся в откладывании учебных задач и действий (контрольных, курсовых, дипломных работ, подготовки к занятиям). Академическая прокрастинация в студенчестве связана с внешней мотивацией или демотивацией а так же с несформированностью учебных навыков, неорганизованностью, забывчивостью и общей поведенческой ригидностью (Кожевникова, 2017). В результате систематического прокрастинирования в учебной деятельности формируются значительные академические задолженности по дисциплинам, а меры административного характера (ужесточение требований к срокам выполнения учебных задач) не всегда бывают эффективными (Зарипова, 2015).

Выявление факторов, препятствующих развитию профессионального и личностного успеха студентов педагогических профессий, представляет одну из наиболее важных общетеоретических проблем современного профессионального образования. В данном контексте и рассматривается взаимосвязь перфекционизма и прокрастинации. На сегодняшний день существуют противоречивые исследования обозначенных феноменов. Зарубежные исследования взаимосвязи перфекционизма и прокрастинации представлены в работах М. Элиота и показывают прямую взаимосвязь пер-

фекционизма и прокрастинации. Высокий уровень перфекционизма в данном случае проявляется в особенностях прокрастинационного поведения: человек нерешительно ставит перед собой новые цели, избегает ситуаций привлечения внимания к собственной персоне, занимаясь какой либо деятельностью боится допустить ошибки или выполнить работу несовершенно. Лучшим решением для перфекциониста с избегающим поведением это уход или бездействие в неприятных, трудных или кажущихся трудными задачах. Д. Штебер получил данные прямой связи социально предписанного перфекционизма и прокрастинации. Автор уточняет, что стремление быть самым успешным и лучшим во всем, для того что бы получить одобрение и принятие достигается давлением внешних воздействий, что и располагает человека к промедлению и оттягиванию начала деятельности из-за страха выполнить работу не идеально (Пушкина, 2015). Отечественный психолог Н. Г. Гараян так же получила положительную взаимосвязь прокрастинации с «ориентацией на самых успешных» (Гараян, 2010). А исследования А. Б. Холмогоровой и Н. Г. Гараян позволили выявить тенденцию к положительной зависимости академической прокрастинации и перфекционизма (Пушкина, 2015). Другие отечественные исследования психологов И. Л. Шистаковой и Н. Н. Карловской показывают отрицательную зависимость между перфекционизмом и академической прокрастинацией у специалистов педагогических профессий.

Выводы. Соотношение высоких уровней перфекционизма и прокрастинации при обучении имеет ряд негативных последствий: неорганизованность, забывчивость и общая поведенческая ригидность (Кожевникова, 2017); эмоциональные напряжения, приводящие к появлению мигрени, возникновению депрессий, тревоги (Демина, 2014); эмоциональное сгорание (Ларских, 2015); академические задолженности (постоянное совершенствование выполняемых заданий и как результат – не выполнение других не менее важных работ по другим дисциплинам, промедление выполнения курсовых, дипломных работ, оттягивание сдачи академических задолженностей) (Зарипова, 2015); низкий уровень профессиональной компетентности; страх неудач, отрицательных оценок и болезненная реакция на критику; пониженная самооценка (Карловская, 2009).

В результате проведенного теоретического исследования, мы пришли к выводу, что перфекционизм и прокрастинация являются взаимосвязанными явлениями. Высокие показатели феноменов могут препятствовать профессиональному развитию будущих педагогов, так как имеют негативные эффекты (неорганизованность, забывчивость и общая поведенческая ригидность; эмоциональные напряжения, приводящие к появлению мигрени, возникновению депрессий, тревоги; эмоциональное сгорание; академические задолженности; низкий уровень профессиональной компетентности; страх неудач, отрицательных оценок и болезненная реакция на критику; пониженная самооценка).

## Список литературы

1. Барабанщикова В.В., Оганина М.В., Климова О.А. Феномен прокрастинации в деятельности спортсменов индивидуальных и командных видов спорта // Национальный психологический журнал. 2015. № 3 (19). С. 91-104.
2. Валульская Т.Л., Юдеева Т.Ю., Жукова Д.Н. Психологические особенности студентов-отличников // Ананьевские чтения – 2009 : материалы науч. конф. СПб., 2009. С. 91-93.
3. Гараян Н.Г. Апробация опросника студенческой прокрастинации C. Lay // Психологическая диагностика. 2011. № 2. С. 84-94.
4. Гараян Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств : автореферат дис. ... д-ра психол. наук. М., 2010. 42 с.
5. Гараян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психологических расстройств. 2006. № 1. С. 23-31.
6. Демина А.А. Психологический формат изучения проблемы перфекционизма [Электронный ресурс] // SCI-ARTICLE.RU. 2014. № 6. URL: <http://sci-article.ru/verxx.php?i=12>.
7. Зарипова Т.В., Данилова Н.А. Взаимосвязь академической прокрастинации и учебной мотивации студента // Омский научный вестник. 2015. № 4 (141). С. 122-126.
8. Ильин Е.О. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень. СПб. : Питер, 2011. 224 с.
9. Карловская Н.Н., Шистакова И.Л. Взаимосвязь прокрастинации и перфекционизма у учителей // Личность в трудных жизненных ситуациях как актуальное научное направление коппинг исследования в России : материалы Всерос. науч.-практ. конф. (Омск, 12–13 ноября 2009 г.). Омск, 2009. С. 127-130.
10. Ковылин В.С. Теоретические основы изучения феномена прокрастинации // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. № 2. С. 22-41.
11. Кожевникова О.В., Шкляева Е.П. Психологические предикторы склонности субъекта к академической прокрастинации // Вестник удмуртского университета. 2017. Т. 27, № 4. С. 451-455.
12. Ларских М.В., Матюхина Н.Г. Взаимосвязь между перфекционизмом и прокрастинацией у студентов // Universum: психология и образование. 2015. № 7 (17). С. 1-6.
13. Пушкина А.В. Взаимосвязь показателей перфекционизма и прокрастинации // Вестник Брянского государственного университета. 2015. № 3. С. 71-73.
14. Сибирцева Е.И. Изучение феномена прокрастинации в отечественной психологии // Научные исследования: от теории к практике. 2016. № 2-1(8). С. 186-191.
15. Тащилина Е.А. Исследование прокрастинации и перфекционизма у студентов университета различных направлений подготовки : дис. ... магистра психологии: 03 03 00. Екатеринбург, 2014. 79 с.
16. Федулеева А.Г. Особенности проявления перфекционизма у лиц с различными соматическими заболеваниями // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2013. № 1. С. 108-116.
17. Цыганкова П.В. Взаимосвязь перфекционизма с особенностями самосознания при аутодеструктивном поведении // Вестник Московского государственного областного университета. 2010. № 2. С. 28-32.
18. Steel P. The nature of procrastination: a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure // Psychological Bulletin. 2007. № 1. P. 65-94.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

М.И. Вайберт

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,  
г. Чебоксары, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматриваются психологические особенности родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Приводятся результаты эмпирического исследования родителей детей с нарушением здоровья и родителей здоровых детей. Представлены достоверные различия показателей, полученных по методикам между родителями детей с ограниченными возможностями здоровья и родителями здоровых детей. Цель исследования – изучение некоторых психологических особенностей родителей детей с ограниченными возможностями здоровья. В настоящее время все более актуальным является проблема уникальности индивидуальной жизненной траектории каждой личности. Поэтому необходим новый подход к организации работы с детьми, особенно с отклонениями в физическом и психическом развитии, и их родителями. Были получены следующие выводы: в структуре самосознания родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, выделены следующие составляющие – заниженная самооценка, нерешительность, раздражительность; родители детей с ОВЗ и здоровых характеризуются положительным набором нравственно-психологических качеств: доброта, отзывчивость, дружелюбие, развитость эмоций и социального интеллекта; наличие отклонений в развитии у ребенка вызывает соответствующие особенности в характере родителей, в частности, некоторое игнорирование мыслей и чувств ребенка, низкую оценку его возможностей.

**Ключевые слова:** ограниченные возможности здоровья, самосознание, самоотношение, «Я-реальное», «Я-идеальное», тревожность, психологический тип, личностный дифференциал.

**Актуальность.** Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья влияет на психологические особенности родителей, а также ставит перед родителями проблемы, связанные со спецификой воспитания. Необходима специальная программа обучения психокоррекционной и психотерапевтической работе не только с детьми, но и с родителями. Это наиболее актуально в настоящее время, когда остро возникла проблема организации инклюзивного образования.

**Постановка проблемы.** Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – это дети, имеющие различные отклонения психического, физического, психосоматического плана. Синонимами понятия «дети с ОВЗ»

могут выступать следующие определения: «дети с проблемами», «нетипичные дети», «дети с трудностями в обучении». Существуют различия в некоторых психологических особенностях родителей детей с ограниченными возможностями здоровья и родителями норматических детей.

Проблемой семейно-родительских отношений и исследования семьи ребенка, имеющего нарушения в развитии, занимались ведущие отечественные психологи: О.А. Карабанова, А.И. Захаров, и другие (Карабанова, 2007, Захаров, 2013).

Многие родители детей с ОВЗ чувствуют жалость или сочувствия окружающих к своему ребенку, поэтому они больше заботятся о том, чтобы их ребенок как можно лучше выглядел в социуме, либо, вовсе, стараются особо не показывать его. Своеобразные особенности таких детей являются источником дополнительных проблем, вызывающие озабоченность, а, иногда, отчаяние своих родителей.

Родители, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья, имеют свои психологические особенности - это эгоцентризм, тревожность, напряженность, депрессивное состояние, душевный. В исследованиях ряда ученых выделяют характерологические черты, присущие родителям детей с ОВЗ и выделены следующие типы (Маллер, 2014):

- родители невротического (тревожно-сензитивного) типа, которым свойственна пассивная личностная позиция, у них нередко доминируют истеричность, тревожно-мнительные и депрессивные черты, у части невротических родителей существенно постоянный тревожный фон настроения;

- родители авторитарного (импульсивно-инертного) типа, характеризуются активной жизненной позицией, стремлением ориентироваться на свои жизненные установки и желанием преодолевать проблемы;

- родители психосоматического типа, у которых в значительной степени проявляется тенденция к доминированию, но отсутствует аффективная форма реагирования, ведут себя корректно и сдержанно.

Помимо биологических и психологических влияний и нормальное и патологическое развитие детей зависит от социального и средового контекста. Понимание этого требует учета и проксимальных и дистантных событий (Mash, Wolf, 2007).

**Материалы и методы.** Экспериментальное исследование проводилось в БУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» Минздравсоцразвития Чувашской Республики. В исследовании приняли участие 50 родителей, которые воспитывают нетипичных детей (1 группа) и 50 родителей здоровых детей (2 группа), которые посещают МДОУ и школу. В зависимости от возраста детей в первой группе были выделены три группы родителей: дошкольного возраста – 22 человека (44%), младшего школьного – 21 человек (42%) и подросткового возраста – 7 человек (14%). Диагноз детей различный: большую часть составляли дети

с нарушением опорно-двигательного аппарата (86%, n=43), врожденными аномалиями развития (8%, n=4), другими заболеваниями (6%, n=3). Средний возраст родителей – 37,5 лет. Возраст родителей второй группы 36,8±0,7 лет, возраст детей от 5 до 12 лет. Группа детей сформирована таким образом, чтобы она соответствовала по возрасту первой группе.

Эмпирическое исследование проводилось по следующим методикам «Личностный дифференциал» (Осгуд), «Q-сортировка» (В. Стефенсон), «Тест-опросник самооотношения» (В.В. Столин, С.Р. Пантелеев), опросник «Психологический тип родителя» (В.В. Ткачев).

**Результаты и их обсуждение.** В ходе проведенного эмпирического исследования по методике Q-сортировка (В. Стефенсон) нами были получены следующие результаты. У родителей 1 группы и во 2 группе наиболее выражен адекватный уровень самооценки (40 и 70% соответственно). На втором месте – заниженный уровень самооценки: 38% в 1 группе, и 24% во 2 группе.

Результаты исследования по методике «Личностный дифференциал» (Осгуд). Среднее значение баллов, полученных по фактору оценки, как в 1 группе, так и во 2 группе несколько выше среднего стандартного значения (1,5): в 1 группе – 1,84 балла, во 2 группе – 1,91 балл.

По фактору силы, во 2 группе средний показатель (1,15 балл) чуть выше стандартного значения (1,09), а вот в 1 группе средний показатель – 0,7 балла – несколько ниже стандартного значения.

По фактору активности среднее значение в обеих группах несколько выше среднего значения - 0,63 балла. Следовательно, для родителей обеих групп свойственны экстравертированность, активность, общительность.

Анализ результатов исследования образа «Я-идеальное». В целом, как для 1 группы, так и для 2 группы, характерны высокие оценки по всем трем факторам показателя «Я-идеальное». Таким образом, образ «Я-реального» родителей детей без отклонений в психическом и физическом здоровье включает в себя такие качества, как ответственность, честность. В группе родителей детей с ОВЗ имеются лица с некоторой неуверенностью в себе, зависимостью от внешних обстоятельств, нерешительностью, раздражительностью.

По тесту-опроснику самооотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантелеев) были получены результаты по 4 шкалам: самоуважение, аутосимпатия, самоинтерес, ожидание положительного отношения к себе. Оценивая результаты диагностики по шкале самоуважения, можно отметить, что во 2 группе наиболее выражен средний уровень самоуважения (46%, n=23), а во 2 группе у 42% низкий. Шкала аутосимпатии на позитивном полюсе объединяет доверие к себе и положительную самооценку, а на негативном – видение в себе преимущественно недостатков, низкую самооценку, склонность к самообвинению. По данной шкале большинство во 2 группе (48%, n=24) имеют высокий уровень выраженности, а в 1 группе данная

шкала представлена, в основном, низкими и средними показателями (42% и 40% соответственно). По шкале самоинтереса, которая отражает меру близости к себе, интереса к собственным мыслям. Для 1 группы более характерен средний уровень выраженности данного признака (46%, n=23). А во 2 группе 50% имеют высокие показатели выраженности интереса к себе. По итогам диагностики по шкале ожидания положительного отношения от окружающих 44% (n=22), 2 группы показали высокий уровень, средний уровень характерен для 32% (n=16) родителей. В 1 группе результаты по данной шкале несильно отличаются от предыдущей группы: наиболее выражен средний уровень (42%, n=21), высокий уровень характерен для 38% (n=19) испытуемых. Эти данные говорят о том, что родители обеих групп ожидают от окружающих, в основном, положительное отношение к себе.

По методике «Психологический тип родителя» (В.В. Ткачева) получены следующие результаты: для 60% родителей детей с ОВЗ свойственен авторитарный тип, они часто выдвигают нереальные требования к своему ребенку, несоответствующие его возможностям, что становится причиной возникновения у детей тиков, энуреза. Доминирующим психологическим типом в группе родителей здоровых детей является психосоматический тип (50%, n=25). Невротический тип свойственен для 30% родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и для 10% родителей здоровых детей.

С целью выявления скрытых взаимосвязей между различными показателями, зависимостей, полученным по методикам, данные были подвергнуты корреляционному анализу. Для возможных пар данных подсчитывался коэффициент корреляции Пирсона. Корреляционный анализ детско-родительских отношений по шкалам методики Варга-Столина и методики самоотношения В.В. Столина имеют связи у родителей детей с ОВЗ между показателями по шкалам «принятие-отвержение» и «самоуважение», «принятие-отвержение» и «самоконтроль», а у родителей здоровых детей по шкалам «принятие-отвержение» и «аутосимпатия», «планирование решение проблем» и «самоуважение».

#### **Выводы:**

- в структуре самосознания родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, выделены следующие составляющие: заниженная самооценка, нерешительность, раздражительность;
- для родителей, имеющих здоровых детей, характерно: высокая самооценка, уверенность в себе, в своих силах и способностях;
- представленная типология личностных особенностей родителей позволяет определить выбор средств для оказания правильной психокоррекционной и психотерапевтической помощи таким семьям;
- родители детей с ОВЗ и здоровых, в целом, характеризуется положительным набором нравственно-психологических качеств: доброта, отзывчивость, справедливость, дружелюбие;

- наличие отклонений в развитии у ребенка вызывает соответствующие особенности в характере родителей, в частности, некоторое игнорирование мыслей и чувств ребенка, низкую оценку его возможностей.

### Список литературы

1. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М.: Просвещение, 2013. 192 с.
2. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования. М.: Гардарики, 2007. 320 с.
3. Маллер А.Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонением в развитии. М.: Знание, 2014. 321 с.
4. Столин В.В. Проблема самосознания личности с позиции теории деятельности А.Н. Леонтьева // А.Н. Леонтьев и современная психология. М., 1983. 288 с.
5. Mash E.J., Wolf D.A. Abnormal child psychology. Wadsworth, 2007. 511 p.

УДК 378.147

## РЕФЛЕКСИВНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КОМПОНЕНТ СТРУКТУРЫ ГОТОВНОСТИ СТУДЕНТОВ К ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Л.С. Гавриленко, В.Б. Чупина

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматривается сущность рефлексивно-исследовательского компонента структуры готовности студентов к инновационной деятельности. Представлены результаты исследования названного компонента и предлагаются пути и средства формирования рефлексивно-исследовательского компонента у студентов с учетом постоянно обновляющихся требований общества, достижений педагогической и психологической наук.

**Ключевые слова:** инновационная деятельность, готовность к инновационной деятельности, рефлексивно-исследовательский компонент.

**Актуальность.** Проводимая в нашей стране модернизация высшего образования имеет несколько составляющих, главная из которых – изменение цели, а, как следствие, и содержания, технологий, т.е. всего методического инструментария образовательного процесса. В этих условиях одной из приоритетных задач современного высшего образования является активизация разработки образовательных технологий, направленных на обеспечение формирования готовности студентов к работе в изменяющихся условиях. В этой связи актуализируется проблема формирования готовности студентов вузов к инновационной деятельности,

обеспечивающей успешность последующей профессиональной деятельности (Башмакова, 2007).

Постановка проблемы. По нашему мнению, процесс формирования готовности студентов к инновационной деятельности должен осуществляться процедурой последовательной поэтапно развивающейся деятельности: основной целью первого этапа является формирование устойчивой положительной мотивации, ценностных ориентаций на применение инноваций в профессиональной деятельности; второй этап представляет собой освоение знаний о сущности, содержании и структуре инновационной деятельности в конкретной профессии; целью третьего этапа является формирование исследовательских и рефлексивных умений и навыков студентов (Кузьмина, 2017).

Клинический психолог – это исследователь, деятельность которого направлена на решение комплексных задач психологической диагностики, экспертизы и помощи гражданам в общественных, научно-исследовательских, организациях, осуществляющих образовательную деятельность, учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения и пр. Кроме того, высшего уровня профессионализма могут достичь только те специалисты, которые не испытывают затруднений в анализе своей профессиональной деятельности, а также результатов деятельности коллег, клиентов (Максимов, 2001).

В данной статье, представлены результаты изучения рефлексивно-исследовательского компонента в общей структуре готовности студентов к инновационной деятельности.

Исследование проводилось в КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Выборка исследования представлена студентами 2-3 – курса, обучающимися по специальности 37.05.01 – Клиническая психология в количестве более 50 человек.

Для исследования был использован комплекс диагностических методик: «Оценка творческого потенциала студентов вуза» (В.И. Андреев); модифицированная методика «Диагностика степени развитости у студентов механизмов исследовательской деятельности, определение восприимчивости, открытости проблемам» (Е.И. Пискарёва); «Определение уровня рефлексии» (В.Б. Чупина).

Все диагностические методики отвечают логике и целям исследования: определению уровня способности анализировать и оценивать себя в профессиональной деятельности; оценке исследовательского потенциала будущего клинического психолога; диагностике степени развитости механизмов исследовательской деятельности; определению восприимчивости, открытости проблемам.

В ходе исследования по методике «Определение уровня рефлексии» были получены следующие данные: показатели высокого уровня рефлексии имеют 2% исследуемых студентов (они охарактеризовали себя

с помощью таких слов как «творческая», «общительная», «способная к изменениям» личность); средний уровень рефлексии показали 36% обследуемых (в основном названы такие качества, которые характеризуют специалиста, готового к инновационной деятельности: «инициативная», «творческая», «ответственная», «общительная»). Низкий уровень рефлексии имеют 62% респондентов. Для характеристики качеств, необходимых в инновационной деятельности, они использовали следующие прилагательные: «веселая», «требовательная», «работоспособная», «трудолюбивая», «умная» личность.

Таким образом, можно говорить о том, что у большинства студентов недостаточно сформированы рефлексивные умения.

Одним из важных факторов осуществления инновационной деятельности является креативность, которая необходима для создания нового взгляда, психокоррекционной программы, а также для модификации этого нового на уровне внедрения. Названные качества являются неотъемлемыми составляющими исследовательской деятельности клинического психолога. Креативность как способность к высокопродуктивному осуществлению инновационной деятельности измерялась нами на разных уровнях. Первый уровень диагностики творческих способностей студентов шел по линии рассмотрения креативности вне связи с конкретной сферой деятельности, а вообще как некое творческое отношение к любой жизненной ситуации, не связанное с конкретными специальными достижениями или профессиональными знаниями. Исследование в этой связи проводилось по методике «Оценка творческого потенциала студентов вуза» В.А. Андреева.

По методике В.А. Андреева нами были получены следующие результаты (Андреев, 1996). Большинство опрошиваемых студентов (76%) показали средние результаты, характеризующие респондентов как людей творческих, но у которых есть барьеры к творчеству. Один из барьеров, на наш взгляд, – это боязнь неудачи, он сковывает воображение – основу творчества. Высокий уровень творческого потенциала показали 9,4% испытуемых. Это указывает на то, что в данных студентах заложен значительный творческий потенциал, который предоставляет богатый выбор творческих возможностей, необходимых направить в нужное русло. И у 14,6% опрошенных студентов низкий показатель творческого потенциала. Это свидетельствует об отсутствии веры в свои силы, приводит данную группу респондентов к мысли, что они не способны к творчеству, к поиску нового. Данные показатели характеризуют студентов как консервативных. Это, естественно, влечет за собой проявление ригидности, боязнь взять на себя ответственность за ту или иную деятельность.

Второй уровень диагностики – ситуации, моделирующие инновационную деятельность в профессиональной деятельности клинического психолога. Диагностика осуществлялась по методике «Диагностика

степени развитости у студентов механизмов исследовательской деятельности, определение восприимчивости, открытости проблемам», позволяющей определить степень сформированности у студентов готовности к исследовательской деятельности. Уровень чувствительности к проблемам оценивался нами посредством ситуаций (кейсов), в которых может раскрыться исследовательская составляющая творческой личности будущего клинического психолога.

В ходе исследования нами были получены результаты, позволяющие установить и проанализировать степень развитости у студентов механизмов творческой деятельности, восприимчивости, открытости новому. Высокие показатели имеют 8% студентов. Данная группа характеризуется направленностью на творчество в профессиональной деятельности. 22,7% опрошенных студента показали низкий уровень открытости проблемам, в их действиях преобладают стереотипные формы поведения, их деятельность носит репродуктивный характер. Большинство исследуемых (69,3 %) имеют средний уровень чувствительности к проблемам.

Таким образом, по результатам констатирующего эксперимента, мы убедились в необходимости формирования способности студентов – будущих клинических психологов рефлексировать различные составляющие профессиональной деятельности – содержательной, мотивационной, готовности встать в аналитическую, исследовательскую позицию к себе и своей работе.

Поэтому мы сформировали экспериментальную группу студентов в количестве 25 человек, показавших в ходе исследования низкие и средние результаты.

С целью формирования у студентов экспериментальной группы – готовности к инновационной деятельности (в части рефлексивно-исследовательского компонента), нами был организован и проведен формирующий эксперимент, который предполагал реализацию следующих психолого-педагогических условий: обогащение содержания дисциплин психолого-педагогического цикла знаниями из области инноваций в профессиональной деятельности клинического психолога; активизация процесса формирования готовности студентов к инновационной деятельности активными методами обучения (деловые игры, теоретические дискуссии, кейс-метод, дебаты, проблемные дискуссии с выдвижением проектов), способствующими формированию субъектной позиции, а именно развитию их рефлексии, формированию мотивации, обеспечивающими формирование рефлексивно-исследовательского компонента готовности к инновационной деятельности и, как следствие целостную готовность к инновационной профессиональной деятельности. Огромный потенциал в формировании рефлексивно-исследовательского компонента готовности студентов к инновационной профессиональной деятельности имеет

профессиональная практика. Поэтому, особое внимание на формирующем этапе экспериментальной работы отводилось организации практик (практика по получению первичных навыков научно-исследовательской деятельности; практика по формированию профессиональных умений и навыков) (Тенькова, 2016).

Для подтверждения нашего предположения о том, что разработанные психолого-педагогические условия формирования готовности студентов к инновационной деятельности, было проведено повторное исследование.

Сравнительные результаты показателей уровней рефлексии у студентов до и после формирующего эксперимента по методике «Определение уровня рефлексии» представлены в таблице 1.

*Таблица 1*

**Показатели сформированности рефлексивно-исследовательской составляющей готовности студентов к инновациям в профессиональной деятельности до и после формирующего эксперимента**

Уровни сформированности рефлексивной составляющей готовности	До формирующего эксперимента	После формирующего эксперимента
Высокий	0% (0 чел.)	44% (11чел.)
Средний	52% (13чел.)	48% (12чел.)
Низкий	48% (12чел.)	8% (2чел.)

Анализ результатов полученных до формирующего эксперимента позволяет предположить, что авторитарно-рутинная практика работы некоторых организаций (которую будущие клинические психологи могли наблюдать во время практики), невооруженность специалистов умениями общения с клиентами, пациентами и коллегами, приводит к потере интереса к профессии и веры в свои силы, овладению непродуктивными образцами профессиональной деятельности. А это препятствует осмыслению результатов профессиональной деятельности.

Показатели, полученные по завершению формирующего эксперимента по методике «Определение уровня рефлексии» указывают на то, что характер деятельности, организованной на занятиях, опыт, полученный студентами в процессе реализации психолого-педагогических условий, способствовал развитию профессиональной рефлексии. Причем, прохождение профессиональной практики создавало условия для самоанализа, оценки собственной профессиональной деятельности, деятельности клинических психологов – коллег.

Сравнивая уровень творческой активности исследуемых студентов экспериментальной группы по результатам до формирующего эксперимента и при повторном исследовании, мы пришли к следующим выводам. К числу несомненных успехов проведенной работы можно отнести повышение после формирующего эксперимента уровня креативности. Судя по результатам, нельзя не отметить существенного уменьшения числа испытуемых с низким уровнем развития творческого потенциала. Данная положительная тенденция проявилась и относительно уровней чувствительности к проблемам (таблица 2).

Таблица 2

**Динамика развития исследовательской составляющей готовности студентов к инновациям в профессиональной деятельности до и после формирующего эксперимента**

Этапы исследования	Динамика развития творческого потенциала студентов					
	Уровни развития творческого потенциала			Уровни чувствительности к проблемам		
	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
До формирующего эксперимента	44% (11 чел.)	48% (12 чел.)	8% (2 чел.)	64% (16 чел.)	28% (7 чел.)	8% (2 чел.)
После формирующего эксперимента	48% (12чел.)	52% (13 чел.)	0%	72% (18 чел.)	24% (6 чел.)	4% (1 чел.)

Мониторинг реализации процесса формирования готовности студентов к инновационной деятельности выступил как источник упорядоченной информации для осуществления управления данным процессом.

Таким образом, анализ результатов, полученных в ходе повторного исследования, позволяет проследить позитивную динамику изменения показателей по рефлексивно-исследовательскому компоненту готовности по сравнению с первичным исследованием. Это подтверждает целесообразность применения выдвинутых нами психолого-педагогических условий формирования готовности студентов к инновациям в профессиональной деятельности клинического психолога.

**Список литературы**

1. Башмакова Н.И. Мировые тенденции развития высшего образования в XXI веке : видение ЮНЕСКО и практика реформ // Высшее образование сегодня. 2007. № 1. С. 28-30.
2. Кузьмина Л.Г., Кавнатская Е.В. Готовность современных студентов к обучению «в течение всей жизни» (мотивационно-ценностный компонент) // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Проблемы высшего образования. 2017. № 4. С. 138-143.
3. Максимов Ю.Г. Педагогические условия подготовки студентов к инновационной деятельности в школе : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01. Ижевск, 2001. 199 с.

4. Андреев В.И. Педагогика творческого саморазвития. Инновационный курс. Книга 1. Казань : Изд-во КГУ, 1996. 568 с.

5. Тенькова В.А. Роль производственной практики в подготовке будущих специалистов (на примере студентов-психологов) // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Проблемы высшего образования. 2016. № 4. С. 58-61.

УДК 378.4

## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ВУЗЕ

А.В. Жарова, А.В. Голева, Г.Н. Гончарова

*Сибирский государственный университет науки и технологий имени академика М.Ф. Решетнева, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматривается опыт деятельности центра социально-психологической помощи по организации социально-психологической поддержки обучающихся в вузе. Новизна работы состоит в рассмотрении практического опыта попытки преодоления существующих проблем и противоречий между молодежной аудиторией и системой высшего образования путем оказания социально-психологической поддержки обучающимся в вузах. Целью работы является внедрение эффективных сберегающих здоровье социально-психологических технологий в вузах. Задачи работы: 1. Рассмотреть практический опыт применения психологических технологий сохранения здоровья; 2. Выявить особенности организации социально-психологической поддержки обучающихся в вузе; 3. Сформулировать выводы, обобщающие приведенный опыт деятельности.

**Ключевые слова:** социально-психологическая поддержка, профориентация, адаптация, студенты, сберегающие здоровье технологии.

**Актуальность.** Возраст студенчества – это период решения задач, лежащих не только в сфере профессиональной подготовки. Профессия приобретается для того, чтобы реализоваться как личности, определиться в жизненных перспективах, создать семью. Для студенчества становятся доминирующими потребности в подборе пары, в самоутверждении, в самореализации, в расширении коммуникативных связей. Это возраст завершения решения психологических задач юности и осознания новых задач взрослости, связанных с автономным существованием и независимостью.

Этот период кризиса переживается молодыми людьми по-разному. Проблему представляет замкнутый круг сложностей, по которому «движется» студент, и который необходимо «разорвать» ему самостоятельно

или при помощи. Выглядит он примерно так: наиболее частые стрессогенные ситуации, на которые указывают молодые люди - неорганизованность, конфликты, трудности в освоении изучаемого материала - создают условия для развития хронического эмоционального стресса, который провоцирует возникновение различных расстройств здоровья, в свою очередь усугубляющих социальные проблемы.

Постановка проблемы. По данным наших исследований среди студентов вузов г. Красноярск, более чем у половины из них ( $62\% \pm 2,2\%$ ) отмечаются высокий уровень тревожности и эмоциональной напряженности. Более, чем у трети обучаемых ( $33-45\% \pm 1,8$ ) отмечаются психосоматические расстройства здоровья и функциональные нарушения невротического характера. По мнению преподавателей и организаторов учебно-воспитательного процесса в вузе первое место в плане негативного влияния на здоровье студентов занимает социальный стресс ( $W=0,7$ ;  $p<0,001$ ). Исследования состояния здоровья обучаемых вузов г. Красноярск выявили выраженную корреляционную связь уровня здоровья студентов с их социально-психологическими характеристиками (Н.А. Горбач, 2011). Комплекс мероприятий поддержки психосоциальной адаптации студентов в системе здоровьесбережения обучающихся в вузе заслуживает особого внимания. В основе методологии оказания социально-психологической поддержки обучающимся вузов лежат теоретические положения психологии и педагогики, психофизиологические и социально-гигиенические исследования здоровья студентов.

Основные этапы психологического сопровождения учебно-воспитательного процесса в вузе определены логикой формирования личности будущего профессионала: психологический отбор абитуриентов на основе предыдущего школьного этапа профориентации и состояния здоровья молодых людей; поддержка адаптации первокурсников к новым условиям жизни; развитие профессионально-важных качеств личности и универсальных компетенций обучаемых; содействие конкурентоспособности на рынке труда и развитию карьеры выпускников. Опыт деятельности Центра социально-психологической помощи ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет науки и технологий им. М.Ф. Решетнева» по организации социально-психологической поддержки обучаемых выявил определенные особенности реализации этих этапов в современном вузе.

Обсуждение опыта деятельности Центра социально-психологической помощи (ЦСПП) ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет науки и технологий им. М.Ф. Решетнева» по организации социально-психологической поддержки обучаемых. Опыт ЦСПП представляет интерес с точки зрения внедрения инновационных сберегающих здоровье технологий в вузах (Н.А. Горбач, 2011).

Рассматривая задачи психологической службы высшего образования, доктор психологических наук Чиркова Т.И. (2011) обращает внимание на необходимость разрешения противоречий между доминирующими потребностями молодежи и задачами организационных структур вуза, что полностью согласуется с нашим опытом.

Эти противоречия известны, и первое из них – несоответствие выбираемой профессии и склонностей личности обучающегося. Зачастую профессия выбирается человеком под давлением чисто внешних обстоятельств: мнение окружающих людей, вопрос престижности, экономические соображения, внешняя атрибутика специальности или другие обоснования, которые могут не иметь ничего общего с индивидуальными особенностями и склонностями человека. Реализуя психологический аспект профориентационной работы, педагоги-психологи Центра социально-психологической помощи с помощью психодиагностических методик выявляют соответствие личностным особенностям выбранное направление будущей профессиональной деятельности у трети (30-33%) протестированных студентов. Решению задачи психологического аспекта профориентации обучаемых в вузе служит проект ЦСПП «Технология развития карьеры», который включает психологическую диагностику личности абитуриентов, обучаемых и, основанные на ее результатах, консультации и семинары-практикумы.

Эмоциональное отношение к труду; соответствие его процесса динамическим характеристикам деятельности конкретного человека; требования, предъявляемые процессом труда к индивидуальному когнитивному стилю; степень коммуникативной задействованности; обилие стрессов или, напротив, наличие монотонии; выраженный повседневный риск, требующий повышенной осторожности; нагрузки, связанные с необходимостью принятия самостоятельных решений в сложной и постоянно меняющейся обстановке: все это - далеко неполное описание профессиональной специфики, требующей индивидуально-личностной созвучности. В центре внимания педагога-психолога, реализующего профориентацию обучаемых, находятся особенности профессиограммы конкретного вида профессиональной занятости. Позиция педагога-психолога опирается не только на специфические условия трудовой деятельности, но и на многообразие человеческих характеров. В ходе реализации проекта психолог руководствуется идеей о том, что каждому человеку должно быть найдено место, наиболее соответствующее его склонностям, а профессий гораздо больше, чем типов личности. Кроме того, каждая профессия предусматривает разные служебные роли, что позволяет более дифференцированно подходить к профессиональной адаптации тех лиц, у которых уже нет возможности изменить свой выбор кардинальным образом.

В период вхождения в новую социальную роль – студенческую – у молодых людей развиваются качественно новые коммуникатив-

ные возможности. Происходят изменения взаимодействия не только в своей возрастной когорте, но и осознанно создаются деловые коммуникации со старшей возрастной группой, формируются взаимоотношения с людьми, стоящими на более высокой ступени социальной иерархии. Этими людьми выступают преподаватели, руководители кафедр, институтов, факультетов, лидеры молодежных объединений и т.д. Возникающие противоречия взаимодействия между представителями разных систем (молодежной субкультуры и вуза) могут по-разному отражаться на развитии нравственных личностных качеств будущих профессионалов, психологическом статусе и состоянии их здоровья. Необходимо достижение взаимопонимания между пришедшими в вуз молодыми людьми и сотрудниками. Активное информирование в доступной форме обучающихся – о правилах и возможностях поддержки в образовательной организации, а сотрудников – о социально-психологических особенностях первокурсников, снижает психоэмоциональную напряженность и повышает эффективность учебно-воспитательного процесса.

В рамках университетской программы «Адаптация первокурсников» Центром социально-психологической помощи реализуется ряд мероприятий для студентов первого курса: проведение тренингов на знакомство и сплочения в студенческих группах; работа студенческого психологического клуба; информирование по вопросам адаптации в новом коллективе, здоровых способах разрешения конфликтов и возможностях получения квалифицированной психологической помощи в вузе.

В целях повышения эффективности деятельности по преодолению проблем нарушения адаптации студентов разработана модель совместной работы специалистов Центра и воспитательной службы вуза (рис. 1). Из схемы видно, что организация и реализация мероприятий психологического сопровождения обучающихся, находящихся в состоянии социально-психологической дезадаптации, воспитательной службой вуза выстраивается на основе рекомендаций, вырабатываемых специалистами Центра по результатам анализа состояния данной проблемы в каждом конкретном случае (А.Н. Леонтьева, 2016).

Мероприятия психологического сопровождения – это специально организованный комплекс мер, направленных на создание среды, обладающей реабилитационными и развивающими возможностями и при этом сохраняющей все черты реальной жизни. Именно поэтому специалисты Центра регулярно инициируют открытые лекции и встречи, доступные для всех субъектов учебно-воспитательного процесса, на которых делятся практическими знаниями и умениями по формированию оптимальной социально-психологической среды для образовательного процесса.



**Рисунок 1.** Психологическое сопровождение обучающихся, находящихся в состоянии социально – психологической дезадаптации

На таких мероприятиях каждый может получить информацию о первичных признаках нарушения психологического здоровья, способах реагирования в такой ситуации и далее транслировать знания и умения по укреплению здоровьесберегающего потенциала образовательной среды вуза.

Проблема социально-психологической адаптации актуальна не только для студентов первого курса. Адаптационными являются периоды прохождения производственной практики, сессии, и ряд личных ситуаций, не связанных с обучением в вузе, но непосредственно на него влияющих. Успешность адаптации – это обязательное условие сохранения мотивации обучения и развития личности. Поэтому исследование и целенаправленное психологическое сопровождение данной категории обучающихся является одной из главных задач социально-психологической и воспитательной службы вуза.

Данные психодиагностики и анализ запросов на оказание психологической помощи на базе Центра свидетельствуют о том, что количество студентов, попадающих в категорию дезадаптированных на разных курсах, остается стабильно высоким от 33 % до 47 % в разные годы. В свою очередь, само образовательное пространство, со всеми его субъектами, обладает возможностями для восстановления гармоничного отношения личности и среды.

Каждый субъект образовательного пространства способен оказать поддержку дезадаптированной личности в определенных этических границах и стать инициатором идеи воспользоваться профессиональной психологической помощью при появлении признаков дезадаптации.

В данном контексте профилактические задачи информационно-просветительской работы Центра заключаются в следующем: ознакомление с видами и формами оказания социально-психологической помощи; информирование о социально-психологических особенностях студенческой молодежи; формирование психологической культуры и решение психологических проблем взаимодействия участников учебно-воспитательного процесса в вузе; ознакомление с проявлениями девиантного поведения студентов, и др.

Используются разнообразные формы проведения такой работы с кураторами, преподавателями, обучающимися: тематические семинары, открытые психологические лектории, студенческий психологический клуб, реализация повышения квалификации преподавателей по дополнительным образовательным программам, развивающим психолого-педагогическую компетентность педагогов.

Специалисты Центра сопровождают кураторов и старост студенческих групп для дальнейшей самостоятельной деятельности по организации и проведению мероприятий психологической поддержки в своих группах. При этом подбираются наиболее безопасные виды психологической работы, которые возможно реализовать человеку, не обладающему профессиональной психологической подготовкой.

Введение в систему работы вуза мероприятий психологического сопровождения позволяет и психологам, и воспитательной службе вуза своевременно реагировать на проблемы, возникающие в студенческой среде, подкреплять систему отношений «студент-преподаватель» принципами доверия и уважения к личности другого.

На основе результатов работы со студентами (анализа содержания запросов, анализа частоты возникновения схожих запросов, статистического анализа проблем на различных курсах) вырабатываются своевременные и целенаправленные рекомендации педагогам, непосредственно контактирующим с обучающимися.

Обобщая приведенный опыт деятельности ЦСПП, можно сделать следующие выводы:

- в основе деятельности Центра социально-психологической помощи по социально-психологической поддержке обучающихся лежит мониторинг их социально-психологических характеристик;
- деятельность по социально-психологической поддержке обучающихся интегрирована в учебно-воспитательный процесс и является его неотъемлемой составляющей;

- разработка и реализация различных по формам и содержанию деятельности проектов ЦСПП, направленных на социально-психологическую поддержку обучающихся, способствуют решению актуальной задачи образовательного процесса в вузе - формированию профессионала, востребованного на рынке труда.

### Список литературы

1. Горбач Н.А., Жарова А.В., Лисняк М.А., Колоскова Т.П., Трепашко Т.В., Шерстяных Д.М., Шерстяных А.С. Методология изучения и сохранения здоровья участников образовательного процесса в вузе: монография. Красноярск: Сибирский юридический институт ФСКН России, 2011. 295 с.
2. Мешеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь. М.; СПб.: АСТ; АСТ-Москва; Прайм-Еврознак, 2008. 632 с.
3. Психологический словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. 2-е изд., испр. и доп. М.: Политиздат, 1990. 494 с.
4. Психология профессионального здоровья / под ред. проф. Г.С. Никифорова. СПб., 2006. 208 с.
5. Социально-психологическая поддержка субъектов учебно-воспитательного процесса в вузе: практический аспект: метод. рекомендации для преподавателей, кураторов, воспитателей общежитий / сост. А.В. Жарова, И.Е. Марина, А.В. Голева, А.Н. Леонтьева. Красноярск: «СибГАУ им. акад. М.Ф. Решетнева», 2016. 78 с.
6. Чиркова Т.И. Психологическая служба вуза: иллюзия или стратегическая возможность решения проблем профессиональной подготовки студентов? // Проблемы современного образования. 2011. № 1. С. 82-93.

УДК 61.616.895

## МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ИХ ЖИЗНИ

Т.И. Захарова, В. Ю. Зорина, М.А. Лисняк, В.Г. Сухих

*Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн, г. Красноярск, Россия  
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-  
Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье обсуждается проблема мультидисциплинарного подхода к реабилитации лиц, имеющих посттравматического стрессовое расстройство, в условиях многопрофильного стационара. Обосновывается комплексная работа бригады специалистов как значимого фактора в процессе повышения качества жизни ветеранов боевых действий.

**Ключевые слова:** реабилитация, ветераны боевых действий, ПТСР, мультидисциплинарный подход, качество жизни.

В последние десятилетия благодаря развитию медицинских технологий неуклонно увеличивается продолжительность жизни человека. И на первый план все чаще выходит вопрос качества жизни. Под качеством жизни понимают интегративный показатель, основанный на субъективной удовлетворенности человека своим физическим, психическим и социальным статусом. Высокое качество жизни может иметь только здоровый и успешный человек.

Ветераны боевых действий утратили часть своего потенциала физического и психического здоровья, выполняя служебные задания по поддержанию конституционного порядка в «горячих точках» нашей страны. И долг государства перед этими людьми заключается в организации помощи по восстановлению их здоровья и социального благополучия (Торгашев, 2017).

Участие в боевых действиях, пребывание в зоне локального конфликта и другие патогенные факторы боевой обстановки во многих случаях приводят к срыву компенсаторных механизмов, формированию различных по глубине психопатологических нарушений (т.н. боевой психической травмы), а в дальнейшем к развитию своеобразной нажитой психопатизации и социальной дезадаптации–посттравматическим стрессовым расстройствам (Соколов, Паршина, 2013).

Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов боевых действий представляют собой изменения личности в виде своеобразных сочетаний ранимости, недоверчивости, отгороженности, разочарования и страха перед будущим с нарушением социальной коммуникации, оппозиционностью, дисфориями, агрессивным и саморазрушающим поведением, злоупотреблению алкоголем, наркотическими веществами. Безусловно, все вышеперечисленное значительно снижает качество жизни этих людей (Сукиасян, 2013).

В Российской армии сформирована система оказания психиатрической помощи участникам боевых действий на театре боевых действий и система реабилитации последствий боевой психической травмы, представленная отделениями реабилитации в военных госпиталях, кабинетами психологической помощи в воинских частях (Литвинцев, Снедков, Резник, 2005).

Однако после демобилизации из армии, увольнения из силовых ведомств специализированная медико-психологическая помощь ветеранам боевых действий с признаками ПТСР практически малодоступна, оказывается в единичных регионах, в центрах реабилитации различной ведомственной принадлежности (чаще - в учреждениях социальной защиты, а также на базе некоторых госпиталей для ветеранов войн).

Таким образом, оказание помощи при ПТСР осуществляется несистемно и далеко не всегда – нет специализированных центров, отделений, кабинетов с одной стороны, а с другой – ветераны не стремятся получить эту помощь в силу особенностей заболевания и неосведомленности (Кадыров, 2012).

Для исправления сложившейся ситуации решением Правительственной комиссии по социальным вопросам военнослужащих и членов их семей управлением здравоохранения администрации Красноярского края в 1997 году на базе краевого госпиталя для инвалидов Великой Отечественной Войны (далее – Красноярский крайевой госпиталь для ветеранов войн) был развернут Центр медико-психологической реабилитации для участников боевых действий и локальных конфликтов (ЦМПР) на 20 круглосуточных коек; в дальнейшем был открыт дневной стационар; в связи с растущей потребностью с 5 коек в 1999 году дневной стационар постепенно был увеличен до 30 коек.

Предметом реабилитации на сегодняшний момент является не только соматическое и психическое здоровье человека, но и его профессиональные навыки, социальные связи, юридические права и т.д. Исходя из этого, реабилитацию сегодня тоже принято делить по сферам жизни человека – на медицинскую, социальную, психологическую, юридическую, профессиональную, педагогическую и т.д.

Медицинская реабилитация осуществляется в три этапа: амбулаторный, стационарный, поликлинический. В нашем крае стационарный этап медицинской реабилитации проводится в ЦМПР ККГВВ; амбулаторный этап – в условиях территориальных поликлиник; санаторный этап – в случае получения ветераном путевки в санаторий, условия определены федеральным законодательством. Санаторно-курортное лечение входит в соцпакет (набор социальных услуг) вместе с бесплатным лекарственным обеспечением и бесплатным проездом в пригородном транспорте.

Следует отметить, что более половины ветеранов боевых действий отказываются от набора социальных услуг в пользу получения ЕДВ (ежемесячной денежной выплаты). Таким образом, более половины ветеранов боевых действий, проживающих в Красноярском крае, потеряли возможность санаторно-курортного лечения, практически отказались от санаторного этапа реабилитации. В большинстве случаев это связано с трудным материальным положением, а так же отсутствием реального диспансерного наблюдения, отсутствием преемственности в организации медицинской реабилитации. Мы считаем, что санаторно-курортное оздоровление ветеранов должно быть более доступным, представляется целесообразным разработать краевую программу с определением местной базы и профилизацией ее для эффективного оздоровления ветеранов боевых действий и членов их семей.

Социальная реабилитация имеет своей целью обеспечение социализации личности, восстановление социального статуса и социального самочувствия через обеспечение социальных гарантий (образование, жилье, правовую защиту), формирование позитивного общественного имиджа ветерана боевых действий, развитие социальной активности ветеранов.

Профессиональная реабилитация-обучение, переобучение ветерана боевых действий с целью максимального восстановления его профессионального статуса.

В соответствии с биопсихосоциальной моделью формирования психических расстройств в последние десятилетия возникло представление о необходимости комплексного (мультидисциплинарного) подхода к лечению и реабилитации, в том числе, ПТСР и других последствий боевой психической травмы. Действительно, эффективность реабилитации зависит от правильной координации действий многих специалистов (Кин, Фридман, 2005).

Региональное бюро ВОЗ по европейским странам предложило бригадную форму в качестве модели организации восстановительного лечения, основанную на принципе работы мультидисциплинарной реабилитационной бригады (Пруитт, 2003). Мультидисциплинарная бригада (МДБ) объединяет специалистов, оказывающих помощь в лечении и реабилитации больных и работающих как единая команда (бригада) с четкой согласованностью и координированностью действий.

Опыт создания и эффективной деятельности мультидисциплинарной бригады имеется в Центре медико-психологической реабилитации Красноярского краевого госпиталя для ветеранов войн. Красноярский крайевой госпиталь для ветеранов войн является основным организационно-методическим центром по вопросам медицинского обслуживания ветеранов боевых действий на территории Красноярского края. Госпиталь проводит сбор и анализ информации по медицинскому обслуживанию и диспансеризации ветеранов боевых действий, взаимодействует с территориальными ЛПУ, разрабатывает методические письма, ведет медицинскую отчетность.

Специалистами Центра еще в начале 2000-х был внедрен инновационный для того времени системный подход к лечению и реабилитации ветеранов боевых действий (Кондратьев, 2014), выделена основная цель – лечение ПТСР у ветеранов боевых действий, приказом управления здравоохранением Красноярского края было закреплено требование оказания необходимой специализированной помощи со стороны других медицинских учреждений (КПНД, КНД) и персональной ответственности руководителей этих учреждений за ее оказание. Были установлены конструктивные отношения с ведомствами, ответственными за работу с ветеранами (органами социальной защиты, службы занятости населения, МСЭК, краевым военным комиссариатом и другими).

На первом этапе была сформирована лечебно-диагностическая база, подобран и обучен персонал. Научной основой внедренных методов реабилитации явились исследования совместно с кафедрами Красноярской государственной медицинской академии (сейчас – КрасГМУ), в том числе – диссертационное исследование «Научное обоснование модели организации медико-социальной помощи лицам, принимавшим участие

в контртеррористических операциях во время службы по призыву», методические рекомендации «Медико-социальная реабилитация ветеранов боевых действий в условиях региона на примере Красноярского края».

С 2004 года сформирована мультидисциплинарная бригада специалистов, включающая психиатра, психотерапевта, нарколога, клинического психолога, специалиста по социальной работе, юриста, что позволило оптимизировать программу комплексной реабилитации ветеранов боевых действий, значительно повысить качество реабилитационных услуг.

Программа медико-психологической помощи и комплексной реабилитации ветеранов боевых действий состоит из следующих компонентов: базовые методы диагностики и лечения (психофармакотерапия, психотерапия, физиотерапевтическое лечение, ЛФК, иглорефлексотерапия, лечение сопутствующих заболеваний) и методы комплексной реабилитации (включает, кроме медицинской и медико-психологической, элементы других видов реабилитации - социальной, профессиональной, юридической, социокультурной).

Диагностический этап работы с ветераном боевых действий начинается с консультации врача-психиатра, который должен интерпретировать жалобы, анамнестические сведения и клинические особенности заболевания, с дальнейшим формированием клинического диагноза. Для получения более ясного представления о заболевании пациента в необходимых случаях психиатр назначает консультацию клинического психолога, нарколога, невролога, терапевта, а так же направляет пациента на диагностические исследования (нейрофизиологические, функциональные, рентгенологические и другие). В сложных клинических случаях проводится консилиум специалистов с участием сотрудников кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО КрасГМУ. Диагностический этап продолжается от 1 до 3-5 дней и завершается с формированием полного клинического диагноза.

Лечение и реабилитация в ЦМПР начинаются с первого дня поступления пациента, при этом оба процесса проводятся одновременно. Участники мультидисциплинарной бригады работают с пациентом каждый по своему направлению, применяют к нему свои профессиональные знания, методы; результаты их действий складываются и усиливают общий эффект (так называемый эффект эмирджентности).

Основные блоки работы бригады специалистов бригады: медикаментозное лечение (психофармакотерапия дополняется лечением сопутствующих соматических заболеваний); психотерапия (когнитивно-поведенческая, рациональная, семейная, гипнотерапия, НЛП, транзактный анализ, гештальт-терапия и др.); психологическая коррекция; решение социальных, профессиональных и юридических проблем; взаимодействие с семьей, общественной ветеранской организацией.

Значимым фактором в комплексной реабилитации лиц с ПТСР является нахождение реабилитационного центра в структуре много-

профильного стационара. Кроме сформированной и обученной мультидисциплинарной бригады в ЦМПР, госпиталь как многопрофильная больница предоставляет большие возможности в диагностике и лечении сопутствующих заболеваний по различным профилям, в том числе: неврология, терапия, кардиология, пульмонология, хирургия, урология, стоматология, офтальмология, эндокринология, отоларингология, дерматология, онкология. В госпитале имеется обширная диагностическая база (отделение функциональной диагностики, отделение лучевой диагностики, отделение эндоскопических исследований, лаборатория); в условиях физиотерапевтического отделения проводится физиотерапевтическое лечение, иглорефлексотерапия, массаж, лечебная физкультура.

Таким образом, использование внутренних ресурсов госпиталя значительно повышает эффективность лечебно-реабилитационного процесса пациентов с последствиями БПТ и ПТСР. Комплексный подход к реабилитации, учет различных аспектов человеческого функционирования помогает ветеранам повысить их качество жизни.

### Список литературы

1. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь : учеб. пособие. СПб.: Речь, 2012. 142 с.
2. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фoa, Т.М. Кина, М. Фридмана. М.: Когито Центр, 2005. 467 с.
3. Кондратьев Г.В., Юдин С.А., Вершинин Е.Г., Хвастунова Е.П., Сидорова Д.А., Вешнева С.А. Биопсихосоциальный подход в медицине: теория и практика реализации // Успехи современного естествознания. 2014. № 9. С. 14-16.
4. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2005. 432 с.
5. Соколов Е.Ю., Паршин А.Н. Психические расстройства при боевом стрессе и их профилактика [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 2(19). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 17.10.2018)
6. Сукиасян С.Г., Маркова В.В. Роль личности в развитии боевого посттравматического стрессового расстройства // Психолог. 2013. № 2. С. 258-308.
7. Торгашов М.Н. Клиническое содержание и степень выраженности посттравматического стрессового расстройства у комбатантов разного возраста [Электронный ресурс] // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2017. № 3. URL: <https://doi.org/10.25016/2541-7487-2017-0-3-110-115> (дата обращения: 17.10.2018).
8. Шерри Пруитт. Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий. Глобальный доклад : пер. с англ. ВОЗ, 2003. 92 с.
9. Calhaun P.S., Bosworth H.B., Grambow S.C. [et al.] Medical service utilization by veterans seeking help For posttraumatic stress disorder // Am. J. Psihiatre. 2002. Vol.159, № 12. P. 2081-2086.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Е.В. Зорина, Л.А. Мудрова

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье обсуждается проблема психологических подходов к реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца. Обосновывается комплексная работа в области реабилитации, состоящая из медицинского сопровождения и психологической поддержки. Обосновывается возможность повышения качества жизни пациентов с ИБС в ходе психологической реабилитации.

**Ключевые слова:** реабилитация, ИБС (ишемическая болезнь сердца), качество жизни.

**Актуальность.** Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в течение многих лет является главной причиной смертности населения во многих экономически развитых странах (ВНОК, 2009).

В настоящее время ССЗ играют решающую роль в эволюции общей смертности в России. В 2010 г смертность от болезней системы кровообращения в РФ составила 56,5% в общей структуре смертности. Из них около половины приходится на смертность от ИБС.

В России показатели сердечно-сосудистой смертности значительно выше, чем за рубежом, однако последние 3 года наметилась тенденция к их стабилизации.

Частота стенокардии резко увеличивается с возрастом, начиная с 45 лет и достигает максимума в 65-74 года (ВНОК, 2009).

Около 10 млн. россиян трудоспособного возраста страдает ИБС, из которых 3,5 млн. приходится на стабильную стенокардию.

Только 40 – 50 % всех больных стенокардией знают о наличии у них заболевания и получают соответствующее лечение, 50-60% случаев заболевания остается нераспознанным (ВНОК, 2009).

Кардиологическая реабилитация повышает шанс пациента выжить. Кардиологическая реабилитация подходит пациентам всех возрастов и при многих формах заболеваний сердца. Реабилитация при болезнях сердца – это программа, основанная на индивидуальных особенностях пациента, которая состоит из упражнений, мероприятий и обучения, целью которой является восстановление здоровья после того или иного перенесенного заболевания сердца либо после перенесенного кардиохирургического вмешательства (Смулевич, 2005).

Реабилитация при болезнях сердца состоит из четырех основных частей:

1. Медицинская обследование и оценка общего состояния
2. Физическая активность
3. Обучение правильному образу жизни
4. Психологическая поддержка

Кардиологическая реабилитация часто начинается уже тогда, когда больной все еще находится в стационаре на лечении, а затем продолжается и после выписки. Первые этапы большинства программ кардиологической реабилитации длятся от трех до шести месяцев. В это время с больными работают врач-кардиолог, обучающий специалист, диетолог, специалист по реабилитационным упражнениям, специалист по трудотерапии, физиотерапевт, а также психолог (Киселева, 2012; Смулевич, 2005; Сидров, 2008).

Заболевание сердца – это серьезная проблема, которая «выбивает» человека на какое-то время из привычной колеи. Это может привести к депрессии, беспокойству. Человек не может работать, заниматься привычными вещами. Поэтому очень важна психологическая поддержка. Если у больного депрессия, не стоит игнорировать этот этап реабилитации, иначе восстановление от болезни будет протекать очень трудно. Психологическая реабилитация – важное звено в цепи всей кардиологической реабилитации. Все знают, что постоянный стресс – это фактор риска развития ИБС, инфаркта миокарда и инсульта. Для практики психологической реабилитации важно отношение к здоровью и болезни, направленность на скорейшее выздоровления, возвращение к труду, общественной жизни. Первое и главное — успокоиться, принять случившееся как свершившийся факт и не мучиться сожалениями, сравнивая свое состояние с тем, каким оно было до болезни. Отрицательные эмоции могут привести к худшим последствиям заболевания (Киселева 2012, 2011; Сидоров, 2008; Смулевич, 2005).

Необходимо помнить, что стресс может усугубить течение заболевания, привести к обострению. Вот почему так важна правильная психологическая реабилитация. Поэтому психологи помогут больным ИБС справиться со стрессом и депрессией (Киселева, 2012; Смулевич, 2005).

**Организация исследования.** Целью нашего исследования явилось: изучение психологических особенностей личности больных ИБС для разработки программы их психологической реабилитации

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Определить группы больных с ИБС.
2. Подобрать диагностические методики для изучения психологических особенностей личности больных ИБС.
3. Проведение исследования по выбранной теме.
4. Разработать программу психологической реабилитации больных ИБС.
5. Разработать рекомендации по улучшению психологического состояния больных с ИБС.

Нами было проведено диагностическое исследование больных с ИБС на базе ФМБА России СКЦ ТО №1 и кардиологического отделения ККБ.

Было проинтервьюировано 50 больных ИБС, находящихся на лечении в терапевтическом отделении №1 Сибирского Клинического Центра и ККБ.

Для изучения психологического состояния больных ИБС мы выделили 2 группы:

1гр. это больные с ИБС до операции (ожидают операцию от недели до месяца).

2гр. – больные ИБС после операции (до 3 лет).

Возраст больных составил 55-70 лет.

При проведении исследования было выявлено, что 58% составили мужчины и с 56 лет отмечается рост ИБС и пик заболевания приходится на возраст 66-70 лет.

Мы знаем, что при заболеваниях сердца имеет место и психосоматика. Поэтому у больных ИБС преобладает состояние тревожности и снижена стрессоустойчивость. Для изучения этих показателей мы провели тест Ридера и тест на определение уровня тревожности.

**Результаты и обоснование.** По нашим данным у больных ИБС до операции высокий уровень тревожности наблюдался практически в половине случаев, и несколько меньше средний, который составил 33%. У больных после операции значительно преобладал средний уровень тревожности – 60%, а высокий и низкий уровень тревожности оказались одинаковыми и составили по 20%

По данным теста Ридера на определение уровня стресса, было отмечено что, у больных ИБС до и после операции максимально преобладает низкий уровень стресса (86,7% и 93,3%). Средний уровень стресса незначительно отмечался в обеих группах, но в группе до операции превышал в 2 раза уровень стресса послеоперационных больных (13,3% и 6,7%).

Нуждающимся в психологической реабилитации были проведены беседы на темы:

«Действие стресса на организм человека», «Стресс и пути преодоления стресса», а так же больные ИБС посетили Школу здоровья.

Больные были обучены: методу глубокого дыхания; методу аутогенной тренировки; десяти заповедям преодоления стресса и стрессовых реакций.

После проведения вышеуказанных мероприятий мы вновь провели анкетирование для выявления полученных результатов.

В результате отмечалась положительная динамика в обеих группах, уровень высокой тревожности уменьшился как у больных с ИБС до, так и после операции. Преобладал средний уровень тревожности 46,7% в той и другой группе.

Нами так же было отмечено улучшение результатов при проведении теста Ридера. У больных до операции снизился средний (6,7%) и повысился низкий уровень стресса (93,3%). У больных после операции определялся только низкий уровень стресса и составил 100%.

#### **Выводы:**

1. При исследовании больных ИБС большинство (58%) составляют мужчины, с 56 лет заболеваемость растет и пик приходится на возраст 66-70 лет, что соответствует данным ВОЗ.
2. У больных ИБС до операции высокий уровень тревожности наблюдается практически в половине случаев, и несколько меньше - средний (33%). У больных после операции значительно преобладает средний уровень тревожности (60%), а высокий и низкий уровни тревожности оказались одинаковыми и составили по 20%.
3. У больных ИБС до и после операции максимально преобладает низкий уровень стресса (86,7% и 93,3%). Средний уровень стресса незначительно отмечается в обеих группах, но в группе до операции превышает в 2 раза уровень стресса послеоперационных больных (13,3% и 6,7%).
4. После проведения психологической реабилитации отмечалась положительная динамика в обеих группах: уменьшился уровень высокой тревожности, остается средний уровень тревожности составил 46,7% в той и другой группе. У больных ИБС до операции снизился средний и повысился низкий уровень стресса. У больных после операции определялся только низкий уровень стресса, который составил 100%.

Таким образом, хотелось бы отметить, что для практики психологической реабилитации важно отношение к здоровью и болезни, направленность на скорейшее выздоровление, возвращение к труду и общественной жизни. Фактически каждый больной ИБС нуждается в психологической реабилитации.

#### **Список литературы**

1. Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Красницкий В.Б. Современные методы реабилитации больных ИБС на постстационарном (диспансерно-поликлиническом) этапе. М.: Санофи-Авентис групп, 2010. 132 с.
2. Болдуева С.А., Шабров А.В., Монова И.А., Бурак Т.Я., Самохвалова М.В. Клинико-психологические факторы, влияющие на риск внезапной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда // Кардиоваскулярная терапия. 2007. № 7. С. 59-68.
3. Киселева М.Г., Киселева М.Г. Психологические факторы в возникновении и течении сердечно-сосудистых заболеваний // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2011. № 6. С. 24-31.

4. Киселева М.Г. Психологические факторы и течение сердечнососудистых заболеваний // Национальный психологический журнал. 2012. № 1 (7). С. 124-131.
5. Киселева М.Г. Личностные черты и риск возникновения сердечнососудистой патологии [Электронный ресурс] // Теория и практика общественного развития: электрон. науч. журн. 2012. № 3. URL : <http://teoria-practica.ru/> (дата обращения: 12.05.2017)
6. Киселева М.Г. Роль психологических факторов в течении периоперационного периода // Ученые записки университета Лесгафта. 2012. № 2(84). С. 69-73.
7. Репин А.Н., Лебедева Е.В., Сергиенко Т.Н., Карпов Р.С. Комплексная реабилитация пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами // Кардиосоматика. 2010. № 1. С. 51-56.
8. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология : учебник. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 880 с.
9. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. М. : МИА, 2005. 784 с.
10. Чукаева И.И., Орлова Н.В., Кисляк О.А., Арутюнов Г.П., Рылова А.К., Соловьева М.В., Евзерихина А.В., Колесникова Е.А. Школы здоровья для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями : учеб. пособие. М.: ГОУ ВПО РГМУ, 2011. 149 с.

УДК 159.97

## КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

В. Г. Иванов, Е. Ю. Лазарева

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия*

**Аннотация.** В статье приведен обзор отечественных и зарубежных исследований по проблеме нарушений психической адаптации. Цель проведенного обзора состояла в уточнении клинических и психологических факторов нарушений психической адаптации личности. Сохранение психического здоровья и профилактика развития нарушений психической адаптации населения, является одной из наиболее важных социально-экономических проблем современного общества. В связи с чем, исследование данной проблемы является актуальным. В статье рассмотрена специфика проявления нарушений психической адаптации в разных сферах жизнедеятельности человека. Проанализированы психологические, социальные и профессиональные факторы нарушений психической адаптации, что определило новизну исследования. Причинами психологически обусловленных нарушений психической адаптации могут являться негативные изменения личности и её преморбидные клинико-социальные характеристики, а также особенности системы личностных отношений. К социальным факторам нарушений психической адаптации исследователи относят стрессоры, связанные жизненными

кризисами, а также с такими переменными как плохое финансовое положение, ограничения в возможности трудовой деятельности, проблемы с психическим здоровьем супруга, избыток досуга и неудовлетворенность жизнью. К профессиональным факторам относят специфические профессиональные стрессоры, условия труда, синдром эмоционального выгорания, пол возраст, стаж работы и др. К другим факторам возникновения состояний нарушений психической адаптации исследователи относят хронические соматические заболевания. В работе перечислены часто выявляемые симптомы, характеризующие состояния нарушений психической адаптации. В результате проведенного обзора был сделан вывод о том, что основными факторами нарушений психической адаптации личности выступают социально-стрессовые ситуации, преморбидные личностные особенности, семейные проблемы, неадаптивные копинг-стратегии, незрелость процессов саморегуляции, алекситимия, хронические соматические заболевания, негативные факторы профессиональной деятельности, климатические и культуральные особенности. При этом нарушения психической адаптации чаще проявляются симптомами выраженной астении, длительными негативно окрашенными переживаниями, повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью, недоверчивостью, осторожностью, тревожными и депрессивными нарушениями, соматизированными и вегетативными проявлениями.

**Ключевые слова:** психическая адаптация, нарушения адаптации, психологические факторы, стресс, психические расстройства.

**Актуальность.** Устойчивость и стабильность общества в кризисных и чрезвычайных ситуациях обусловлена эффективностью его функционирования и приспособления. При этом важными факторами устойчивости общества являются: экономическое развитие, социальный капитал, средства коммуникации, информированность и общественная компетентность, а также хорошее психическое здоровье населения, охрана психического здоровья, социальное функционирование и качество жизни. В связи с чем, сохранение психического здоровья и профилактика развития нарушений психической адаптации населения является одной из наиболее важных социально-экономических проблем современного общества.

**Постановка проблемы.** В настоящее время как зарубежные, так и отечественные исследователи делают вывод о том, что существует значительная неопределенность и размытость клинико-психологических критериев психической дезадаптации (Беребин, 2011) и её соотношения с патологическими состояниями (Агibalова, 2013). В свою очередь канадские исследователи выявили тенденцию, объясняющую возрастающее ухудшение психического здоровья населения, заключающуюся в том, что беспокойство от эмоционально насыщенных ситуаций может все чаще интерпретироваться респондентами как нарушение психического

здоровья, а не как реакции на напряженные обстоятельства (Patten, 2014). В связи с чем, необходимо уточнение клинико-психологических характеристик нарушений психической адаптации.

**Содержание статьи.** К основным факторам психической адаптации исследователи относят механизмы психологической защиты, копинг-стратегии, типологические черты личности, самооценку (Агибалова, 2013) и способность к психической саморегуляции, рассматриваемой на эмоционально-телесном, когнитивно-поведенческом и личностно-мотивационном уровнях (Исаченкова, 2011), нарушения которых приводит к развитию психической дезадаптации.

К субъективно воспринимаемым признакам нарушения психической адаптации относятся длительно существующие негативно окрашенные переживания, которые в некоторых случаях доходят до клинически выраженных психопатологических синдромов, а также ощущение безысходности ситуации и отсутствие психических ресурсов для решения данной проблемы (Булюбаш, 2012). Кроме того, в основе развития нарушений психической адаптации лежат сложные взаимодействия индивидуально психологических особенностей личности и условий социальной среды (Вертячих, 2010).

К психическим расстройствам, связанным со стрессом и нарушением психической адаптации исследователи относят посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций, расстройства, связанные с семейными проблемами, выраженную астеническую симптоматику, сочетающуюся с тревожными и депрессивными нарушениями, повышенную возбудимость и выраженные вегетативные симптомы (Божко, 2008), (Николаев, 2015).

В настоящее время проблема нарушения психической адаптации широко представлена в научных публикациях и отражает специфику проявлений данных состояний в разных сферах жизнедеятельности человека.

Причинами психологически обусловленных нарушений психической адаптации могут являться негативные изменения личности, в виде возникшей склонности к отчужденности и одиночеству, произошедшие в пубертатном периоде (Mattila, 1989). Проведенное исследование донзологических форм нарушений психической адаптации у подростков выявило 3 основные его формы, которые характеризуются нарушением социального поведения, формированием зависимостей и соматизацией (Калин, 2012). К факторам риска нарушений психической адаптации также относятся преморбидные клинико-социальные характеристики и особенности системы личностных отношений (Афанасьева, 2011), (Чистопольская, 2016).

К социально обусловленным причинам нарушений психической адаптации зарубежные исследователи относят стрессоры, связанные жизненными кризисами и с такими переменными как плохое финансовое

положение, ограничения в возможности трудовой деятельности, проблемы с психическим здоровьем супруга, избыток досуга и неудовлетворенность жизнью (Mattila, 1989). Также социальный контекст соматического заболевания может оказывать влияние на стратегии преодоления и психологические реакции на болезнь, ухудшая приверженность к лечению (Sturgeon, 2016).

Исследование нарушений психической адаптации в социально-стрессовых условиях представлены в работе Н.Н. Вертячих. В которой к основным признакам донозологической формы нарушений психической адаптации были отнесены высокая интенсивность жалоб на плохое самочувствие, эмоциональная напряженность и сниженное настроение. У лиц с высоким уровнем невротоподобных проявлений были выявлены такие клинко-психологические нарушения психической адаптации как направленность на собственные переживания, эмоциональная отстраненность, склонность к рефлексии, осторожность и недоверчивость, ориентированность на собственное мнение, эмоциональная лабильность и раздражительность. Также было выделено 2 типа нарушений психической адаптации связанные либо с соматизацией психологических проблем, либо с тенденцией к рационализации и «психологизации» (Вертячих, 2010).

К другим факторам риска возникновения состояний нарушения психической адаптации исследователи относят хронические соматические заболевания (Николаев, 2016). Турецкими исследователями были выявлены взаимосвязи плохого здоровья с развитием психического расстройства в пожилом возрасте (Mattila, 1989). Проведенное исследование клинко-психологических характеристик больных ревматоидным артритом показало, что помимо соматических симптомов, проявляющихся рецидивной болью и ограничивающих трудоспособность, у данных больных наблюдается увеличение распространенности нарушений психического здоровья, проявляющиеся нарушениями настроения и аффективными расстройствами (Sturgeon, 2016). Психическая дезадаптация пациентов сахарным диабетом взаимосвязана с нарушением процессов саморегуляции. Состояния психической дезадаптации у данных больных характеризуются разной степенью выраженности психоэмоциональных расстройств, алекситимии, нарушения лечебного и пищевого режимов, отрицания наличия заболевания, изменений личностного профиля по психопатологическому и невропатическому типу, когнитивных нарушений (Исаченкова, 2011). Травматические повреждения и реконструктивно-восстановительные операции на кисти в настоящее время все чаще приводят к развитию расстройств психической адаптации, которые проявляются симптомами посттравматического стрессового расстройства, высоким уровнем межличностной чувствительности, депрессии, враждебности, тревоги и эмоциональных нарушений (Булюбаш, 2012). Исследование особенностей психической адаптации кардиохирургических

пациентов в дооперационный период показало, что у большинства пациентов обнаруживаются нарушения психической адаптации, которые проявляются в основном неадаптивными когнитивными и поведенческими копинг-стратегиями (Чалый, 2017).

Взаимосвязь нарушений психической адаптации и характеристик профессиональной деятельности представлена во многих исследованиях. Было показано, что имеется совокупность негативных факторов сопровождающих профессиональную деятельность предпринимателей, приводящих к развитию нарушений психической адаптации в виде предболезненных расстройств, включающих состояния выраженной тревоги и депрессии до расстройств тревожно-депрессивного спектра с алкогольной зависимостью (Бедулин, 2005). Исследование состояний нарушения психической адаптации у руководящих работников системы здравоохранения показывает, что они представлены синдромом эмоционального выгорания и ситуативно обусловленными состояниями дезадаптации (Шурма, 2013).

Факторами риска нарушений психической адаптации у сотрудников органов внутренних дел проходящих службу по контракту и прибывших из других регионов России выступают новые климатические условия и культуральные особенности (Nikolaev, 2011), создающие большие трудности в адаптации к действиям в экстремальных условиях Чеченской Республики. Возникающие нарушения адаптации у сотрудников связаны с большей вероятностью формирования посттравматического стрессового расстройства, психосоматических нарушений и тревожных расстройств. В отличие от них у сотрудников постоянно проживающих в Чеченской Республике наблюдается большая выраженность депрессивных и тревожных расстройств (Сидоров, 2008). Нарушения психической адаптации у женщин-сотрудниц вневедомственной охраны также могут характеризоваться невротическими проявлениями, не достигающими до клинического уровня и проявляющиеся выраженной алекситимией, слабым поведенческим контролем, сниженной критичностью, сниженными способностями понимать нюансы межличностных отношений (Денисова, 2016).

**Выводы.** Таким образом, факторами риска нарушений психической адаптации выступают социально-стрессовые ситуации, преморбидные личностные особенности, семейные проблемы, неадаптивные копинг-стратегии, неразвитость процессов саморегуляции, алекситимия, хронические соматические заболевания, негативные факторы профессиональной деятельности, климатические и культуральные особенности. При этом нарушения психической адаптации чаще проявляются симптомами выраженной астении, длительными негативно окрашенными переживаниями, повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью, недоверчивостью, осторожностью, тревожными и депрессивными нарушениями, соматизированными и вегетативными проявлениями.

## Список литературы

1. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Кузнецов А.Г., Гуревич Г.Л., Вальчук Д.С., Петров А.Д. Алкогольная зависимость, сформированная на фоне нарушений психической адаптации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т.11, № 6-2. С. 63-68.
2. Афанасьева Е.Д. Нарушение психической адаптации ВИЧ-инфицированных женщин при рождении ребенка // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2011. Вып.14, № 29. С. 94-98.
3. Бедулин В.И. Изучение особенностей психической дезадаптации у лиц, занимающихся предпринимательской деятельностью // Медицинский журнал. 2005. № 1 (11). С. 28-30.
4. Беребин М.А. Междисциплинарные проблемы формирования понятийного и терминологического поля концепции психической адаптации в медицинской психологии // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2011. № 18 (235). С. 94-99.
5. Божко С.А. Применение нелекарственных методов при лечении психических расстройств, связанных со стрессом и нарушением адаптации // Российский психиатрический журнал. 2008. № 4. С. 28-34.
6. Булбаш И.Д. Механизмы психологической адаптации пациентов с травмами кисти // Вопросы травматологии и ортопедии. 2012. № 4 (5). С. 16-24.
7. Вертячих Н.Н. Индивидуально-психологические факторы риска нарушений психической адаптации в социально-стрессовых условиях // Научные проблемы гуманитарных исследований. 2010. № 5. С. 145-149.
8. Денисова К.С. Психологические особенности женщин – сотрудников вневедомственной охраны МВД России с факторами риска нарушений психической адаптации // Медикобиологические и социальнопсихологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2016. № 2. С.116-120.
9. Исаченкова О.А. Варианты психической дезадаптации у больных с синдромом диабетической стопы // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2011. Т.18, № 4. С. 87-89.
10. Калинин Н.И., Малкова Е.Е. Клинико-психологическая типология нарушений психической адаптации в подростковом возрасте // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2012. № 2. С. 90-95.
11. Николаев Е.Л. Кризис и суицид: клинико-психологический анализ аутоагрессивного поведения // Суицидология. 2015. Т.6, № 3 (20). С. 54-61.
12. Николаев Е.Л., Серли Т., Резвый Г. Психогенные неэпилептические приступы: вопросы коморбидности в аспекте диагностики и терапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. № 116 (4). С. 58-61.
13. Сидоров П.И., Сложеникин А.П., Ксенофонтов А.М., Беликов И.И., Новикова И.А. Особенности нарушений психической адаптации у сотрудников органов внутренних дел, работающих в Северо-Кавказском регионе // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т.18, № 1. С. 23-27.
14. Чалый С.С. Особенности психической адаптации у пациентов кардиохирургического профиля в дооперационный период // Системная интеграция в здравоохранении. 2017. № 1 (3). С. 49-61.
15. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Озоль С.Н., Чубина С.А., Николаев Е.Л., Городецкая И.В. Специфика отношений к смерти у студентов медицинских профессий в областях России и Беларуси с умеренным и повышенным суицидальным риском // Суицидология. 2016. Т. 7, № 2. С. 40-49.

16. Шурма И.М. Нарушения психической адаптации у руководящих работников системы здравоохранения // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21, № 2 (75). С. 92-95.

17. Mattila V.J., Joukamaa M.I., Salokangas R.K. Retirement, aging, psychosocial adaptation and mental health. Findings of the TURVA project // Acta Psychiatr. Scand. 1989. Vol. 80, № 4. P. 356-367.

18. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy // International Journal of Person Centered Medicine. 2011. Vol. 1, № 3. P. 482-485.

19. Patten S.B., Williams J.V., Lavorato D.H., Fiest K.M., Bulloch A.G., Wang J. Changing perceptions of mental health in Canada // Can. J. Psychiatry. 2014. Vol. 59, № 11. P. 591-596.

20. Sturgeon J.A., Finan P.H., Zautra A.J. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways // Nat. Rev. Rheumatol. 2016. Vol. 12, № 9. P. 532-542.

УДК 159.99

## ПРОЯВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У ПЕДАГОГОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ СУВЕРЕННОСТИ

Т.В. Казакова, Н.В. Басалаева

*Лесосибирский педагогический институт – филиал Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматривается суверенность, выступающая одной из личностных характеристик профессиональной компетентности педагогов. Показано, что основными проявлениями суверенности в профессиональной деятельности педагогов являются профессиональное мышление, профессиональная устойчивость, педагогическое взаимодействие.

**Ключевые слова:** профессиональная компетентность, суверенность, профессиональное мышление, педагогическое взаимодействие, профессиональная устойчивость.

**Актуальность.** В отечественной психолого-педагогической науке за последние десятилетия количество исследований по проблеме компетентности и ее характеристик значительно увеличилось, однако, недостаточно внимания уделяется психологическим характеристикам профессиональной компетентности педагогов.

**Состояние проблемы.** Теоретический анализ литературы (В.А. Адольф, А.К. Маркова, Л.М. Митина, В.Д. Шадриков и др.), позволил

сформулировать следующее определение: профессиональная компетентность педагога – это совокупность личностных и деятельностных свойств (компетенций), обеспечивающих эффективное профессиональное взаимодействие и успешное решение профессиональных педагогических задач. Л.Н. Куликова указывает на определяющее значение в развитии профессиональной компетентности личностного потенциала учителя, совокупность его профессионально значимых личностных качеств (Куликова, 2005). Поэтому принципиально важным, на наш взгляд, является обращение к личности педагога, точнее личностным характеристикам, определяющим его личностно-профессиональное развитие. Одной из таких характеристик выступает суверенность как интегральное личностное качество, способствующее регуляции и развитию равноправного взаимодействия в пределах личной ответственности человека. Категория суверенности в тезаурусе современной науки появилась сравнительно недавно, однако достаточно активно разрабатывается в русле гуманитарных дисциплин – философии, социологии, политологии, юриспруденции, культурологии, литературоведении и психологии. Чаще всего данное понятие используется в конституционном праве и законодательстве, где считается синонимом суверенитета и предполагает обладание суверенными правами. В данном контексте суверенная личность понимается как правовая личность, понимающая и почитающая закон, обладающая необходимым минимумом юридической культуры.

Прежде чем приступить к анализу суверенности как характеристики профессиональной компетентности педагога, обратимся к определению содержания самого понятия.

Несмотря на то, что суверенность пока не стала полноценным понятием, закрепленным в научной терминологии и зафиксированным в научных словарях, в психологических исследованиях намечилось несколько направлений в изучении данного феномена. К таковым можно отнести: изучение суверенности в рамках гуманистической психологии (А. Маслоу, К. Роджерс, Г. Олпорт, В. Франкл и др.); в контексте проблематики психологического здоровья и психологической безопасности (М.В. Городилова, А.В. Ключко и др.); субъектно-средовой подход и суверенность психологического пространства (С. К. Нартова-Бочавер, Н. А. Кондратова и др.); суверенность в рамках системно-антропологической психологии (В.Е. Ключко, О.М. Краснорядцева, А.В. Ключко и др.); онтогенетический процесс и механизмы становления суверенности (Ю.В. Трофимова, О. Ю. Гроголева и др.). Наиболее весомый вклад в развитие представлений о сущности феномена суверенности сделан в работах С.К. Нартовой-Бочавер, рассматривающей данное явление в контексте субъектно-средового подхода как характеристику границ психологического пространства (Нартова-Бочавер, 2005; 2008).

С.К. Нартова-Бочавер выделяет следующие измерения психологической суверенности:

1. Суверенность физического тела как переживание собственной телесности (пищевое поведение, секс, комфортность позы, удобство одежды);
2. Суверенность территории как следствие существования среди других людей (территориальность границ физического пространства, статус в группе, социальные контакты);
3. Суверенность вещей как создание и переживание собственной идентичности через материальные предметы (одежда, предметы быта, деньги и т.д.);
4. Суверенность привычек (временного режима) как форма временной организации собственного бытия;
5. Суверенность социальных связей как переживание психологической интимности;
6. Суверенность вкусов и ценностей обеспечивает экзистенциальную уверенность (свобода, осмысленность, ценность бытия).

По мнению автора, данные измерения отражают физические, социальные и духовные аспекты человеческого бытия и развиваются в онтогенезе посредством появления новых измерений, переноса своих границ и наполнения их разным содержанием в соответствии с опытом и задачами взросления (Нартова-Бочавер, 2008).

Таким образом, анализ теоретических источников позволяет определить суверенность как способность и возможность человека к свободному, независимому от внешних и внутренних обстоятельств, действию (поведению), что позволяет выстраивать собственную ценностно-смысловую траекторию жизнеосуществления.

Суверенность как характеристика профессионально компетентного педагога может проявляться в его профессиональном мышлении, в устойчивости профессиональных позиций и установок, в типе психолого-педагогического взаимодействия с другими участниками образовательного процесса.

Профессиональное мышление понимается как совокупность характеристик, имеющих значение для продуктивности и целенаправленности выполнения педагогической деятельности. В рамках нашего исследования мы акцентируем внимание на определении профессионального мышления в системно-антропологической психологии. Для В.Е. Клочко, профессиональное мышление отвечает не только за отражение и изучение, но, что важнее, за порождение новой, постоянно усложняющейся реальности. О.М. Краснорядцева рассматривает профессиональное

мышление как психологическое явление, порождаемое совокупностью детерминант, берущих начало в самом содержании реальной деятельности; в действующей здесь и сейчас личности; в той предметной действительности, в которой совершается реальная деятельность (Краснорядцева, 1998). В этом понимании главным качеством мышления является его включенность в конкретный момент бытия человека как один из возможных способов реализации образа жизни (то, что ранее В.Е. Ключко назвал «вдвижение» субъективного в объективное), а, следовательно, мышление является продуктом и механизмом порождения этой действительности. По мнению авторов, именно суверенность несет ответственность за порядок и качество создаваемой действительности за счет свободного выбора и «отсеивания» лишнего. Профессиональное мышление отвечает за возможность «вписывания» информации, порождая субъективные представления в соответствии со сложившейся системой значений, смыслов и ценностей. Сам процесс вписывания предполагает некоторую чувствительность и открытость контакта с действительностью, что в контексте нашего исследования, позволяет говорить о проявлении суверенности педагогов. Еще О.К. Тихомиров отмечал, что «мыслительная деятельность всегда не только личностно, но и индивидуально своеобразна. Индивидуальные особенности проявляются в возможности увидеть проблемную ситуацию, в формулировании задачи, в особенности анализа и использования условий задачи, в соотношении осознанного и неосознанного, в характере эмоциональной регуляции поиска, в тактиках целеобразования» (Тихомиров, 1984). Решение задачи формируется опосредованно, преломляясь через способ видения проблемы, а суверенность отвечает за образование целостного, внутренне согласованного представления. О.М. Краснорядцева считает, что в ходе решения профессиональных задач можно проанализировать мыслительную деятельность как порождение профессиональной деятельности в ее обусловленности профессиональной ментальности и одновременно как средство его расширения, развития и систематизации. Так, результаты исследований О.М. Краснорядцевой (Краснорядцева, 1998; 2005) демонстрируют разные формы принятия и трансформации педагогической задачи. Некоторые педагоги воспринимают предлагаемую задачу как параллельно существующую проблему, не «стыкующуюся» с их представлениями. Другая группа педагогов пыталась проникнуть в смысловое содержание задачи, но не нашла в себе возможности для поиска ее решений, тем самым показывая неспособность поставить свои, конкретные цели, направляющие мыслительную деятельность. Лишь небольшая группа педагогов приняла задачу, оторвавшись от ситуации, и пыталась найти варианты решения через совмещение ее смысла с ценностно-смысловыми ориентирами своей профессиональной деятельности. В подобной «стыковке» обнаруживается суверенность как «расширение» себя в среду, когда за

счет «наращивания» измерений суверенности, педагогу становится доступна окружающая действительность.

Обращаясь к пространственным характеристикам суверенности педагогов, необходимо отметить, что равномерное и гармоничное «наращивание» измерений суверенности свидетельствует о стабильном, устойчивом пространстве, тогда как во время критических ситуаций устойчивость разрушается, проявляясь в невозможности контроля, переживании опасности вторжения, отсутствия доверия. Суверенный человек обладает устойчивой жизненной позицией, способной контролировать обстоятельства своей жизни, с одной стороны, а устойчивость представлений человека о себе, о своем образе мира делает его более сохранным, защищенным, внутренне упорядоченным, а значит и суверенным, с другой стороны.

Исследования И.О. Логиновой доказывают, что устойчивость жизненного мира человека позволяет удерживать целостность системы «человек – мир», обеспечивая переход возможности в действительность и сохранение человеком самоидентичности в условиях его жизнедеятельности. Как правило, у людей, переживших кризисные ситуации или находящихся в условиях кризисной ситуации, кризисных условиях жизнедеятельности, жизнь фрагментирована на отрывки, представляющие жизненную мозаику, а не драму, поскольку она (жизнь) лишается внутреннего само-тождества (Логинова, 2012). Характеризуя устойчивость в профессиональной педагогической деятельности, некоторые исследователи определяют ее как единство свойств и качеств педагога, позволяющее уверенно и самостоятельно в различных эмоциональных условиях выполнять свою профессиональную деятельность. Устойчивость педагога реализуется через профессиональные установки, обеспечивающие способность реагировать на ситуацию и внешние объекты на основе прошлого опыта. В этом случае суверенность проявляется в праве и возможности выбора – выбора формы активности, типа взаимодействия, способа решения задачи. В связи с этим отметим, что профессиональная устойчивость как соразмерность стабильности и изменчивости личности профессионала выступает одной из характеристик компетентного педагога, отвечающих за: быструю ориентацию в образовательных инновациях и решение повседневных педагогических задач; нахождение оптимальных способов решения в сложных образовательных ситуациях; формирование личностно-профессиональных позиций.

Выраженность измерений суверенности проявляется в особенностях устойчивости, характер которых подробно описала И.О. Логинова (Логинова, 2012). Так, нормативная суверенность выражается в устойчивости конструктивного типа, отражающейся в активном становлении жизненных координат, «наращивания» новообразований, высокой устойчивости и способности разрешать противоречия. Кроме того, в устойчивости кон-

структивного типа реализуется персонализация как один из механизмов суверенности; идентификация; становится возможным преобладание и чувство постоянства. В профессиональной педагогической деятельности конструктивная устойчивость подразумевает построение стратегии высвобождения внутренних ресурсов, что способствует противостоять среде, отстаивать свою профессиональную позицию; педагог оптимально сочетает настоящее и будущее, конструируя свое профессиональное пространство в соответствии со своими ценностными ориентациями; возникающие противоречия и трудности рассматривает как стимул для «выхода за пределы себя».

В целом, характеризуя устойчивость как проявление суверенности и профессиональной компетентности педагогов, стоит отметить, что определяющими показателями выступают - стабильность ценностно-смысловых, личностных и профессиональных установок; способность к самоорганизации; нахождение и выбор оптимального способа решения профессиональной задачи; возможность самореализации и самоосуществления.

Суверенность, показателями которой выступают синергичное отношение к жизни, стремление к приватности, высокая продуктивность и психологическое благополучие, проявляется в особенностях взаимодействия педагога с другими участниками образовательного процесса. Понятие «взаимодействие» является одним из базовых для целого ряда наук как гуманитарной, так и естественнонаучной направленности. Взаимодействие в его постнеклассическом понимании предполагает порождение системных сверхчувственных новообразований, способствующих самоорганизации человека как системы (Клочко, 2005). Педагогическое же взаимодействие направлено на организацию «акта встречи ребенка с культурой, делая какие-то избранные элементы культуры соответствующими ребенку, т.е. способными вписаться в ценностно-смысловые координаты его жизненного мира, стать лично значимыми для него, обрести свое место в нем» (Клочко, 2005). В этом случае, по мнению В.Е. Клочко, именно учитель отвечает за то, чтобы во взаимодействии с культурой мир ребенка обретал новые мерности, расширялся и упорядочивался.

В рамках нашего исследования наиболее интересным представляется характеристика педагогического взаимодействия, основанного на функциональных особенностях педагогов (транслятор, фасилитатор, медиатор), в каждой из которых проявляются свойства суверенности. Низкий уровень суверенности часто приводит к жесткому, ригидному поведению педагогов, существующему в дихотомии «правильно-неправильно», «да-нет», «хорошо-плохо». В этом случае педагог либо «сливается» с окружающей действительностью, не имея ресурсов для поддержания собственной уникальности, либо порождая и персона-

лизируя свою систему установок, подавляет и разрушает все имеющееся. Так, деперсонализация как нарушенная суверенность реализуется в поведении педагога, для которого отсутствует смысл предмета, поскольку все качества предмета существуют до и без человека. При отказе от функции транслятора в условиях субъект-субъектной парадигмы в образовании, приоритет отдается функциям фасилитатора и медиатора. В современных условиях учителю мало быть только «транслятором» социокультурного опыта, ему необходимо подняться до уровня «фасилитатора», облегчающего ребенку «создание и созидание образа мира в себе», как той действительности, в которой он сможет полностью реализовать свои внутренние возможности. Педагог-фасилитатор, «провоцирует» самостоятельность и ответственную свободу обучающихся и при постановке учебных целей, и при оценивании результатов учебной работы, кроме того он создает благоприятные условия для самостоятельного и осмысленного учения, стимулируют познавательные мотивы, поощряют проявления солидарности и кооперации. Принцип фасилитации ориентирован на будущее – учить работать не по шаблону, а осуществлять самостоятельный поиск знаний. Суверенность, реализуемая таким образом, способствует не только успешной адаптации, но и формирует уверенность, защищенность в окружающей среде.

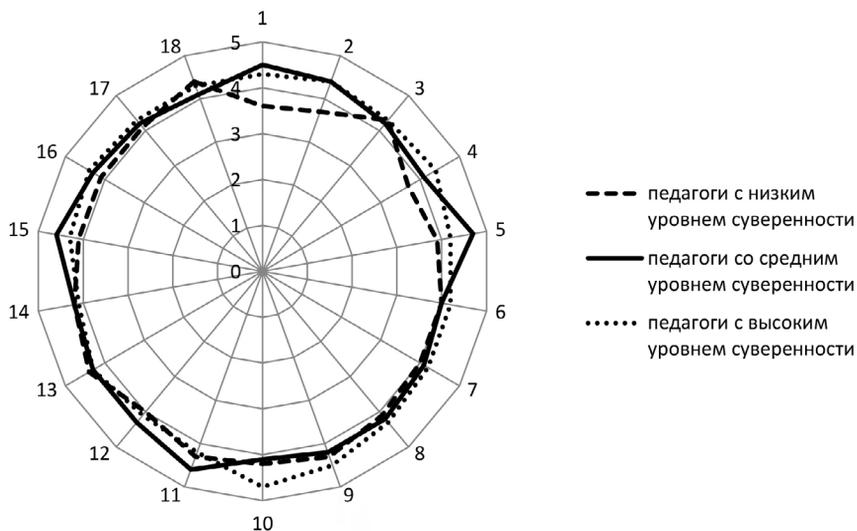
Собственно, суверенность проявляется в способности медиации культуры, ее ценностью и смыслах, что больше всего свойственно педагогу – медиатору. Он уже не способствует, не облегчает прохождение пути, он сначала ведет в этот мир, одновременно обучая самостоятельному прохождению. Все это становится возможным при суверенном, независимом мышлении, где не просто рождаются индивидуальные субъективные смыслы предметов, но и создается определенная система фильтрации («решето, процеживающее мир» Л.С. Выготский, «конус света» В.Е. Ключко), отвечающая за соответствие культуры ребенку. Спецификой педагогического целеобразования у суверенных педагогов является ее зарождение на «пересечении субъективных реальностей» (Ключко, 2005) исключительно при согласовании ценностно-смысловых координат всех участников образовательного процесса.

Материалы и методы. Нами было проведено эмпирическое исследование профессиональной компетентности педагогов с разным уровнем суверенности. Общий объем выборки исследования составил 279 человек в возрасте от 23 до 61 года. В исследовании принимали участие педагоги средних общеобразовательных учреждений гг. Енисейска, Лесосибирска, Зеленогорска и Енисейского района Красноярского края. Для получения диагностических данных были применены методики: опросник суверенности психологического пространства

(СПП) С.К. Нартовой-Бочавер, метод экспертных оценок (экспертный лист оценки профессиональной компетентности педагогов В.Д. Шадрикова).

**Результаты исследования.** Педагоги с низким уровнем суверенности – 58 человек.(20,79%) по всем показателям отличаются от респондентов других групп, общий уровень суверенности у них существенно ниже (особенно по шкалам суверенность физического тела и суверенность ценностей), что выражается в переживании дискомфорта, нарушенном самопринятии, недоверии к миру, трудностях в установлении доверительных отношений, личной несвободе. Испытуемые со средним уровнем суверенности - 179 чел. (64,16%) демонстрируют нормативные показатели по всем шкалам суверенности, что проявляется в переживании безопасности, уважении к личной собственности, принятии временной формы организации. Педагоги третьей группы – 42 чел. (15,05%), куда вошли респонденты с высоким уровнем суверенности, демонстрируют высокие значения суверенности социальных связей и суверенности ценностей, что свидетельствует о принятии личной ответственности за отношения с людьми, наличии референтной группы, критичности.

В целом, анализируя профили профессиональной компетентности, можно отметить следующее: педагоги с низким уровнем суверенности демонстрируют самые низкие показатели компетенций, особенно относящиеся к компетентности личностных свойств и компетентности в области постановки целей и задач педагогической деятельности, что свидетельствует о пониженной личностной и профессиональной эффективности, дезадаптации в профессиональной сфере, трудностях в принятии самостоятельных решений в ситуации выбора. Педагоги с высоким уровнем суверенности отличаются выраженной компетентностью в области мотивации учебной деятельности, компетентностью в области обеспечения информационной основы деятельности и компетентностью в области организации учебной деятельности, что проявляется в их стремлении контролировать и управлять, причем в контроле они видят не средство для возможного развития, а воспринимают его как самоцель; свое профессиональное предназначение они видят в регуляции взаимодействия обучающихся в условиях образовательного процесса. Педагоги со средним уровнем суверенности, контрастируя с двумя другими подгруппами, демонстрируют явно выраженную компетентность личностных качеств, компетентность в области постановки целей и задач педагогической деятельности, а также компетентность в разработке программы деятельности и принятии педагогических решений, что проявляется в продуктивной профессиональной деятельности, успешности, профессиональной динамичности.



**Рис. 1.** Профили профессиональной компетентности педагогов с разным уровнем суверенности

Условные обозначения:

1. Эмпатийность и социорефлексия
2. Самоорганизованность
3. Общая культура
4. Умение ставить цели и задачи в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями обучающихся
5. Умение перевести тему урока в педагогическую задачу
6. Умение вовлечь обучающихся в процесс формулирования целей и задач
7. Умение создавать ситуации, обеспечивающие успех в учебной деятельности
8. Умение создавать условия обеспечения позитивной мотивации обучающихся
9. Умение создавать условия для самомотивирования обучающихся
10. Компетентность в методах преподавания
11. Компетентность в предмете преподавания
12. Компетентность в субъективных условиях деятельности
13. Умение выбрать и реализовать образовательную программу
14. Умение разработать собственные программные, методические и дидактические материалы
15. Умение принимать решения в педагогических ситуациях
16. Умение устанавливать субъект-субъектные отношения
17. Умение организовать учебную деятельность обучающихся
18. Умение реализовать педагогическое оценивание

По итогам экспертной оценки профессиональной компетентности педагогов с разным уровнем суверенности можно охарактеризовать следующим образом: педагоги с низким уровнем суверенности исполнительны, обязательны, но не всегда уверены в своих профессиональных возможностях и навыках, боятся ответственности, избегают профессиональных рисков (например, при использовании нового метода или средства обучения), тяготеют давлением окружающих, им сложно принять решение в ситуации выбора. Педагоги со средним уровнем суверенности стараются действовать и думать самостоятельно, просчитывают получение дальнедействующих образовательных результатов, склонны к рефлексии и интуитивному поведению в ситуациях выбора. Педагогам с высоким уровнем суверенности свойственно стремление демонстрировать свою профессиональную компетентность и состоятельность, убежденность в правоте своих профессиональных решений, высокую ответственность в профессионально успешных ситуациях, при этом они достаточно прагматичны и хладнокровны.

Выводы. Эмпирически доказаны различия в профилях профессиональной компетентности педагогов с разным уровнем суверенности: испытуемые с низким уровнем суверенности недостаточно компетентны в отношении личностных компетенций (эмпатийность, рефлексия, самоорганизованность) и испытывают трудности в организации образовательного процесса; однако, компетентность в области организации и контроля учебной деятельности в максимальной степени выражена у педагогов с высоким уровнем суверенности. Педагоги со средним уровнем суверенности демонстрируют компетентность личностных качеств, а также в постановке целей и задач педагогической деятельности.

### Список литературы

1. Ключко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в транспективный анализ). Томск: Изд-во Томского государственного университета, 2005. 174 с.
2. Краснорядцева О.М. Актуальные проблемы психологического сопровождения образовательных проектов // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 129-134.
3. Краснорядцева О.М. Особенности профессионального мышления в условиях психодиагностической деятельности. Барнаул, 1998. 113 с.
4. Куликова Л.Н. Профессиональная компетентность преподавателей-методистов как условие качества процесса профессиональной подготовки студентов // Сибирский педагогический журнал. 2005. № 4. С. 14-22.
5. Логинова И.О. Исследование устойчивости жизненного мира человека: методика и психометрические характеристики // Психологическая наука и образование. 2012. № 3. С. 18-28.
6. Нартова-Бочавер С.К. Психологическая суверенность личности: генезис и проявления : дис. ... д-ра психол. наук. М., 2005. 431 с.

7. Нартова-Бочавер С.К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии. СПб.: Питер, 2008. 400 с.
8. Тихомиров О.К. Психология мышления. М.: Изд-во Московского ун-та, 1984. 272 с.
9. Черкасова И.И. Характеристика панорамно-педагогического мышления как базовой профессиональной компетентности учителя // Вестник ТГПУ. 2010. № 1. С. 105-108.

УДК 159.9

## ПРОБЛЕМЫ САООТНОШЕНИЯ И ВЫБОРА ПРОФЕССИИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

С.М. Колкова

*Сибирский федеральный университет, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье формулируются и анализируются проблемы самоотношения и профессионального самоопределения, а именно выбора профессии в юношеском возрасте. Среди них выделяется проблема исследования связи этих двух параметров, знания о которой можно использовать в планировании профориентационной работы среди старшеклассников. Обосновываются характеристики самоотношения личности, связанные с профессиональным выбором.

**Ключевые слова:** юношеский возраст, личность, самосознание, самоотношение, профессиональный выбор, профориентационная работа.

Выбор профессии - первое звено в цепи последовательных жизненных выборов, связанных с работой, созданием семьи, социальным продвижением, материальным благосостоянием и духовным развитием. Как пишет Д.А. Микаэлян, «выбор профессионального пути со всей остротой встает перед человеком в том возрасте, когда он, быть может, до конца не осознает всех отдаленных последствий принятых в юности решений» (Микаэлян, 2013, с. 990). Взгляд на выбор профессии не всегда учитывает то воздействие, которое оказывает данная проблема на весь жизненный путь человека (Климов, 2005; Пряжников, 1996; Рогов, 2003; Эфа, 2004, и др.). Это первый в жизни большинства людей нормативный, т. е. обязательный выбор. Поэтому, с точки зрения Л.М.Митиной, необходима психологическая поддержка личностной самостоятельности в профессиональном самоопределении (Митина, 2005). Важным аспектом развития в возрасте выбора профессии является становление самоотношения личности (Котина, 2016; Панталеев, 1991; Приписнова, 2015; Сайко, 2005; Степанский, 2006; Столин, 1985). Поэтому при подготовке юношей к выбору профессии необходимо рассматривать самоотношение как уникальную способность человека и условие его человеческого самоосуществления.

Таким образом, цель исследования – теоретическое и эмпирическое обоснование требований к самоотношению личности, связанных с её профессиональным выбором.

Методологию исследования составляют анализ и обобщение научно-исследовательских работ зарубежных и отечественных ученых, признанных научным сообществом. Используя личностно-деятельностный подход, мы рассматриваем поведение не только как внешне наблюдаемое, но и как внутреннее поведение, куда включается в мысли, и чувства и эмоции.

Обзор научной литературы проведен на основе анализа работ Е.А. Климова, В.В. Столина, Н.С. Пряжникова (Климов, 2005; Столин, 1985; Пряжников, 1996 и др.). Структурными элементами самоопределения являются разные его виды. Е.А. Климов выделяет три вида самоопределения: личностное, жизненное и профессиональное (Климов, 2005). Эти виды самоопределения тесно связаны друг с другом и постоянно взаимодействуют.

Профессиональное и личностное самоопределение стало предметом глубокого исследования Н.С. Пряжникова. Профессиональное самоопределение - это определение в сфере труда, связанное с выбором и освоением какой-либо профессии или группы профессий (Пряжников, 1996).

Процесс профессионального самоопределения – это не одномоментный акт, а длительный процесс, состоящий из ряда этапов, продолжительность которых зависит от внешних условий и индивидуальных особенностей субъекта. Профессиональное самоопределение продолжается на протяжении всей профессиональной жизни и состоит в изменении отношения к себе, в изменении критериев этого отношения.

Пиком этого процесса, переломным моментом в жизни является акт принятия решения о выборе профессии. По времени он обычно совпадает с окончанием общеобразовательной школы. Этот ответственный момент тесно связан с предшествующими этапами профессионального самоопределения, и на решение о выборе профессии влияет прошлый опыт личности. От этого решения, зависит то, как будут протекать последующие этапы профессионального самоопределения.

В эмпирическом исследовании приняло участие 77 человек (учащихся 11-х классов школ г. Красноярска).

Перед основным исследованием участники письменно ответили на 2 вопроса:

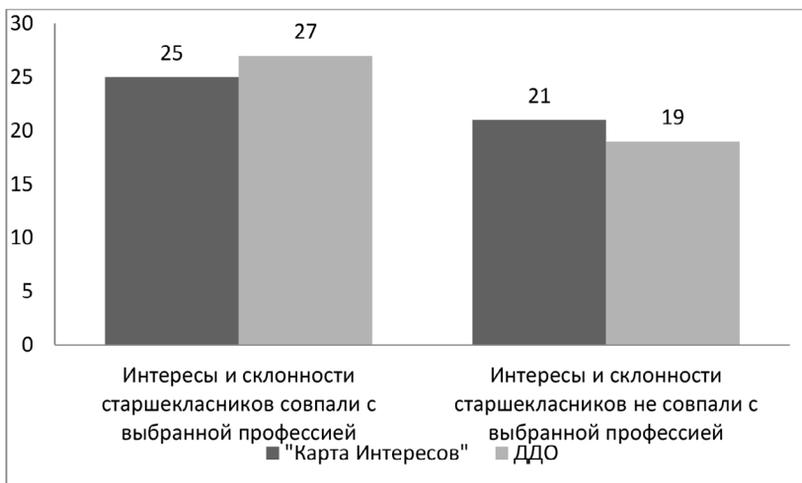
1. Осуществили ли Вы выбор своей будущей профессии?
2. Если да, то какую профессию или круг профессий Вы выбрали?

Результаты ответов, на данные вопросы следующие: выбор своей дальнейшей профессии осуществили 46 (59,74%) респондентов, не осуществили выбор профессии на этапе исследования - 31 (40,26%). Далее мы работали только с группой юношей и девушек, осуществивших выбор профессии.

Используя методику «Карта интересов», мы установили, что у 25-ти человек наиболее выраженные интересы совпали с выбранной профессией, а у 21-го человека интересы находятся, вне поля выбранной профессии. Таким образом, почти половина старшеклассников при выборе профессии не учитывали свои интересы.

Далее при помощи методики «Дифференциально-диагностический опросник» (ДДО) у старшеклассников исследованы склонности (предрасположенности) к определенным типам профессий. При сопоставлении данных у 27-ми юношей и девушек склонности совпадают с выбранной профессией в зависимости от предмета труда.

По результатам двух методик из 46-ти старшеклассников, определившихся в выборе профессии, у 25-ти (54,35%) юношей и девушек результаты диагностики совпадают с выбранной профессией, т.е. выбранная этими старшеклассниками профессия входит в перечень приемлемых сфер деятельности по их способностям, интересам, склонностям. А у 21-го (45,65%) старшеклассника эти показатели не совпадают.



**Рис. 1.** Результаты исследования методиками «Карта интересов» и дифференциально-диагностический опросник старшеклассников для изучения интересов и склонностей

Далее, применяя методику исследования самоотношения В.В. Столина, проведено диагностическое исследование 9 компонентов самоотношения в двух группах старшеклассников: 1) группа старшеклассников с совпавшими способностями, интересами, склонностями с выбранной профессией; 2) группа юношей и девушек, выбравших профессию без учета личностных особенностей.



**Рис. 2.** Результаты диагностики по методике исследования самоотношения В.В.Столина в двух группах

Значение U-критерия Манна - Уитни найдено отдельно по каждому компоненту самоотношения по шкалам опросника В.В. Столина у этих независимых групп (Столин, 1985).

Среднее значение «стена» по шкале «Закрытость» в первой группе составляет 4,36, а во второй группе – 4,14. Анализ выявил статистически не достоверные различия между этими группами. Предположение о существовании связи между профессиональным самоопределением и одним из компонентов самоотношения – «Закрытость» на данной выборке респондентов не подтвердилось.

Среднее значение «стена» по шкале «Самоуверенность» в первой группе составляет 7,16, а во второй группе – 4,90. Анализ выявил статистически достоверные различия между этими группами. Мы подтверждаем предположение о наличии прямой связи между профессиональным самоопределением и компонентом самоотношения - «Самоуверенность».

Среднее значение «стена» по шкале «Саморуководство» в первой группе составляет 5,44, а во второй группе – 4,58. Анализ выявил статистически не достоверные различия между этими группами. Предположение о существовании связи между профессиональным самоопределением и одним из компонентов самоотношения – «Саморуководство» на данной выборке респондентов не подтвердилось.

Среднее значение «стена» по шкале «Самоуверенность» в первой группе составляет 6,28, а во второй группе – 5,86. Анализ выявил статистически не достоверные различия между этими группами. Предположение о существовании связи между профессиональным самоопределением и одним из компонентов самооотношения – «Отраженное самооотношение» на данной выборке респондентов не подтвердилось.

Среднее значение «стена» по шкале «Самоценность» в первой группе составляет 6,96, а во второй группе – 6,90. Анализ данных выявил статистически не достоверные различия между группами. Предположение о существовании связи между профессиональным самоопределением и одним из компонентов самооотношения – «Самоценность» на данной выборке респондентов не подтвердилось.

Среднее значение «стена» по шкале «Самопринятие» в первой группе составляет 7,16, а во второй – 4,90. Анализ данных выявил статистически достоверные различия между группами. Мы подтверждаем предположение о наличии прямой связи между профессиональным самоопределением и компонентом самооотношения - «Самопринятие».

Среднее значение «стена» по шкале «Самопривязанность» в первой группе составляет 4,46, а во второй группе – 7,45. Анализ данных выявил статистически достоверные различия между группами. Мы подтверждаем предположение о наличии обратной связи между профессиональным самоопределением и компонентом самооотношения - «Самопривязанность».

Среднее значение «стена» по шкале «Внутренняя конфликтность» в первой группе составляет 4,44, а во второй группе – 7,57. Анализ данных выявил статистически достоверные различия между группами. Мы подтверждаем предположение о наличии обратной связи между профессиональным самоопределением и компонентом самооотношения - «Внутренняя конфликтность».

Среднее значение «стена» по шкале «Самообвинение» в первой группе старшеклассников составляет 5,56, а во второй группе – 5,81. Анализ данных выявил статистически не достоверные различия между группами. Предположение о существовании связи между профессиональным самоопределением и одним из компонентов самооотношения – «Самообвинение» на данной выборке респондентов не подтвердилось.

Итак, исследованы две группы юношей и девушек: 1) где профессиональное самоопределение состоялось в соответствии с интересами и склонностями, 2) где интересы не соответствуют будущей профессии. У первой группы старшеклассников более высокий уровень самооотношения. А именно компонентов: «самоуверенности» и «самопринятия». А компоненты «самопривязанность» и «внутренняя конфликтность», у этой же группы находятся на более низком уровне.

Интерпретировать данные можно следующим образом: уверенность в себе и способность к безусловному самопринятию делают юношу бо-

лее свободным и независимым от мнения окружающих, и, тем самым, более самостоятельным в выборе профессионального будущего. Внутренняя конфликтность делает человека менее уверенным в себе и своих выборах. А самопривязанность мешает видеть свои недостатки, поэтому делает выбор профессии менее адекватным.

На основании теоретического обоснования и эмпирической работы нами подтверждена гипотеза о том, что существует связь между профессиональным самоопределением и самоотношением личности в юношеском возрасте. У группы старшеклассников с более высоким уровнем «самоуверенности» и «самопринятия» профессиональное самоопределение состоялось в соответствии с интересами и склонностями. А компоненты «самопривязанность» и «внутренняя конфликтность», у этой же группы находятся на более низком уровне.

Данные, полученные в ходе нашего эмпирического исследования, можно использовать учителям и психологам образовательных учреждений в планировании профориентационных мероприятий. Учитывая связь определенных компонентов самоотношения личности с ее профессиональным самоопределением, необходимо психологически сопровождать их развитие, влияя тем самым на успешность профессионального самоопределения юношей и девушек.

### Список литературы

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. М.: Просвещение, 2013. 288 с.
2. Верниенко Л.В., Кузьменко Е.С. Межпредметная интеграция как основа развития полипрофессионализма будущих специалистов // Современные проблемы развития образования и воспитания молодежи: сб. материалов 7-й междунар. науч.-практ. конф. Махачкала, 2014. С. 72-74.
3. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. СПб.: Речь, 2013. 655 с.
4. Зинченко В.П., Моргунов Е.Б. Человек развивающийся. М.: Тривола, 2014. 304 с.
5. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. М., 2005. 301 с.
6. Котина Н.Н. Самоотношение подростка в условиях совместно-распределенной учебной деятельности // Вестник МГПУ. 2016. № 3(37). С. 109-116.
7. Личность и профессия: психологическая поддержка и сопровождение / под ред. Л.М. Митиной. М., 2005. 204 с.
8. Масионис Дж. Социология. СПб.: Питер, 2014. 752 с.
9. Микаэлян Д.А. К вопросу о разработке модели психологического сопровождения формирования готовности учащихся к осознанному выбору будущей профессии // Вестник Алтайской государственной педагогической академии. М.: РМНКО, 2013. № 3 (40). С. 99-101.
10. Микаэлян Д.А. Профессиональная ориентация как социально - экономическая потребность общества // Педагогическая наука и профессиональное образование на современном этапе: опыт, традиции и новации : сб. материалов VII регион. науч.-практ. конф. Буденновск, 2014. С. 45-48.
11. Пантилев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. М., 1991. 184 с.

12. Приписнова В.В. К вопросу о развитии самосознания подростков // Молодой ученый. 2015. № 19. С. 336-338.
13. Пряжников Н.С. Профессиональное и личностное самоопределение. М., 1996. 202 с.
14. Рогов Е.И. Выбор профессии: становление профессионала. М., 2003. 209 с.
15. Сайко Э.В. Самоотношение как уникальная способность человека и условие его человеческого самоосуществления // Мир психологии. 2005. № 3. С. 246-252.
16. Степанский В.И. Психологические факторы выбора профессии. Теория, эксперимент. М., 2006. 309 с.
17. Столин В.В. Самосознание личности. М. : МГУ, 1983. 288 с.
18. Эфа С.Г. Профессиональное самоопределение как выбор профессии // Школа и личность / ред. О.М. Миллер. Красноярск, 2004. С. 22-25.

УДК 159.96

## ВЛИЯНИЕ ГАДЖЕТОВ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

О.А. Корнилова, Д.А. Кадыграб

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье анализируются последствия влияния гаджета на психологическое здоровье студенческой молодежи. Представлены результаты исследования, целью которого являлось выявление степени зависимости студенческой молодежи от гаджетов. Одним из путей решения данной проблемы является формирование осознанного поведения, через развертывание рефлексивных механизмов у студенческой молодежи.

**Ключевые слова:** гаджет, зависимость, психологическое здоровье, рефлексия.

**Актуальность.** Развитие информационных технологий способствовало тому, что современная жизнь уже не мыслима без интернета, смартфонов, компьютеров и других гаджетов. За короткое время они стали играть важную роль в современном мире. В переводе с английского gadget означает приспособление, устройство, безделушка. Гаджеты широко распространены в самых разных сферах: спорте и медицине, экономике и образовании, быту и досуге и многих других. Полезные устройства сделали современную жизнь приятной и экономичной, комфортной и удобной, позволили быстро и легко выстраивать коммуникации, получать доступ к нужной информации, дали возможность многим людям развиваться и самосовершенствоваться.

**Постановка проблемы.** Очень быстро гаджеты заняли ведущую роль и в жизни студенческой молодежи, оказывая влияние на их ценностные

установки, поведение, развлечения, процессы образования и социализации. В настоящее время студенческую молодежь невозможно представить без гаджетов, в частности смартфонов, которые позволяют им быть на связи онлайн, находить нужную информацию, организовывать досуг, планировать день и общаться. Однако общество столкнулось с обратным эффектом, многочисленные гаджеты, влияющие на психическое здоровье студенческой молодежи, формируют привязанность, граничащую с серьезной зависимостью. При чем зависимость формируется от виртуальной реальности, позволяющей студенческой молодежи «уходить» в красивый и беззаботный цифровой мир. И уже как следствие формируется зависимость от гаджета, в частности смартфона (Базиев, 2018). Зависимость (аддикция) в широком смысле слова представляет собой форму «рабства», ограничивающая у студенческой молодежи способности к самореализации. Является причиной личностных катастроф, разрушений и заболеваний. Она похищает у человека время полноценной жизни и энергию здоровья, мешает развиваться, препятствует осуществлению заветных желаний. Поэтому не смотря на пользу и преимущества гаджетов их использование сопряжено с негативными рисками, разрушающими психическое здоровье человека.

В данной статье предпринята попытка выявить и рассмотреть влияние гаджетов на психологическое здоровье студенческой молодежи. Для этого, проанализируем последствия, возникающие из-за чрезмерного использования гаджетов, и их влияние на психическое здоровье студенческой молодежи.

Гаджеты используются для избегания ситуаций дискомфорта. Для того, чтобы справиться с отрицательными эмоциональными состояниями: досадой, гневом или фрустрацией необходимо всего лишь нажать пару кнопок и сбежать от реальности в социальные сети или компьютерные игры. Тем самым, вместо осознанного поведения в ситуации дискомфорта, студенческая молодежь искажает реальность простым и удобным способом.

Теряется эмоциональная связь между членами студенческой группы. Студенты предпочитают смотреть видео с экранов компьютеров виртуально уединившись, предпочитают слушать музыку в наушниках, при посещении важных мероприятий стараются сделать как можно больше фотографий для социальных сетей. Удовольствия от коллективного общения все меньше и меньше. А ведь выстраивание социальных отношений между людьми основывается на эмоциональной устойчивости и гибкости, формируемыми непосредственно в студенческой группе, коллективе.

Студенческая молодежь гораздо реже остается наедине со своими мыслями, чем предыдущие поколения. Поскольку время, проведенное в одиночестве, является важным условием для развития осознанности, эмоциональной гибкости и психологического здоровья. При этом необ-

ходимо учиться быть наедине со своими мыслями. Но вместо испытания одиночеством, каждую свободную минуту студенческая молодежь проводит за экранами гаджетов. Кажется, что, листая ленту или просматривая ролики, студенты отдыхают, но на самом деле только усугубляют проблему.

Возникновение психологического заболевания номофобии, связанной со страхом остаться без интернета или мобильной связи. В случае, если гаджет забыт дома, либо разряжен появляются такие чувства как раздражительность, страх, тревога и плохой сон.

Шизоидные расстройства личности возникают на фоне значительно снижения социальных контактов. Формируется низкий уровень эмоциональности, отсутствуют реальные друзья и круг общения, такие студенты любят оставаться в одиночестве, погружаясь в виртуальные миры социальных сетей и online-игр.

Кроме того, бесконечное потребление событий виртуальной реальности снижает способность концентрироваться, в результате чего студенческая молодежь может стать жертвой информационных перегрузок. Поскольку чем больше студент потребляет информации (общается с людьми, переписывается по почте и в мессенджерах, просматривает тексты, фото- и видеоматериалы), тем сложнее фокусировать внимание в условиях многозадачности.

Отдых вечером, после трудового дня так же связан с гаджетами, вместо того, чтобы переключиться на другой вид деятельности, хобби студенческая молодежь снова и снова заходит в социальные сети, листает ленту, просматривает видеоролики. На самом деле отдыха не происходит, а проблема зависимости от гаджета еще больше усугубляется. Информационный поток бесконечен и никогда не заканчивается. Студенту кажется, что вот сейчас, он отыщет какую-то ценную и любопытную информацию, однако наоборот, возникает чувство незавершенности и неудовлетворенности. Чрезмерная нагрузка на мозг проявляется нервозностью, раздражительностью, неспособностью сосредоточиться.

**Материалы и методы исследования.** Данные факты способствовали проведению социально-психологического исследования. Целью которого являлось выявление степени зависимости студенческой молодежи от гаджетов и определение последствий, влияющих на их психологическое здоровье, возникающих из-за чрезмерного использования гаджетов. Проведенное нами выборочное исследование было осуществлено на базе КрасГМУ, в статистическую выборку вошли 102 студента 2 курса ФФМО. Диагностика проводилась с помощью разработанных анкет для сбора информации о зависимости студенческой молодежи от гаджетов, в частности смартфона, компьютера. Анкета включала 14 вопросов. При анализе результатов опроса студенческой молодежи были получены следующие результаты:

- 100% студентов имеют гаджеты (телефоны, планшеты, компьютеры, ноутбуки);
- 100% студентов берут гаджеты с собой на учебные занятия;
- 86% студентов пользуются гаджетами во время различных мероприятий, и лишь 14% не используют их;
- 50% студентов испытывает беспокойство, если гаджет был оставлен дома по забывчивости, 18% испытывают тревогу, 14% получают стресс, у 12% испорчено настроение и 7% указали другое;
- 42% студентов проводят время в виртуальной реальности гаджета 3 часа и более, 26% до 3 часов в день, 20% ответили, что 2 часа в день, 12% студентов 1 час;
- 90% студентов перед сном проверяют информацию в социальных сетях, почте, мессенджерах, и только 10% студентов не делают этого;
- 54% студентов гаджет может поднять настроение, 46% не испытывают эмоциональной связи с гаджетом;
- 74% студентов используют гаджет как телефон для связи, 70% студентов используют их регулярно в учебных целях, 32% используют для общения и ответов на сообщения в социальных сетях, 10% студентов используют гаджет как справочник, предоставляющий информацию по любому вопросу, 10% для online-игр;
- компьютером регулярно пользуются 64% студентов, 14% используют его 2 раза в неделю, 8% студентов обращаются 5 раз в неделю, только у 8% нет компьютера;
- 38% студентов проводят за компьютером не более 2 часов в день, 24% проводят как минимум 3 часа, 14% 4 часа и более, 10% около 30 мин в день, 8% проводят 1 час, и только 6% заняты чем-то другим.
- 84% студентов пользуются гаджетами в учебных целях, 50% для нахождения в социальных сетях; 24% для саморазвития;
- 70% студентов регулярно слушают музыку с помощью гаджета, 10% прослушивают музыку 1 раз в неделю, 14% не более 2 раз в неделю, и 6% не слушают вовсе;
- 62% прослушивание музыки вдохновляет, 58% успокаивает, 44% способствует концентрации мыслей; 22% просто скрашивают время.
- 90% студентов считают, что гаджеты полезны, 60% повышают работоспособность, 20% способствуют сплочению студенческой молодежи, 10% активизируют коммуникативное взаимодействие, и лишь 10% не видят пользы от гаджетов.

**Обсуждение результатов.** Таким образом, опираясь на полученные результаты исследования, можно сделать следующий вывод.

Гаджеты сопровождают жизнедеятельность каждого студента, являются неотъемлемой частью эпохи электронизации и цифровизации жизни социума. Как следствие, информатизация социальной и образовательной среды с помощью электронных средств и технологий задает новый путь к созданию условий психологического здоровья и обучения студенческой молодежи. Появился новый тип социального индивида, ориентированный на виртуальность, являющийся носителем виртуальной культуры со своим языком.

Гаджеты являются тенденцией современного мира, меняющие нашу цивилизацию, задающие системный эффект того, что каждый студент имеет их в своем арсенале и не по одному. Любое мероприятие (учебное или вне учебное, формальное или не формальное) предполагающее встречу и взаимодействие разных людей, сопровождается общением по телефону, просматриванием информации в социальных сетях, фотографированием. Это формирует мультизадачность и быструю переключаемость внимания. Общение трансформируется в виртуальное и приобретает новые формы, появляется виртуальная культура общения.

Выявлены предпосылки зависимого (аддиктивного) поведения студенческой молодежи от гаджетов, в случае если гаджет разряжен или забыт появляется беспокойство, тревога, стресс, ведущие к расстройству психического здоровья студентов. Поскольку студенты изо дня в день проводят от 1 до 3 часов и более в виртуальной реальности, что еще больше формирует их зависимость (аддикцию). Область интересов студенческой молодежи в большей степени сконцентрирована в виртуальной реальности, нежели обыденной жизни.

Сформированная эмоциональная привязанность (связь) к неодушевленному предмету имеется у половины студентов, в результате возникает привычка получать состояние счастья связывая себя с конкретным гаджетом, а ведь так важно в молодости научиться быть счастливым независимо от него.

90% студентов совершают своего рода ритуальные действия по проверке телефона перед сном. Ритуальность подчеркивает связь человека с гаджетом, как психический канал, посредством которого осуществляется личностная трансформация студенческой молодежи.

В основном гаджет используется для общения или поиска справочной информации для обучения. Обучение же приобретает новые формы и технологии, изменяется формат содержания образования, условий и средств контроля.

Компьютер так же является неотъемлемой частью жизни современной молодежи в 86% случаев, времяпровождение от 4 часов и более до 30 минут в день. Компьютер необходим для обучения и обще-

ния в социальных сетях. Социальные сети стали неотъемлемой частью жизни студенческой молодежи и являются заменителем живого общения. В обучении компьютер наиболее часто используется для поиска информации, однако, как показывает практика, запоминается не сама информация, а путь где ее можно найти. Кроме того, бесконечное потребление информации может приводить к серьезным психологическим перегрузкам.

94% студентов слушают музыку много и постоянно с помощью гаджета. Соответственно, это канал, позволяющий студентам отключиться от окружающего мира и личностных проблем. Прослушивание музыки носит терапевтический характер, позволяет расслабиться и переключиться. Музыка повышает работоспособность студентов, улучшает самочувствие, настраивает на позитивный лад. Таким образом, не возникает сомнения в том, что музыка может быть использована как мощный ресурс для восстановления личности. Музыка для студенческой молодежи – это вдохновение, успокоение, концентрация мыслей и отдых. Студенческая молодежь не видит опасности влияния гаджетов на психику, наоборот считает, что они полезны и повышают работоспособность.

В результате, исследовательская оценка неоднозначна, имеются как позитивные, так и негативные воздействия гаджетов на психологическое здоровье студенческой молодежи. Противостоят гаджетам и виртуальной реальности интернета очень трудно, а порой и невозможно. На наш взгляд, имеется потребность выстраивания такой психологической модели поведения студенческой молодежи, которая бы обеспечила безопасность, охрану здоровья, психологическую поддержку в виртуальной среде.

Укреплению и сохранению психологического здоровья способствуют духовные и психологические практики. Умение осуществлять рефлексию относится как раз к таким практикам, способствует укреплению психологического здоровья студенческой молодежи. Следуя вслед за ученым Н.Г. Алексеевым, считаем, что «...надо обучать культуре остановки своих действий, культуре фиксации своих действий, культуре объективации своих действий. И, как это не парадоксально, культуре отчуждения своих действий, умению рассмотреть их как не свои, как некий объект, безразличный для анализа, то есть не имеющий каких-то своих преимуществ или наоборот, недостатков, зависящих от своей личностной позиции».

Следует формировать осознанное отношение у студенческой молодежи к использованию гаджетов в повседневной жизни. Нужно учить отделять виртуальную реальность от действительности, учить правильно организовывать работу с техникой, получать от этого пользу и не тратить время зря, предостерегать, чтобы привычка не переросла в зависимость.

Формировать у студентов правило, каждый раз, блуждая в глобальной сети, спрашивать себя: «Зачем я это делаю?». Стремится потреблять качественную информацию, источник которой студенты выбирают осознанно и самостоятельно, но при поддержке преподавателя. Совсем отказываться от пользования техническим прогрессом не стоит, однако стоит ограничить себя в этом пользовании.

Основными шагами организации рефлексии в контексте преодоления влияния гаджета, являются: *актуализация*, предполагающая извлечение, описание, проговаривание информации, заключенной в сознании; *осознание*, позволяющее проанализировать причины возникновения в сознании существующей информации; *фиксация*, способствующая точному формулированию собственных суждений; *дискредитация*, предполагающая «зарождение сомнения» относительно собственных суждений; *модификация*, позволяющая преодолеть инертность мышления, переосмыслить возможные идеи, поведение, результат. Реализация данной последовательности шагов в процессе организации рефлексии у студентов, рассматривается как специально разработанный алгоритм, представляемый студентам в виде памятки. Алгоритм, позволяет переосмысливать информацию и продвигаться от предыдущего шага к каждому последующему (Корнилова, 2009).

Студент в процессе осознания одновременно, и присутствует в ситуации как соучастник, и смотрит на нее как бы со стороны, в виде наблюдателя. Такой рефлексивный выход особенно необходимо человеку в ситуациях виртуальной реальности. Избавиться от желания побега в мир иллюзий можно лишь осознанием реальности, пониманием своих проблем, беря ответственность за свою жизнь на самого себя.

**Выводы.** Таким образом в статье на основе социально-психологического исследования, целью которого являлось выявление степени зависимости студенческой молодежи от гаджетов, проанализированы последствия влияния гаджетов на психологическое здоровье студенческой молодежи. Предложен один из возможных путей решения данной проблемы: формирование осознанного поведения, через развертывание рефлексивных механизмов у студенческой молодежи. Основными шагами организации рефлексии в контексте преодоления влияния гаджета, являются: актуализация, осознание, фиксация, дискредитация и модификация.

### Список литературы

1. Бозиев Р.С., Перминова Л.М. Гаджеты в учебном процессе: за и против (по материалам опроса) // Педагогика. 2018. № 8 С. 44-56.
2. Корнилова О.А. Формирование профессиональной рефлексии будущего специалиста : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08. Кемерово, 2009. 285 с.

## АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ РЕВОЛЮЦИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ И КИБОРГИЗАЦИИ

М.В. Кочетков

*Саяно-Шушенский филиал Сибирского федерального университета,  
г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Оценка влияния информатизации образования, революционных изменений в схемотехнике, фармацевтике, генетике, пищевой продукции на целостность человека в его телесной и духовной ипостасях составляет сегодня актуальную теоретическую и практическую проблему. Соответствующие результаты анализа в виде систематизированных обобщений определяют основное содержание представленного научного материала, призванного активизировать соответствующие более глубокие исследования. В ряде случаев сама постановка вопросов характеризуется существенной новизной. Так, представленную систему причин и последствий современных антропологических изменений венчают основообразующие для мотивационной сферы человека вопросы, которые свойственны «непрерывно вопрошающей» природе человека. Они считаются весьма показательными в плане глубины трансформации человека и могут быть в текущих социокультурных реалиях сформулированы следующим образом: «Что такое человек, и что во мне человеческого?», «Человек я или матрица?» «Каковы цели разработчиков виртуальной программы под названием «жизнь»?»

**Ключевые слова:** психофизиология, информатизация, технократизация, киборгизация, трансгуманизм, критерии информатизации.

**Актуальность.** Социальное развитие современного общества ставит всё больше проблемных вопросов в связи с произошедшей научной и технической революцией, явлениями глобализации и интеграции, которые неразрывно связаны с противоречивыми факторами ужесточающейся геополитической, технологической и культурной конкуренции, неудержимым расширением влияния транснациональных корпораций, обострившимися экологическими и иными проблемами выживания человечества. Что касается научно-технического прогресса, то отдельно отметим активнейшую информатизацию всех сфер человеческой деятельности. Информационной эпохе в условиях всё более безраздельного властвования транснациональных корпораций требуется принципиально новый человек, обладающий достаточно глубокими профессиональными знаниями, соответствующим производственным опытом и не обременённый гуманистическими представлениями, национально-культурными

привязанностями, пассионарностью и общественной озабоченностью. Под информатизацией в самом общем случае нами понимается внедрение в сферы человеческой деятельности, в самого человека (киборгизация) микропроцессорной техники, а также всей сопутствующей ей информационной продукции и технологий. Так, дистанционное обучение в образовании – это информатизация обучения с применением информационно-телекоммуникационных сетей. Что касается киборгизации, то она не исчерпывается информатизационным аспектом, однако именно последний создаёт принципиальные этические вопросы, так как связан с сознанием человека, его свободоспособностью. Активная трансформация телесно-духовной человеческой целостности не ограничивается информатизацией: ей способствуют революционное развитие фармацевтики, генетики, пищевой продукции, схемотехники, материаловедения и конструирования.

**Постановка проблемы.** Всё вышесказанное с неизбежностью обостряет понимание представителем современного общества своих антропологических основ, что составляет исключительно сложную научную и практическую проблему, носящую междисциплинарный характер. Духовная и телесная трансформация человека носит воистину революционный характер. Раскрываемые ниже результаты исследования – это системное психологическое концептуальное обобщение причин и последствий антропологической революции, под которой понимаются произошедшие и намечающиеся существенные подвижки в психологии и физиологии человека как вида (*Homo sapiens*) в его телесной и духовной целостности.

**Результаты исследования.** Во-первых, миниатюризированные возможности компьютерных и роботизированных систем многократно возросли, стали настолько малы, адаптивны даже к биологическим объектам, многофункциональны и эффективны, что уже достаточно широко позволяет восполнять функции утраченных человеком конечностей и даже существенно поражённых участков мозга. Аналогичные тенденции характерны и для генной инженерии: ряд заболеваний человека, его телесных и физиолого-психических неполноценностей сегодня успешно корректируются. Это относительно позитивные тенденции киборгизации и иных направлений трансформации человека, которые, тем не менее, проблематизируют границы человеческого в человеке.

Во-вторых, перспективы киборгизации, генной инженерии, фармацевтики, питания на основе ГМО и т.п. связаны с радикальным расширением возможностей интеллекта до современных суперкомпьютеров и хранилищ информации, с безграничными возможностями создания новых биологических объектов на базе человеческого организма и их адаптации к патогенным для человека условиям внешней среды. Успешное решение задач расширения границ антропологического потенциа-

ла, трансформации тела и сознания человека всё более обостряет этическую сторону данного процесса, что особенно справедливо с учётом того, что расширяющиеся возможности человека как правило обратно пропорциональны самостоятельности управления индивидом своим антропологическим потенциалом, так как разными способами усиливается зависимость индивида от воли соответствующих разработчиков в лице корпораций и различных социальных институтов. В результате происходит утрата индивидуальности и свободоспособности субъекта общественных отношений. Человек попадает в закабаляющие сети приверженцев безраздельной власти.

В-третьих, постоянно нарастающая информатизация всех сфер жизни общества, расширяющееся влияние международных корпораций всё более погружают человека в компьютерную виртуальную среду, компьютерно ориентированную сферу осуществления всех коммуникаций. В результате осложняется адекватность оценки индивидом себя в контексте некомпьютерной реальности; выполнению многих социальных функций отдаётся предпочтение в пользу виртуальной среды и формируемого ей мировоззрения, мировосприятия. Опосредованные виртуальной средой нормы социального поведения кардинально отличаются от не опосредованных, нередко имеют мало общего с жизненными реалиями, окружающими индивида, ожиданиями в отношении него со стороны государства, родственников и др. «Роскошь человеческого общения» (Экзюпери) редуцируется «к имитационным практикам предельно упрощенного и поверхностного взаимодействия ников и аватаров в социальных сетях» (Каменев, 2017. С. 86). Часто не ограниченные никакими нравственными барьерами и социальными обязательствами межконтинентальные, межнациональные, межкультурные коммуникации стали доступными в любой момент и на любые темы (от интимных и суицидальных до научных и духовных) – достаточно выйти в Интернет в мир колоссального количества социальных групп. Вопрос лишь в тематических предпочтениях человека, его готовности к налаживанию коммуникации в виртуальной среде.

В-четвёртых, в связи с погружённостью в виртуальное пространство утрачивается способность человека пребывать сознанием *здесь и теперь*: ощущать и воспринимать «живые», контактные взаимодействия с другими людьми и природой в её первоначальных проявлениях. Современный человек в своих мыслях всё больше находится или в своём прошлом, или в будущем. Даже обычный приём пищи, который наиболее устойчив к сохранению состояния *здесь и теперь* благодаря удовлетворению физиологической потребности в еде и сопутствующему спектру чувств и эмоций (голод, насыщение, вкусное-невкусное и т.п.), теперь утрачивает своё «якорящее» в текущей ситуации влияние из-за таких атрибутов жизнедеятельностного фона современного человека, как телевизор,

компьютер, гаджеты, фастфудовское питание и его атмосфера. Заметим, что приём пищи в соответствии с народными традициями, в том числе религиозными обрядами, способствует погружению в состояние *здесь и теперь*, придавая приёму пищи многие смыслы, выходящие за рамки банального насыщения. Состояние *здесь и теперь* – это, на наш взгляд, то состояние, которое более всего присуще человеку в его и телесной, и духовной ипостасях. Отмеченному состоянию противоположно погружение в виртуальную компьютерную реальность, которое не нацелено на «живое» общение, целостное, гармоничное взаимодействие человека с социокультурной и природной средой, на непосредственное приобщение к результатам многовекового культуротворчества своего и иных народов.

В-пятых, масскультура активно навязывает образ роботизированного будущего, будущего, лишённого традиционных ценностей, однако с гипертрофированными прагматическими и гедонистическими ориентирами. Отмеченные ориентиры настолько эффективно навязываются, что даже активно эксплуатируемая масскультурой тема апокалипсиса не активизирует защитные реакции человека, выражаясь в равнодушном отношении к смерти – как к своеобразной игре, логическому окончанию очередной развлекательной компьютерной программы. Нивелирование естественного страха смерти, равнодушное отношение к своей и чужой жизни, на наш взгляд, являются маркерами существенной утраты человеческого в человеке, признаками кризиса человечества в самой его основе – том, что делает человека человеком в плане его духовности и самосохранения в человеческом облике, а не компьютерном образе.

В-шестых, возрастает запрос на информационную культуру выпускника школы и, тем более, вуза (Kukulaska-Hulme, 2012). Запрос обусловлен информатизацией всех сфер жизни общества, в том числе профессиональной, нарастанием темпа обновления профессиональных знаний. Формирование информационной культуры детерминировано прежде всего новыми информационными технологиями, которые, в свою очередь, в системе «человек-компьютер» опираются на искусственный интеллект, на информационное моделирование человеческого сознания при создании информационной образовательной среды. При этом моделирование информационной образовательной среды не учитывает практически всё, что относится к области неявного, скрытого знания в системе «человек-машина». Неявное (скрытое) знание является «молчаливым знанием» (М. Полани), так как не осознаётся субъектом, а нерелективные формы познания не могут быть формализованы, как следствие, они не могут быть представлены в информационной образовательной системе (Полани, 1995). Верным признаком скрытых знаний выступает ситуация, когда передача того или иного опыта обусловлена использованием метода «storytelling» («рассказ о том, как это было») (Икуджиро, Хиротакэ, 2011), когда образовательный этап в соответствии с тезисом «know

how» («знаю, как») не предусматривает стадии, соответствующей логике «знаю, почему так» (Икуджиро, Хиротака, 2011). Информационная образовательная среда, упускающая неформализуемое (скрытое) знание, очевидно упускает и такие важные свойства человеческого сознания, которые обусловлены бессознательной сферой, интуицией, озарением, эмоционально-телесным приятием или отторжением (Duhamel, 2016; Fleming et al., 2016; Greene, 2013), что является ведущим не только в познании сложных сторон профессионального мастерства, но и в воспитании, особенно патриотическом воспитании, эстетическом и нравственном становлении (Кочетков, 2017).

В-седьмых, информатизация и виртуализация многих профессиональных сфер деятельности одновременно сопровождаются обострением запроса на межличностную, «живую» коммуникативную компетентность. Соответствующий запрос исключительно актуален для целого ряда профессий, в том числе медицинских работников, а также для традиционно ориентированных форматов существования индивида в социуме (семья, дети, работа и общественная активность в интересах своей страны с её культурными и ментальными особенностями). Вместе с тем, сложившаяся практика информатизации образования не способствует развитию актуальной для профессиональной и непрофессиональной деятельности межличностной коммуникативной компетентности в системе «человек-человек».

В-восьмых, в условиях расширения опосредованного взаимодействия педагога и обучающегося направляющая роль педагога всё больше зависит от порой непредсказуемых факторов диалога культур, сознаний, представленных виртуально. Эволюция цифровой эпохи привела к оформлению «специфического сообщества криэйтеров – творцов-разработчиков программ и баз данных, а по существу – производителей духовной пищи... В их руках оказываются рычаги манипуляции и формирования внутреннего мира огромного большинства людей» (Каменев, 2017, с. 87). Для эффективного образовательного, особенно воспитательного, влияния всё значимее становится «живое» общение педагога и обучающегося в образовательной деятельности, коммуникативные ситуации и соответствующие образовательные технологии, которые способствуют открытым, Человеческим отношениям субъектов образовательной деятельности.

В-девятых, существенно усложнилась преемственность между поколениями, когда настоящее перестаёт предсказуемо вырастать из прошлого и «...у молодых людей возникла общность опыта, того опыта, которого не было и не будет у старших» (Мид, 1988, с. 361). Учащаяся молодёжь в своей массе гораздо проще по сравнению с более возрастными педагогами адаптируется к современному цифровому миру, осваивает постоянно открывающиеся его возможности. По справедливому замечанию С.В. Каменева «до недавнего времени утверждение о готовности

педагога постоянно учиться у своих учеников оставалось не более чем риторической декларацией. Теперь же доктрина опережающего развития образования насущно предполагает сознательную выработку учителем способности перенимать и осваивать компетенции аборигенов цифрового мира» (Каменев, 2017, с. 88).

В-десятых, имеет место существенное облегчение восприятия областей знания в процессе обучения благодаря аудиовизуальным формам информационных технологий, а также их гиперссылочным возможностям. «В недавние времена процесс усвоения знаний непременно требовал от учащегося приложения определённых внутренних сил: напряжение внимания к объяснениям педагога, усилие осмысления книжного текста... Свойственное человеческой природе любопытство сегодня может быть удовлетворено легко и почти без усилий» (Каменев, 2017, с. 86). Последствия связаны с утратой навыков вменяемого учения, укоренением практики пассивного созерцания, а также схематизмом и поверхностностью восприятия и понимания (Каменев, 2017, с. 86). Очевидно, что отмеченная пассивность – это значимый фактор общественной безинициативности, социальной дезадаптации.

**Выводы и обобщения.** Совокупность представленных десяти факторов, большинство из которых обусловлено информатизационной стороной образовательного влияния общества на индивида, детерминируют ещё один, обобщающий.

Он относится к движущей основе мотивации человека – его смыслообразующим жизненным путь вопросам и ответам на них. Обострение понимания представителем современного общества своих антропологических основ базируется на присущем человеку «непрерывном вопрошании». В результате тектоническому сдвигу подверглась движущая основа мотивации индивида – вопросы самому себе, которые связаны с осмыслением себя как человека, своего предназначения, смысла жизни (смыслообразующие вопросы). Вызовы времени состоят в том, что новые приоритетные смыслообразующие вопросы свидетельствуют об утрате современным человеком ощущения своей индивидуальности, субъектности в привычной ранее телесной основообразующей укоренённости: всё чаще ведущими для представителя современного социума, на наш взгляд, становятся вопросы «Человек я или матрица?», «Что такое человек, и что во мне человеческого?», «Каковы цели разработчиков виртуальной программы под названием «жизнь»?».

Существенные изменения внутреннего мира современного человека определяют сложно предсказуемые последствия трансформации всей системы воспроизводства культуры и антропологической среды в целом.

**Перспективы исследования.** Активным вдохновителем происходящей антропологической революции является прежде всего трансгуманистическое идеологическое течение, которое тесно связано с интересами

транснациональных корпораций (Четверикова, 2014; Четверикова, 2017). Представленный тезис нуждается в своём более детальном обосновании, что составляет перспективы настоящего исследования. Другое направление дальнейших исследований, учитывающее глобализационные процессы (Brookhart et al., 2016; Lawson, 2013; Smith et al., 2014), детерминировано определением путей сохранения человеком своей телесной и духовной целостности. Здесь отдельного внимания заслуживает поиск критериев допустимой информатизации и киборгизации (Миронов, Латыпов, 2017), а также духовных оснований развития человечества, адекватных современным социокультурным вызовам времени (Авдеева, 2017; Kochetkov, 2015).

### Список литературы

1. Авдеева Е.А. Онтопедагогика человека. Красноярск : тип. КрасГМУ, 2017. 339 с.
2. Икуджиро Н., Хиротака Т. Компания – создатель знания. Зарождение и развитие инноваций в японских фирмах : пер. с англ. М. : Олимп-Бизнес, 2011. 366 с.
3. Каменев С.В. Образование в цифровом мире: возможности и перспективы / С. В. Каменев // Вестник Томского государственного университета. 2017. № 425. С. 85-90.
4. Кочетков М.В. Обучающий или обслуживающий? Размышления в связи с Федеральным законом «Об образовании в РФ» // Педагогика. 2017. № 10. С. 62-68.
5. Мид М. Культура и мир детства. Избранные произведения. М. : Наука, 1988. 429 с.
6. Миронов В.В., Латыпов С.Н. Всеобщая информатизация образования: внутри и вне процесса // Cloud of Science. 2017. Т. 4, № 2. С. 282-302.
7. Полани М. Личностное знание. На пути к посткритической философии / под ред. В. А. Лекторского, В. А. Аршинова; пер. с англ. М. Б. Гнедовского, Н. М. Смирновой, Б. А. Старостина. М. : Прогресс, 1995. 344 с.
8. Четверикова О.Н. Диктатура «просвещённых», о духовных корнях и целях трансгуманизма [Электронный ресурс] // Последний предел. 2014. № 1-3. URL: <http://www.limesinferior.ru/post/72909991521/диктатура-просвещённых-о-духовных-корнях-и> (дата обращения: 08.08.2018).
9. Четверикова О.Н. «Ликвидация»: судьба российского образования // Свободная мысль. 2017. № 2 (1662). С. 89-106.
10. Brookhart S.M., Guskey T.R., Bowers A.J., McMillan J.H., Smith J.K., Smith L.F. [et al.] A Century of Grading Research: Meaning and Value in the Most Common Educational Measure // Review of Educational Research. 2016. Vol. 86, № 4. P. 803-848.
11. Duhamel K.V. Bringing us back to our creative senses: Fostering creativity in graduate-level nursing education: A literary review // Nurse education today. 2016. Vol. 45. P. 51-54. doi: 10.1016/j.nedt.2016.06.016
12. Fleming J., Gibson R., Anderson M., Martin A.J., Sudmalis D. Cultivating imaginative thinking: teacher strategies used in high-performing arts education classrooms // Cambridge Journal of Education. 2016. Vol. 46, № 4. P. 435-453. doi: 10.1080/0305764X.2015.1064097
13. Greene M. The turning of the leaves: Expanding our vision or the arts in education // Harvard Educational Review. 2013. Vol. 83, № 1. P. 251-252.
14. Kochetkov M. Modern Paradigms in Education under Social and Cultural Challenges // Education, language, art and intercultural communication (ICELAIC 2015). 2015. P. 5-10. doi:10.2991/icelaic-15.2016.2

15. Kukulska-Hulme A. How should the higher education workforce adapt to advancements in technology for teaching and learning? // *Internet and Higher Education*. 2012. № 15. P. 247-254. doi:10.1016/j.iheduc.2011.12.002

16. Lawson M.A., Lawson H.A. New conceptual frameworks for student engagement research, policy, and practice // *Review of Educational Research*. 2013. Vol. 83. P. 432-479. doi:10.3102/0034654313480891

17. Smith J., Wilson S.B., Banks J., Zhu L., Varma-Nelson P. Replication Peer-Led Team Learning in cyberspace: Research, opportunities, and challenges // *Journal of research in science teaching*. 2014. Vol. 51, № 6. P. 714-740. doi: 10.1002/tea.21163

УДК 159.928.26

## МОДАЛЬНОСТЬ ДОМИНИРУЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ СТУДЕНТОВ КАК ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

О.М. Краснорядцева

*Национальный исследовательский Томский государственный университет,  
г. Томск, Россия*

**Аннотация.** Обоснована практическая актуальность исследования доминирующих функциональных состояний студентов в качестве достаточно информативного диагностического «маркера» образовательной среды. Описаны выделенные в исследовании типологические особенности студентов, отличающихся модальностью представлений о себе и о своем жизненном мире. Представлены обобщенные результаты выявленной взаимосвязи (на уровне статистической тенденции) между различными показателями в доминировании определенных функциональных состояний и характеристиками модальности мировосприятия на выборке студентов выпускных курсов бакалавриата, обучающихся по разным направлениям подготовки. Зафиксированы выраженный у определенной категории студентов «эффект накопления аффекта», свидетельствующий о достаточно высокой эмоциогенности их актуальных индивидуальных образовательных ситуаций, а также имеющиеся дефициты психологических ресурсов, позволяющих молодым людям эффективно справляться с такого рода проблемами неравновесности функциональных психических состояний. Обозначены перспективные задачи актуализации психопрофилактической составляющей образовательной среды современного вуза.

**Ключевые слова:** функциональные состояния, модальность мировосприятия, развивающая образовательная среда, образовательная ситуация.

**Постановка проблемы.** Тот факт, что достижение успешности человека в той или иной деятельности связано с его функциональным состоянием является одним из классических постулатов психологии труда. Вряд ли подлежит сомнению и то, что доминирование оптимальных функциональных состояний определяет такой важный для современного человека психологический феномен как психологическое благополучие, которое во многом обуславливает качество жизни. Понятие функционального состояния в свое время было введено для характеристики эффективности стороны деятельности или поведения человека и предполагает, прежде всего, решение вопроса о возможностях человека, находящегося в том или ином состоянии, выполнять конкретный вид деятельности (Леонова, Кузнецова, 2007). В обширной психофизиологической и психологической литературе можно найти подробное описание самых разнообразных видов состояний человека, оказывающих благоприятное или отрицательное влияние на протекание трудовой деятельности. Так, на основе различных критериев психические состояния классифицируются как благоприятные и неблагоприятные, оптимальные и неоптимальные, допустимые и недопустимые, равновесные и неравновесные, нормальные и пограничные и т.д. (В.А. Ганзен, Л.Г. Дикая, Г.М. Зараковский, Е.П. Ильин, Н.Д. Левитов, А.Б. Леонова, Ю.Б. Некрасова, Т.А. Немчин, А.О. Прохоров и др.). Функциональные состояния характеризуют в основном причинность, уровень и последствия нарушения процессов гомеостатического и адаптивного регулирования в организме, и они проявляются в совокупности реакций тех или иных его функций и систем (Бодров, 2006).

Жизнь современного молодого человека зачастую связана с необходимостью переработки большого потока информации, с частой и принятием решений в условиях дефицита времени, ситуации неопределенности. В многочисленных исследованиях показано, что неэффективная организация труда и несоблюдении психогигиенических требований приводят к состояниям эмоционального напряжения с астенизацией и снижением потенциальных возможностей, к легко истощающемуся активному вниманию, снижению памяти, угнетенному состоянию, неуверенностью в себе, снижению работоспособности (В.А. Бодров, С.А. Гапонова, Л.П. Гримак, Л.Г. Дикая, Р. Лазарус, А.Б. Леонова, В.И. Медведев, Н.И. Наенко и др.). Есть целый ряд исследований, в которых зафиксированы проявление выраженных признаков эмоционального выгорания на ранних этапах профессионализации, в том числе уже и на этапе профессиональной подготовки у студентов, будущих специалистов в области помогающих профессий (Кустова, 2010), (Щербаков, Семиздралова, 2016), (Красноярцева, 2007). Исследования того, какие функциональные состояния преобладают у молодых людей, находящихся на ранних этапах подготовки к

вхождению к профессию(обучение в вузе) и как они влияют на процесс профессионального самоопределения, расширяют представления об особенностях различных образовательных сред и их развивающем потенциале (Гапонова,2004),(Зеер,2006)и др. В этой связи, представляется, что функциональные состояния студентов можно рассматривать в качестве достаточно информативного диагностического «маркера» образовательной среды, поскольку специфика их доминирования свидетельствует о векторе личностного и профессионального становления молодого человека либо в сторону расширения возможностей собственного жизнеосуществления, либо в сторону актуализации защитных механизмов, приводя к личностной стагнации и в последствии к ранним негативным деформациям.

**Методы.** Для определения показателей функционального состояния были использованы следующие методики:

- опросник для оценки острого умственного утомления (Прохоров, 2004)
- опросник для оценки острого физического утомления (Прохоров, 2004)
- методика определения доминирующего состояния (Прохоров, 2004)
- опросник В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ) (Моросанова, 2004)

Для определения особенностей мировосприятия молодых людей была использована авторская проективная методика «Человек и мир» (В.Е.Ключко, О.М.Красноярцева), позволяющая сделать качественный анализ представлений человека об окружающем его мире в континууме «позитивное – негативное» мировосприятие.

Выборку составили 368 студентов 4 курса бакалавриата Национального исследовательского Томского государственного университета, обучающихся на разных направлениях подготовки.

**Результаты исследования и их обсуждение.** На первом этапе исследования были выделены 3 группы студентов, отличающихся модальностью представлений о себе и о своем жизненном мире по следующим показателям: - масштабность мира(масштабность явлений, предметов и событий, которые человек включает в понятие «мир»; широта явлений и ценностно-смысловых измерений, имеющих смысл для человека);- позиционирование себя в мире (степень включенности человека в мир и мира в себя, взаимосвязи человека с миром);- качество оценки своих взаимоотношений с миром.

К первой группе (28%) были отнесены студенты, мировосприятие которых характеризуется более выраженной масштабностью мира, ориен-

тацией на включенность в мир и мира в себя, преобладание позитивных оценок своих взаимоотношений с миром, устойчивостью, вневременностью оценок своих взаимоотношений с миром.

Ко второй группе (30%) были отнесены студенты с доминированием малого уровня масштаба мира, противостоянием себя и мира, доминированием негативных оценок своих взаимоотношений с миром, неустойчивостью (ситуативностью) их взаимоотношений.

К третьей группе(42%) были отнесены студенты, у которых качественное соотношение выделенных базисных составляющих своих отношений с миром можно охарактеризовать как противоречивое, что не позволяет однозначно определить характер модальности мировосприятия этих молодых людей.

На втором этапе были выявлены особенности доминирующих функциональных состояний, включая характеристики умственного и физического утомления, а также показатели индивидуальной саморегуляции у всех испытуемых выборки. Для выделения связи между переменными был использован факторный анализ, метод выделения факторов: метод главных компонент. Было выделено 3 фактора, которые представляют собой типы доминирования определенных функциональных состояний. В таблицах 1-3 представлены доминирующие коэффициенты факторной нагрузки, характерные для разных групп испытуемых, отличающихся особенностями модальности мировосприятия.

*Таблица 1*

### **Коэффициент факторной нагрузки для 1 группы**

№ п/п	Компонет модели	Коэффициент
	активное отношение к жизненной ситуации	0,840
	высокий общий уровень осознанной регуляции	0,776
	высокий тонус, стеническая реакция на возникающие трудности.	0,751
	устойчивость эмоционального тона	0,741
	легкая степень умственного утомления	0,612
	легкая степень физического утомления	0,590

Наиболее характерными доминирующими функциональными состояниями этой группы являются выраженное активное, оптимистическое отношение к жизненной ситуации; ощущение сил для преодоления препятствий и достижения своих целей; субъективные ощущения внутренней собранности, запаса сил, энергии; эффективность психической саморегуляции.

**Коэффициент факторной нагрузки 2 группы**

№ п/п	Компонет модели	Коэффициент
	пассивное отношение к жизненной ситуации	0,812
	высокая степень физического утомления	0,731
	преобладание негативного эмоционального тона	0,686
	склонность проявлять астенические реакции на возникающие трудности	0,542

Наиболее характерными для этой группы доминирующими функциональными состояниями являются неверие в возможность успешного преодоления препятствий; усталость, несобранность, вялость, инертность, низкая работоспособность, повышенная утомляемость; ожидание событий с неблагоприятным исходом; повышенная раздражительность; неудовлетворенность жизнью в целом; слабая сформированность осознанного планирования и программирования своего поведения.

**Коэффициент факторной нагрузки для 3 группы**

№ п/п	Компонет модели	Коэффициент
	умеренная степень умственного утомления	0,704
	неустойчивость эмоционального тона	0,648
	средний общий уровень осознанной регуляции	0,643
	умеренная склонность испытывать беспокойство в широком круге жизненных ситуаций	0,547
	умеренная степень физического утомления	0,492

Наиболее характерными для этой группы доминирующими функциональными состояниями являются средний уровень эмоциональной устойчивости; выраженный прагматизм в проявлении активности, расходовании энергии; изменчивость настроения и легкость возникновения эмоционального возбуждения; достаточно высокая оценка личностной успешности; недостаточно развитое понимание себя, своих возможностей; сниженная критичность в самооценивании.

Таким образом, можно говорить о достаточно выраженных тенденциях связи между доминированием определенных функциональных состояний, особенностями индивидуальной саморегуляции (включающей показатели планирования, моделирования, оценки результатов, гибкости и самостоятельности) и представлениями о себе и о своем жизненном мире. Так, у студентов с выраженным позитивным мировосприятием, как правило,

доминируют благоприятные функциональные состояния и достаточно высокие показатели развития индивидуальной саморегуляции.

Полученные данные о том, что для 30% студентов выпускного курса бакалавриата выборки характерно доминирование неблагоприятных функциональных состояний, а еще у 40% наблюдается выраженный «эффект накопления аффекта» свидетельствуют о достаточно высокой эмоциогенности тех индивидуальных образовательных ситуаций, в которых находятся данные студенты, а это в известном смысле может рассматривать в качестве характеристики образовательной среды. В психологических исследованиях неоднократно зафиксировано, что «эффект накопления аффекта» в процессе деятельности сопровождается снижением мотивации, деформацией ценностно-смысловых составляющих образа мира и сужением пространства для самореализации и саморазвития (Зеер, 2006), (Гапонова, 2004), (Красноярцева, 2007), (Леонова, Кузнецова, 2007). И в этом смысле крайне актуальной представляется психолого-образовательная профилактика возникновения негативных функциональных состояний, возникающих в период обучения в вузе, как предвестников возможного обесмысливания и обесценивания процесса вхождения в профессионализацию уже на этапе профессионального обучения.

### **Выводы**

1. Выявленные тенденции в доминировании определенных функциональных состояний и модальности мировосприятия у студентов, обучающихся по программам бакалавриата, свидетельствуют об имеющихся у определенной категории молодых людей дефицитах психологических ресурсов, позволяющих эффективно справиться с повышенным уровнем эмоциогенности индивидуальных образовательных ситуаций.

2. В этой связи, весьма своевременными являются задачи актуализации психолого-образовательных проектов, направленных на обучение студентов техникам профилактики возникновения неблагоприятных функциональных состояний, поскольку длительное пребывание молодого человека в такого рода состояниях неизбежно вызывает собой саморегуляционных процессов и существенно снижает качество жизнеосуществления.

### **Список литературы**

1. Зеер Э.Ф. Психология профессионального развития : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений. М. : Изд. центр «Академия», 2006. 240 с.
2. Бодров В.А. Психология профессиональной деятельности. Теоретические и прикладные проблемы. М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. 623 с.
3. Гапонова С.А. Функциональные психические состояния студентов в образовательном пространстве высшей школы. Н. Новгород : Изд-во Нижегород. гос. пед. ун-т, 2004. 197 с.
4. Красноярцева О.М. Деформация эмоционально-установочного реагирования личности как деструктивный фактор профессионального поведения // Сибирский психологический журнал. 2007. № 26. С. 166-170.

5. Кустова В.В. Проблемы профессиональной подготовки социальных педагогов в условиях педагогического колледжа // Культура. Наука. Образование. 2010. № 1 (14). С.175-181.

6. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психологические технологии управления состоянием человека. М. : Смысл, 2007. 311 с.

7. Моросанова В.И. Стиль саморегуляции поведения (ССПМ). М. : Когнито-Центр, 2004. 44 с.

8. Прохоров А.О. Практикум по психологии состоянию : учеб. пособие по направлению и специальностям психологии. СПб. : Речь, 2004. 475 с.

9. Щербаков А.В., Семиздралова О.А. Психологические барьеры профессионального становления педагога // Научное обеспечение системы повышения квалификации кадров. 2016. Вып. 2 (27). С. 57-65.

**УДК 373.2**

## **СФОРМИРОВАННОСТЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ**

**О.Б. Лобанова, Т.А. Бахор**

*Лесосибирский педагогический институт – филиал Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия*

**Аннотация.** В приобщении к здоровому образу жизни дошкольники являются наиболее перспективной возрастной категорией: в детстве происходят усвоение основных объемов информации, нацеленной на формирование представления дошкольников о здоровом образе жизни, а также освоение фундаментальных жизненных стереотипов здорового поведения человека, то именно дошкольники являются наиболее перспективной возрастной категорией, позволяющей решать вопросы приобщения детей к здоровому образу жизни. Формирование необходимых представлений о здоровом образе жизни у дошкольников зависит от того, какие знания о здоровье и здоровом образе жизни актуальны их педагогами в какой мере эти знания они используют в своей педагогической деятельности. С целью определения сформированности представлений о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста, о том, какие знания о здоровье и здоровом образе жизни актуальны для родителей, в какой мере знания детей о ЗОЖ используют педагоги в своей педагогической деятельности была проведена опытно-экспериментальная работа в ДОУ г. Лесосибирска. На основе опытно-экспериментальной работы показано, что здоровый образ жизни как стремление человека к сохранению своего здоровья, его укреплению и восстановлению, способствующему самоутверждению человека в социальном окружении

и природе, необходимо формировать, начиная с дошкольного возраста, тогда забота о собственном здоровье как основной ценности станет естественной формой поведения. В качестве благоприятной для этого среды можно назвать соответствующий эмоциональный климат в семье, дружеское доброжелательное отношение родителей друг к другу и ребенку; правильное организованное питание, организация занятий спортом, выполнение физических упражнений на воздухе, т.е. достаточная активность дошкольника и поведение взрослых, основанное на их отрицательном отношении к вредным привычкам. В заключении статьи содержатся рекомендации по формированию навыков ЗОЖ, стимулирования познавательной активности и формирования опыта здоровьесберегающего поведения у старших дошкольников.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, старшие дошкольники, здоровьесберегающее поведение, позитивное самоустановление, окружающая среда.

**Актуальность.** В настоящее время наблюдается тенденция к снижению здоровья подрастающего поколения, в связи с этим возникает необходимость формирования у детей, начиная с дошкольного возраста, представлений о здоровом образе жизни. Здесь важно объединить усилия родителей, общественных организаций, дошкольных образовательных организаций и медицинских учреждений, т.к. эта комплексная проблема, требующая всестороннего анализа.

Актуальность проблемы формирования здорового образа жизни обоснована диссертационными исследованиями в различных областях наук: социология (Е.П.Демкина, В.Н.Терешкина и др.); педагогика (Ю.Е.Амосова, И.В.Жукова, Е.Л.Зверева, Е.Б.Черникова и др.); экономика (В.С.Вершинин, И.В.Образцова, О.А.Погребова и др.); медицина (С.Н.Алексеенко, А.А.Иванова, Т.Н.Ищук, Н.Ю.Ковалева и др.); психология (В.А.Морозов, В.О.Штумф и др.) и др.

О важности проблемы формирования здорового образа жизни свидетельствует большое количество исследований, авторы которых рассматривают различные аспекты формирования здорового образа жизни: общетеоретические вопросы формирования ЗОЖ (Н.И.Белова, В.И.Исаев, А.В.Пилюшенко, Т.Ю.Петрова и др.); формирование ЗОЖ студентов (Д.Т.Алмагамбетова, А.З.Гарипова, А.Г.Маджуга, А.М.Сипаторова и др.); ЗОЖ как возможность полноценной жизни человека (Т.Н.Березина, М.Я.Виленский, Н.А.Кумченко, В.Н.Филипова, О.И.Щепкина, О.А.Семерич и др.); спорт и ЗОЖ (Е.П.Билибин, Н.И.Савелов и др.); воспитание ответственного отношения младших школьников к ЗОЖ (А.Х.Гаджиева, Н.Н.Судиловская и др.); воспитание ответственного отношения дошкольников к ЗОЖ (М.В.Давыдова, В.А.Деркунская, М.Н.Никульникова, И.М.Новикова и др.); формирование ЗОЖ в подрост-

ковой среде (Т.В.Варфаломеева, Л.М.Волкова, А.К.Зуйкова, Г.А.Танская и др.); формирование ЗОЖ у старших школьников (Д.А.Гуляк, Л.Г.Касьянова, С.Н.Кузнецова, Л.В.Петрова, А.Ш.Рустамов и др.); взаимодействие педагогов и родителей по вопросам формирования ЗОЖ (С.П.Мирошина, Т.Н.Сергиенко, Л.Ф.Тихомирова и др.) и др. Авторы на обширном аналитическом материале подчеркивают необходимость формирования основ здорового образа жизни с раннего возраста. Дошкольный возраст является благоприятным периодом для формирования социальных установок (Плеханова, Лобанова, 2017).

**Постановка проблемы.** Сегодня проблема формирования представлений о здоровом образе жизни (ЗОЖ) рассматривается на государственном уровне, о чем свидетельствует ФЗ №273 «Об образовании в РФ» (2012), ФГОСы и др. Так в Законе РФ «Об образовании в РФ» говорится о важности создания необходимых условий для охраны и укрепления здоровья обучающихся (статья 28). В ФГОС ДО отмечается важность участия родителей в охране и укреплении здоровья детей; создании развивающей предметно-пространственной среды для охраны и укрепления здоровья детей; обеспечения психолого-педагогической поддержки семьи и повышения компетентности родителей (законных представителей) в вопросах охраны и укрепления здоровья детей. Авторы на обширном аналитическом материале показывают, что Социально-экономические и политические трансформации российского общества на рубеже XX-XXI веков привели к системным сдвигам во всех сферах социальной жизни, в том числе в образе жизни, актуализировав проблему здорового образа жизни российского населения в целом и молодёжи, в частности. Образ жизни это качественная характеристика определённых типов жизнедеятельности людей, показатель уровня их социализации, формируется под влиянием материальной и духовной жизни общества (Завьялов, 2013).

В приобщении к здоровому образу жизни дошкольники являются наиболее перспективной возрастной категорией. Так как в детстве происходит усвоение основных объемов информации, нацеленной на формирование представления дошкольников о здоровом образе жизни, а также освоение фундаментальных жизненных стереотипов здорового поведения человека, то именно дошкольники являются наиболее перспективной возрастной категорией, позволяющей решать вопросы приобщения детей к здоровому образу жизни.

Основы здорового образа жизни у детей дошкольного возраста определяются наличием знаний и представлений о соблюдении режима, проведении гигиенических процедур, организации двигательной активности как элементах здорового образа жизни и умением реализовывать их в поведении и деятельности дошкольника доступными для него способами (чистить зубы, мыть руки, делать зарядку). об элементах здорового образа жизни

В практике обучения и воспитания детей в дошкольных образовательных учреждениях РФ наибольшее распространение получили так называемые комплексные программы, среди наиболее известных из них - «Радуга» (под ред. Т.Н. Дорониной), «Детство» (В.И. Логинова, Т.Н. Бабаева и др.), «Истоки» (Центр «Дошкольное детство» им. А.В. Запорожца) и др. Эти программы нацелены на решение задач укрепления здоровья и формирования представлений о здоровом образе жизни у детей дошкольного возраста. Авторы многих программ рекомендуют познакомить детей с информацией о том, что полезно и что опасно для здоровья; каковы доступные способы укрепления их здоровья, каково значение культурно-гигиенических навыков и т.п. В некоторых программах («Детство», «Истоки» и др.) рекомендуется познакомить детей со строением человеческого тела, основными функциями внутренних органов и отдельных физиологических систем (табл. 1).

В специальных разделах этих программ, посвященных экологическому воспитанию, содержатся рекомендации по ознакомлению детей с информацией о взаимосвязи человека и природы, о влиянии окружающей среды на здоровье человека, об использовании факторов природной среды (воды, солнца, воздуха) для укрепления здоровья. Опираясь на эти знания, представленные разрозненными фактами, работники ДОУ на разных занятиях могут формировать у детей единичных представлений, что усложняет дошкольникам восприятие системных связей в здоровом образе жизни как социокультурном феномене.

*Таблица 1*

### **Программы ДОУ и их характеристика**

<b>Программа</b>	<b>Характеристика</b>
«Радуга»	Программа нацелена на развития всех способностей ребенка за счет различных видов деятельности. Вопросу воспитания здорового образа жизни посвящен раздел «Формируем привычку к здоровому образу жизни» для всех возрастных групп
«Детство»	В основе программы лежит лично-деятельностный подход к развитию и воспитанию детей дошкольного возраста. Это программа многогранного развития личности дошкольника, предполагающая формирование представлений детей о здоровом образе жизни
«Истоки»	Программа рассматривается как базисная, нацеленная на разностороннее, полноценное развитие ребенка, формирование у него универсальных способностей и развитие их до уровня возрастных возможностей и соответствия требованиям современного общества
«Здоровье»	В программе впервые формулируется задача, связанная с воспитанием потребностей в здоровом образе жизни

Таким образом, характеристика комплексных и авторских программ позволила нам отметить, что эко-био-социальная направленность ни в одной из них не нацелена на формирование представлений о здоровом образе жизни социальном феномене нашего времени. Подводя итоги, следует отметить, что учеными ведется поиск новых более перспективных программ и педагогических технологий, способствующих решению проблем воспитания детей дошкольного возраста, направленных на охрану и укрепление здоровья детей, развития их физических и двигательных качеств, формирование представлений о здоровом образе жизни. На наш взгляд, решение указанных проблем в учебно-воспитательной работе с детьми возможно при комплексной интеграции социальных, биологических и экологических составляющих здорового образа жизни как социокультурного феномена, характеризующего жизнедеятельность человека, «направленную на самостановление по законам природного и социального бытия, на естественное самосохранение и проявление самости для позитивного самоутверждения в собственном теле, в ближайшем социальном окружении, в обществе и природе в целом» (Науменко, 2012).

Формирование необходимых представлений о здоровом образе жизни у дошкольников зависит от того, какие знания о здоровье и здоровом образе жизни актуальны их педагогами в какой мере эти знания они используют в своей педагогической деятельности. С этой целью нами была проведена опытно-экспериментальная работа в ДОУ г. Лесосибирска (выборка составила 89 детей старшего дошкольного возраста; 78 родителей). В своей работе мы опирались на методики, разработанные Л.Г.Касьяновой (Касьянова, 2004).

В формировании у дошкольников навыков здорового образа жизни большую роль играет семья, поэтому в исследовании были задействованы родители дошкольников. Ответы родителей на вопрос о том, что они подразумевают под здоровым образом жизни, представлены в таблице 2.

*Таблица 2*

### **Представление родителей о здоровом образе жизни**

<b>Под здоровым образом жизни подразумевают...</b>	<b>Количество родителей (%)</b>
1.Правильное питание	75%
2.Занятия спортом и закаливание	85%
3.Соблюдение режима дня и длительное пребывание на воздухе.	27%
4. Затруднились ответить.	15%

Следующий вопрос анкеты, предложенной родителям, был нацелен на выявление основных социальных факторов, мешающих респондентам вести здоровый образ жизни. Родители должны были выбрать из предложенных вариантов одну или несколько самых веских причин (табл. 3).

Таблица 3

**Результаты выбора основных причин, мешающих родителям вести здоровый образ жизни**

<b>Причины</b>	<b>Количество родителей, выбравших эти причины (в %)</b>
Недостаток времени	90%
Недостаток времени, низкая зарплата	15%
Другие причины: лень, недостаток силы воли	6%

Ответы родителей на два вопроса свидетельствуют о том, что большая часть родителей считает основным условием здорового образа жизни – наличие специального (свободного) времени, т.е. они не осознают, что повседневная деятельность человека также способствует сохранению, укреплению и восстановлению здоровья, «позитивному самоутверждению в собственном теле, в ближайшем социальном окружении, в обществе и природе в целом» (Науменко, 2012).

Анализируя ответы родителей, мы видим, что большое количество респондентов (90%) редко выезжают на природу с детьми; а если выезжают, то только летом и на дачу. Никто из родителей не указал лес/парк как место прогулок и отдыха, что может быть объяснено опасной обстановкой с клещами в нашем регионе.

Для выяснения знаний родителей о природных средствах оздоровления респонденты отвечали на следующий вопрос: «Пользуетесь ли Вы природными средствами оздоровления? Какими?». В ответах зафиксированы такие природные средства оздоровления, как купание, солнечные и воздушные ванны.

Отвечая на вопрос «Что на Ваш взгляд является основной причиной заболеваний вашего ребенка?», 45% респондентов назвали неблагоприятную экологию; недостаточную осведомленность по проблемам сохранения здоровья детей отметили 55%.

Родители хотели бы, чтобы в ДОУ уделялось больше внимания формированию ЗОЖ у их детей («в образовательной организации работают специалисты», «дети находятся под наблюдением медицинской сестры, поэтому можно проводить процедуры закаливания» и др.); совмещать занятия физической культурой и с прогулками («можно делать зарядку на свежем воздухе», «спать под теплыми одеялами в прохладном помещении» и др.).

Таким образом, на основе анализа материалов, полученных путем анкетирования родителей можно сделать выводы:

- выявленные знания родителей о здоровом образе жизни имеют весьма фрагментарный характер не смотря на то, что большая часть родителей имеет высшее и среднее образование;
- в формировании здорового образа жизни у детей родители недооценивают значение природных средств оздоровления;
- большинство родителей не удовлетворено настоящим состоянием здоровья детей (основные причины болезней детей респонденты видят в неблагоприятных экологических условиях и в недостатке собственных знаний о здоровом образе жизни);
- родители не осознают того, что состояние здоровья детей во многом зависит от образа жизни семьи.

С целью выяснения имеющихся представлений у детей о здоровье и здоровом образе жизни проводилась индивидуальная беседа.

По мнению детей здоровье - это отсутствие болезни у человека - так считают 90 % детей («не болею и хожу в садик», «гуляю долго», «когда нет температуры», «когда хороший аппетит», «спорт» и др.). Интересно, что 8 % старших дошкольников под здоровьем понимают «лекарство», «лечение».

Для выявления представлений детей о полезной для здоровья пище был задан вопрос: «От какой пищи человек будет здоровым и почему?», на который были получены следующие ответы:

- «От фруктов, овощей» (80% респондентов) : «Надо кушать фрукты, они вкусные и полезные», «...потому что в них витамины». Эти ответы свидетельствуют о том, что у детей не сформировано представление о пользе разнообразного питания для здоровья человека.

- «От витаминов» (50% опрошенных).

- «От чистой пищи» (10% респондентов).

Для выявления представлений детей об опасных, вредных для здоровья человека факторах окружающей среды (социальных и экологических), детям был задан следующий вопрос: «От чего человек может заболеть?» (табл. 4).

*Таблица 4*

**Представления дошкольников о факторах окружающей среды влияющих на здоровье**

Ответы	Характерные объяснения	Количество детей, %
От болезней	«вирусов»	50%
Из-за погоды	«От холода, от неправильной одежды»	40%
От пищи	«От плохой пищи», «От грязной пищи»	10%

Ответы детей на вопрос о том, что может плохо влиять на их здоровье в помещении, свидетельствуют о фрагментарном представлении дошкольников по данному вопросу: большинство респондентов (60%) считают, что отрицательно влияет на здоровье – плохо проветриваемое помещение. Один дошкольник ответил, что плохо влияет на здоровье в помещении «больной человек». Остальные дети указали на такие факторы как пыль (20 %), «животные (кошки)» (15 %).

Отвечая на вопрос, что может навредить их здоровью и здоровью окружающих людей на улице, все опрошенные дошкольники (100%) назвали следующие природные явления: холод, ветер, а также грязь на улице и «плохой воздух».

Для выявления у детей представлений о средствах и способах лечения заболеваний задали следующий вопрос: «Чем люди лечат болезни?». Ответы показали, что 80% респондентов имеют некоторые представления о лечении, в основном медицинскими средствами. Они отвечали, что люди лечатся лекарствами и таблетками, которые покупают в аптеке. К средствам лечения, наряду с медицинскими препаратами, 20% детей указали такое средство, как чай из лечебной травы, объяснив, что так их лечили бабушки.

В ходе беседы с детьми мы выясняли их представления о природных средствах оздоровления. Ответы на вопрос: «Как природа может оздоравливать организм человека?» мы получили ответы: растениями («травой, ее надо заваривать и пить») - 80%; свежим воздухом - 70%; прогулками («гулять по лесу») - 20%; есть ягоды, овощи, фрукты - 30%; водой («пить воду») - 10%.

Таким образом, результаты беседы с детьми показали, что старшие дошкольники имеют некоторые представления о здоровом образе жизни, однако уровень этих представлений детей весьма невысок.

Для того чтобы выяснить степень сформированности представлений о здоровье и здоровом образе жизни мы предложили дошкольникам изобразить «здоровье» таким, каким они его себе представляют.

Анализ рисунков включал и обсуждение с ребенком отдельных деталей и уточнение содержания рисунка, отражения в нем представлений о здоровье и деятельности, направленной на сохранение здоровья.

Почти все рисунки изображают детей, находящихся в движении (прыгающими, бегающими, выполняющими физические упражнения). На 80% рисунков были изображены группы детей, занимающихся различной коллективной деятельностью. (сюжеты этих рисунков были различные).

Таким образом, анализ рисунков «здоровье» дает основание сделать вывод, что дошкольники понятие «здоровье» чаще всего соотносят с занятием спортом.

Для стимулирования познавательной активности и формирования опыта здоровьесберегающего поведения у старших дошкольников можно использовать следующие методы:

- формирование у старших дошкольников представлений о здоровом образе жизни, предусматривающее работу с детьми в следующей последовательности: ознакомление с понятиями «здоровье» и «образ жизни человека»;
- формирование представлений о зависимости здорового образа жизни от состояния окружающей среды;
- осознание здорового образа жизни как основы сохранения и укрепления здоровья человека, его самоутверждение в собственном теле, в ближайшем социальном окружении, в обществе и природе в целом» (Науменко, 2012).

Исходя из вышеизложенного, рекомендуем в план работы воспитателя включить раздел «Я, мой организм, мое здоровье», предполагающий работу по формированию у дошкольников первоначальных представлений о здоровье, о человеческом организме, о функциях его органов, о значении органов чувств, о способах сохранения здоровья и др. Формирование представлений о здоровом образе жизни в дошкольном возрасте может быть организовано с использованием широкого спектра воспитательных средств, где один из самых ярких – мультлекторий (Гордиенко, Мосина, Лобанова, Казакова, 2018).

В заключение отметим, что представления о здоровом образе жизни необходимо формировать, начиная с дошкольного возраста, когда закладываются основы заботы о собственном здоровье. В последствие это должно стать естественной формой поведения, увидеть ценность здоровья для себя, своих близких, государства и общества в целом. В качестве благоприятной для этого среды можно назвать соответствующий эмоциональный климат в семье, дружеское доброжелательное отношение родителей друг к другу и ребенку; совместные прогулки, походы, выезды на природу и др.; правильное организованное здоровое питание, организация занятий спортом, выполнение физических упражнений на воздухе, т.е. достаточная активность дошкольника и поведение взрослых, основанное на их отрицательном отношении к вредным привычкам.

### Список литературы

1. Гордиенко Е.В., Мосина Н.А., Лобанова О.Б., Казакова Т.В. Мультлекторий как средство формирования социальных установок старших дошкольников [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 5. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=28060> (дата обращения: 31.10.2018).
2. Завьялов А.Е. Формирование здорового образа жизни молодежи в современной России : дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04. М., 2013. 129 с.
3. Касьянова Л.Г. Формирование представлений о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07. Шадринск, 2004. 219 с.
4. Науменко Ю. В. Социально-культурные феномены «Здоровье» и «Здоровый образ жизни»: сущность и стратегия формирования // Проблемы современного образования. 2012. № 6. С. 151-176.

5. Плеханова Е.М., Лобанова О.Б. Формирование духовных потребностей у детей младшего школьного возраста средствами искусства // Научное обозрение. Педагогические науки. 2017. № 6-1. С. 104-113.

6. ФГОС ДО [Электронный ресурс]. URL: <https://xn--80abucjiihbv9a.xn--p1ai/news/3447/file/2280/13.06.14-%D0%A4%D0%93%D0%9E%D0%A1-%D0%94%D0%9E.pdf> (дата обращения 31.10.2018).

7. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/) (дата обращения 31.10.2018).

УДК 613.6.027:331.5:330.161

## СОВРЕМЕННЫЕ КОРПОРАТИВНЫЕ ПРАКТИКИ ПО ПОДДЕРЖКЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Ф.С. Лохмачев, Е.А. Данилова

*Российский университет транспорта (МИИТ), г. Москва, Россия*

**Аннотация.** актуальность темы обосновывается увеличением числа заболеваний, спровоцированных малоподвижным образом жизни и пагубным влиянием стресса на человеческий организм. Всё большее число компаний поддерживают корпоративные практики пропаганды здорового образа жизни сотрудников, защиты их физического и психического здоровья.

**Ключевые слова:** здоровье, здоровый образ жизни, физическое здоровье, психическое здоровье, корпоративные практики, подвижность.

В современном мире, полоном стрессов, неопределённости и постоянной гонкой за лучшим будущим, вопросы поддержания здорового образа жизни волнуют не только рядовых сограждан, но также их работодателей. Здоровье сотрудников, как физическое, так и ментальное, всё прочнее перестаёт быть личной заботой.

Во многих странах, и в России в частности, всё большую популярность приобретают корпоративные программы, целью которых являются пропаганда здорового образа жизни и профилактика многих недугов, связанных с рабочей деятельностью.

Программы корпоративного оздоровления приобрели особую актуальность в свете снижения доли трудоспособного населения и его трудовой активности и увеличения среднего возраста российского населения в последние годы. По прогнозам Института демографии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», к 2025 году можно предполагать рост среднего возраста россиян до 41 года, а к 2030 году – до 42,5 лет.

Кроме того, растет доля населения в возрасте старше 60 лет: в 2010 году эта доля составляла 17,7 процента, за 2015 год – уже 19 процентов. По прогнозу на 2025 год – население России старше 60 лет может составить 24-25 процентов.

Эти данные вполне естественно пробуждают интерес предприятий к программам, способствующим поддержанию здоровья, долголетия и активности (а значит и трудоспособность), сотрудников в любом возрасте.

Корпоративные спортивные программы и программы психологической помощи не только способствуют повышению общей лояльности персонала к своему работодателю и позитивно влияют на производительность, но также эффективно воздействуют на степень вовлеченности персонала в жизнь организации. Тем более, что для создания устойчивой корпоративной культуры в крупных организациях, где работают самые разноплановые по профилю деятельности подразделения, одними лишь привычными, и подчас, морально устаревшими тимбилдинговыми мероприятиями весьма сложно ограничиться.

В России на проблему корпоративных стандартов управления здоровьем персонала обратили внимание не так давно, но актуальность её растёт с каждым днём.

Мода на ведение здорового образа жизни в пределах корпорации пришла в нашу страну в конце прошлого века извне. Именно крупные международные компании зародили в России моду на поддержку работодателем здоровья собственных подчиненных. С тех пор наличие подобных программ постепенно стало считаться хорошим тоном и в отечественных компаниях.

Упомянув позитивный опыт западных корпоративных гигантов, следует отметить Google, где молодые сотрудники, уже ставшие родителями, имеют право взять небольшой отпуск и получать дополнительную материальную помощь для ухода за детьми.

А другая всемирно известная компания, Airbnb, каждый год выплачивает своим сотрудникам сумму в \$2 тысячи, которые они вправе потратить на путешествия.

В крупных компаниях со штатом от нескольких сотен до нескольких тысяч человек поддержке корпоративного спорта уделяется особое внимание. Льготные абонементы в фитнес-залы, бассейны, теннисные корты, организация всевозможных активных мероприятий от марафонских забегов до совместных занятий йогой и медитацией уже много лет оптимально вписались в нормы современной кадровой политики.

Стимулирование следить за своим здоровьем может быть выгодно компании и в материальном плане. Оно помогает работодателю повысить производительность труда, уменьшить риск текучести талантливых кадров, а также снизить затраты на производство продукции.

Спустя почти четверть века с момента зарождения тренда на спортоориентированность, компания, которая не заботится о здоровье своих сотрудников, уже не может считаться полностью успешной в глазах широкой общественности. Современные компании внедряют у себя различные программы поддержки здоровья (так называемые wellness program), помимо ставшего уже привычным полиса добровольного медицинского страхования (ДМС). Наиболее успешные программы используют целостный подход, основанный на определении здоровья, данного Всемирной Организацией Здоровья: «Здоровье – это не только отсутствие болезней, но состояние полного физического, ментального (эмоционального и интеллектуального), социального и духовного благополучия».

Идеи здоровьесбережения и создание системы управления здоровьем в компании может быть существенным подспорьем для благосостояния предприятия:

- Играть роль серьезного мотивационного стимула.
- Стать элементом корпоративной культуры компании, который выгодно выделяет ее среди конкурентов.
- Сформировать привлекательный работодателя среди потенциальных кандидатов на трудоустройство. Компания, заботящаяся о здоровье своих сотрудников, в ряду компаний, равных по остальным условиям, будет более выгодным местом работы.
- Пропагандируя идеи здорового образа жизни, компания несет социальную ответственность, как перед своими сотрудниками, так и перед государством.

Не менее важна для предотвращения возникновения у сотрудников хронических психосоматических заболеваний профилактика неотъемлемого спутника работающих людей 21 века – стресса, а также помощь в решении проблем психологического характера.

Продолжительное нахождение под воздействием профессионального стресса далеко не самым лучшим образом сказывается на качестве работы и производительности труда. Люди становятся раздражительнее и агрессивнее, менее способны к рациональному мышлению. Именно поэтому следует принимать превентивные меры против влияния излишнего стресса в рабочей среде, нежели бороться с его непредсказуемыми результатами. Более того, стресс на работе ухудшает взаимоотношения с руководством, коллегами и подчиненными, тем более, являясь причиной многих вполне физически ощущаемых проблем со здоровьем. Стресс приводит к тому, что сотрудники совершают больше ошибок и принимают неверные решения в бизнесе. Сотрудники, испытывающие стресс, чаще меняют место работы и менее лояльны, что приводит к текучке кадров. Отсутствие возможности адекватной реакции на раздражитель и его продолжительность являются самыми опасными факторами в стрессе.

В качестве одного из шагов по нивелированию стресса можно использовать спортивные нагрузки. Это эффективный способ подъема настроения, повышения энергии, обострения внимания и расслабления для ума и тела. Также рекомендуется воздерживаться от нездоровой еды и спиртных напитков. Для человека, работающего под постоянным давлением, крепкий и продолжительный сон тоже будет полезен в борьбе со стрессом.

Относительно недавно получили распространение центры «стресс-коучинга». Они специализируются на оказывающие услуг корпоративной диагностики стресса и обучению навыками эффективного управления им.

Достаточно часто крупнейшие и широко известные компании конкурируют друг с другом в количестве подобных корпоративных услуг, а также в их качественном содержании. Цель борьбы – привлечь к долгосрочному сотрудничеству самые компетентных и, в целом, наиболее конкурентоспособные кадры.

Используя современные комплексные подходы к улучшению состояния здоровья сотрудников, многие работодатели стремятся помимо стандартной медицинской страховки, включать такие направления работы как:

- Профилактика здоровья сотрудников
- Забота о детях и родителях
- Развлечение сотрудников как способ оздоровления

Досуг стал неотъемлемой частью корпоративных программ оздоровления. Компании решают этот вопрос по-разному. Например, российское представительство Coca-Cola Hellenic организовало собственный беговой клуб, а в офисе «Яндекса» три раза в неделю работает бесплатный массажист.

В компании Amway Russia разработали специальную программу Optimal You, у которой есть сразу несколько целей: физическое и психоэмоциональное благополучие сотрудников и их семей, продвижение идей здорового образа жизни, повышение знаний о том, как поддерживать здоровье и work-life balance, а также усиление бренда компании.

В «СТС-медиа» пришли к выводу, что спортивные мероприятия в принципе - очень эффективный инструмент мотивации сотрудников. Самый популярный в компании вид спорта - футбол. В разных подразделениях есть свои команды (между ними проводится корпоративный чемпионат), есть в компании и единая сборная, которая регулярно тренируется. Разумеется, играют в футбол не все (хотя бы потому, что футбол - больше мужской спорт), но те, кто не играет, активно болеют за свой «клуб». Естественно, есть тематический блог на интернет-портале, посвященный корпоративному футболу. В компании даже сняли десятиминутный ролик про футбол под названием «Победитель» - в съемках принимали участие сотрудники компании.

В одной из крупнейших финансовых корпораций, «УралСиб», здоровый образ жизни является частью корпоративной культуры. Основной упор сделан на повышении двигательной активности сотрудников, т.к. ее недостаток способствует возникновению многих хронических заболеваний. В компании проводятся ежегодные акции «Недели физической активности». Кроме того, проводятся офисные спартакиады, куда были включены 5 видов спорта: дартс, мужской и женский армреслинг, настольный теннис и гольф. Эти соревнования широким позитивным откликом у работников корпорации. «УралСиб» также выделяет финансирование на покупку спортивного оборудования, а сотрудники в наилучшей физической форме получают денежные вознаграждения.

Поддержка здоровья сотрудников в «Газпром нефть» - это приоритет в работе с персоналом. А между прочим, эта российская нефтяная компания является одним из лидеров рейтинга работодателей, составленного кадровым холдингом «HeadHunter».

В рамках корпоративного договора добровольного медицинского страхования сотрудники «Газпром нефти» получают квалифицированные консультации врачей, а при необходимости и лечение в ведущих клиниках страны. Компания традиционно проводит широкий комплекс спортивно-оздоровительных мероприятий, в которых принимают участие тысячи работников.

Одним из важных направлений работы с персоналом в «Газпром нефть» является совершенствование системы нематериальной мотивации сотрудников. В число ее программ входят конкурсы профессионального мастерства, спортивные соревнования, досуговые и оздоровительные мероприятия, корпоративные коммуникационные сессии, публичное признание заслуг сотрудников, награждение корпоративными знаками отличия.

Некоторые крупные корпорации с недавних пор перешли на более сложный и нелинейный подход, который основывается на философии wellbeing. Главный принцип wellbeing – это поддержание баланса между физическим, эмоциональным и финансовым благополучием, а также формирование осознанного отношения сотрудников к собственному здоровью.

Особое внимание в рамках wellbeing уделяется профилактическим мерам, будь то отказ от курения или участие в марафонских забегах. Корпоративные оздоровительные программы все чаще включают в себя Lifestyle Manage Programs – это комплекс мер, направленных на пропаганду здорового образа жизни и осознанное отношение сотрудников к себе и своему здоровью.

К основным компонентам программ можно отнести следующие компоненты:

1. Программы по укреплению здоровья за счет изменения образа жизни: Оценка состояния здоровья и оценка рисков (вес/рост, артериаль-

ное давление, содержание глюкозы и холестерина в крови), Физические нагрузка и упражнения Здоровое питание/здоровое приготовление пищи

2. Элементы Программы, направленные на организацию труда в связи с влиянием на здоровье работников: содержание и контекст работы, культуру рабочего места и улучшение широкого спектра рабочих факторов.

Согласно данным Академии медицинских наук и Минздрава России, российская экономика теряет около 1,4% ВВП или 1,5 трлн. рублей в год из-за вынужденной нетрудоспособности сотрудников, вызванной инфекционными и хроническими заболеваниями. И каждый день нетрудоспособности сотрудника выливается в более или менее серьезные финансовые издержки. А прямые потери российских компаний из-за болезней сотрудников достигают 23-24 млрд долларов. На эти данные обратила внимание Всемирная организация здравоохранения, резюмируя, что издержки из-за пропуска рабочих дней по болезни в России составляют от 0,5 до 1,37% ВВП.

Что касается целей, которые компании преследуют, используя корпоративные практики поддержания здорового образа жизни своих сотрудников, можно выделить следующие аспекты:

1. Стремление большого числа предприятий проявлять социальную ответственность, что серьезно может способствовать улучшению своего имиджа в глазах общества.

К таким можно отнести крупнейшие, в том числе транснациональные, корпорации, как ОАО «Газпром», ОАО «ТНК-ВР», ОАО «РЖД», ОАО «Сбербанк». Они представляют собой яркий пример компаний, пропагандирующих и практикующих деятельность, направленную на профилактику здорового образа жизни.

Руководство корпораций понимает, что конкурентной заработной платы в компенсационных условиях соискателю мало: их требование - социальная защита, включающая в себя заботу о физическом здоровье. Если конкретная организация поддерживает своих сотрудников на пути формирования здорового образа жизни, значит она идет в ногу со временем.

2. HR-отделы посредством управления здоровьем персонала способствуют минимизации издержек организации и стимулируют работников, повышая их работоспособность. Больной сотрудник будет стоить предприятию дороже, чем создание адекватных условий труда, которые бы минимизировали риск получения заболевания на работе.

Опыт демонстрирует, что корпоративные практики поддержки здорового образа жизни способствуют снижению заболеваемости на 40-50%, количество дней нетрудоспособности на 20%, повышают диагностируемость хронических заболеваний на 10-15%. Несомненно, что здоровые люди вносят больший вклад в производительность, что, в свою очередь, ведет к повышению доходов организации.

Таким образом, заботясь о физическом и психическом здоровье своих подчинённых, руководство компании заботится и о своём благополучии. Ведь именно человек, находящийся в хорошей физической форме более способен достигать новых высот. Развитие и внедрение корпоративных практик поддержки здорового образа жизни наглядно демонстрирует работодателям, что, в первую очередь, здоровый сотрудник – это выгодно.

### Список литературы

1. Клочко М. Healthcare Management: как внедрить идеи здорового образа жизни в умы сотрудников? [Электронный ресурс] // SRC Бизнес-школа. 2018. URL: <https://www.src-master.ru/article22845.html> (дата обращения 01.10.2018).
2. Неверова Ольга. Фитнес у станка [Электронный ресурс] // Российская газета. Фармацевтика. 2014. № 74 (6346). URL: <https://rg.ru/2014/04/02/fizra.html> (дата обращения 01.10.2018).
3. «Газпром Нефть» [Официальный сайт]. URL: <http://www.gazprom-neft.ru/> (дата обращения 01.10.2018).
4. Института демографии ВШЭ [Официальный сайт]. URL: <https://www.hse.ru/demo/> (дата обращения 11.10.2018).
5. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Опросы [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gosminzdrav.ru/polls> (дата обращения 01.10.2018).
6. Рекомендации к разработке и внедрению корпоративных программ по поддержке здорового образа жизни сотрудников предприятий [Электронный ресурс]. М.: Изд-во Ассоциации международных фармацевтических производителей, 2014. URL: [http://www.aipm.org/upfile/doc/AIPM\\_IFPMA\\_NCD\\_research\\_brochure\\_2014\\_RUS\\_ENG.pdf](http://www.aipm.org/upfile/doc/AIPM_IFPMA_NCD_research_brochure_2014_RUS_ENG.pdf) (дата обращения 11.10.2018).
7. Сайт рекрутинговой площадки HeadHunter. Статьи [Электронный ресурс]. URL: <https://hh.ru/articles> (дата обращения 12.10.2018).

УДК 159.99

## МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В РАЗВИТИИ НАВЫКОВ САМОРЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНТОВ

М.А. Маргынова

*Лесосибирский педагогический институт – филиал Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия*

**Аннотация.** Целью статьи является анализ возможностей метода биологической обратной связи в развитии навыков саморегуляции эмоциональных состояний. В статье раскрыто содержание метода биологической обратной связи, описаны основные психологические проблемы, для решения которых он применяется. Также автор знакомит с определениями понятий «саморегуляция» и «саморегуляция эмоциональных

состояний» и приводит информацию о том, каким образом метод биологической обратной связи может быть использован для развития навыков саморегуляции эмоциональных состояний. Новизна информации, представленной в статье, заключается в том, что в ней впервые описан опыт развития навыков саморегуляции эмоциональных состояний у студентов с помощью метода биологической обратной связи.

**Ключевые слова:** метод биологической обратной связи, биологическая обратная связь, саморегуляция, саморегуляция эмоциональных состояний.

**Актуальность.** Освоение будущей профессии является одной из основных задач развития в студенческом возрасте. В рамках овладения профессиональной деятельностью молодые люди неоднократно сталкиваются со стрессовыми ситуациями, успешное преодоление которых требует наличия у них развитых навыков саморегуляции эмоциональных состояний. При этом саморегуляция эмоциональных состояний представляет собой свойство человека, которое формируется прижизненно, в том числе и благодаря систематическому применению специальных методов и приемов. Метод биологической обратной связи (далее – метод БОС) относится к подобным методам.

**Постановка проблемы.** В настоящее время метод БОС активно применяется в разных сферах жизнедеятельности человека. Не исключением является и сфера высшего образования. Получение информации о том, каким образом метод БОС может быть использован в работе со студентами, можно ли его применять для развития навыков саморегуляции эмоциональных состояний, представляется чрезвычайно важным.

**Материалы и методы.** Саморегуляция (от лат. *regulare* – приводить в порядок, налаживать) – это функциональное средство субъекта, позволяющее ему мобилизовать свои личностные и когнитивные возможности, выступающие как психические ресурсы для реализации собственной активности (Моросанова, 2010).

Процесс эффективной саморегуляции позволяет человеку изменять свое поведение так, чтобы соответствовать ожиданиям других людей, культуре, правилам и нормам общества, соблюдая законы и мораль. Кроме того, способность к саморегуляции дает человеку возможность преодолевать внешние и внутренние импульсы и строить свое поведение в соответствии с выбором. При этом под саморегуляцией эмоциональных состояний понимают способность эмоционально реагировать на жизненные события социально приемлемым образом, сохраняя достаточную гибкость, чтобы допускать спонтанные реакции, но откладывать их в случае необходимости (Cole, 1994).

Нарушение процессов саморегуляции и адаптации в организме приводит к развитию разных психосоматических дисфункций, болезней и

устойчивых патологических состояний, отрицательно влияющих на жизнедеятельность, социализацию и адаптацию человека. В свою очередь, состояние здоровья определяется процессами оптимальной саморегуляции функциональных систем организма, а здоровый образ жизни тесно связан с моделями поведения, ориентированными на достижение оптимального состояния здоровья.

В настоящее время доказано, что, кроме грамотного использования фармакологических и физиотерапевтических методов лечения, защита физического и психического здоровья человека от влияния различных патогенных и стрессогенных факторов во многом зависит от умения правильно использовать приемы психофизиологической саморегуляции (Александров, 2012). К ним относятся самовнушение, аутогенная тренировка, техники визуализации и медитации, прогрессирующая мышечная релаксация по Э. Джекобсону и метод БОС.

В научной литературе метод БОС также обозначают как метод адаптивной саморегуляции с внешней обратной связью, функциональное биоуправление, нейробиоуправление, biofeedback (Вовк, 2012). Под ним понимают такой метод саморегуляции вегетативных функций человека, в ходе которого ему с помощью микропроцессорной или компьютерной техники предъявляется информация о состоянии и изменении его физиологических показателей (Джабраилов, 2016; Абабкова, 2017). Как правило, метод БОС отражает такие психофизиологические процессы, которые не осознаются человеком и протекают произвольно (Джабраилов, 2016).

Метод БОС первоначально оформился как лечебное направление в 1960-е гг. в США (Абабкова, 2017). Пионерами в разработке этого метода в России были ученые Института экспериментальной медицины РАМН, в котором свыше 30 лет проводятся исследования в данном направлении. Их методической основой явились теории кортико-висцеральных взаимосвязей К.М. Быкова и И.Т. Курцина, учение о функциональных системах П.К. Анохина и теория устойчивых состояний Н.П. Бехтеревой. Применению метода БОС в медицине посвящены работы школ Н.Н. Василевского, О.В. Богданова в Санкт-Петербурге, М.Б. Штарк в Новосибирске (Грехов, 2015).

Метод БОС был использован на олимпийских играх в Китае, так как позволял быстро повысить уверенность в своих силах перед любыми стрессогенными ситуациями (экзамены, переговоры, соревнования). Кроме того, китайские специалисты, применяя метод БОС, добились высоких результатов в коррекции дыхания и звукопроизношения у детей с врожденными расщелинами губы и неба. В отечественной психологии среди многочисленных видов этого метода внимание исследователей и практиков привлекает знакопеременное биоуправление по частоте сердечных сокращений (Рудакова, 2017). В настоящее время доказана эф-

фективность метода БОС в снижении уровня стресса и лечении синдрома Рейно, гипертонии, головной боли, мигрени, бессонницы, дистонии, алкоголизма и наркомании. Также он используется для успокоения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, в борьбе с фобиями, тревожностью, депрессией (Джабраилов, 2016).

В настоящее время существует несколько концепций, объясняющих сущность метода БОС:

1. Классическая концепция. Информация о состоянии физиологической системы (системы-мишени), на изменение которой направлен тренинг с БОС, становится доступной для восприятия человеку, получающему возможность контролировать функционирование регулируемой системы-мишени. При этом обострение восприятия самих симптомов и предшествующих им ощущений позволяет сформировать стратегию поведения, пригодную для устранения симптома. В соответствии с этой теоретической моделью сигналы обратной связи для человека помогают ему сформировать, запомнить и использовать новый навык регуляции функций.

2. Когнитивная модель. Мысли человека, его представления, мотивация, терапевтические ожидания, возникающие в процессе тренинга с использованием метода БОС, приводят к регрессии симптома.

3. Концепция инициации. Человек изначально способен сам оптимизировать свои физиологические функции и без тренинга с методом БОС, но не знает, как это сделать. В этом случае сигналы обратной связи являются подкрепляющим и потенцирующим фактором, способствующим инициации и обучению пациента (Грехов, 2015).

Главной особенностью метода БОС является применение специальной аппаратуры, предназначенной для регистрации физиологической информации у человека, ее усиления и «обратного возврата» в виде звуковых, зрительных и других сигналов обратной связи. В итоге было создано огромное количество аппаратных комплексов на основе данного метода (например, комплекс «Ауторелакс», психофизиологический комплекс «Реакор», технология лечения и профилактики стресс-зависимых состояний в форме компьютерных оздоровительных и лечебно-реабилитационных игр «ВИРА», «Гребной канал», «Магические кубики» и др.).

Человек, получая информацию (в обычных условиях им не воспринимаемую) о состоянии той или иной функции своего организма, с помощью специальных инструкций и приемов (например, дыхательные техники, метод аутогенной тренировки и др.) развивает навыки самоконтроля и саморегуляции ранее неосознаваемых им параметров функций. Обучаясь произвольно изменять физиологическую функцию с целью ее совершенствования или коррекции, он вырабатывает навык управлять своим внутренним психофизиологическим состоянием (Вовк, 2012).

Различают два вида БОС: прямая и непрямая. Прямая БОС осуществляется по той физиологической функции, которая изменена при данном состоянии и является основным его проявлением (например, по уровню артериального давления при гипертонической болезни). Непрямая БОС осуществляется по показателям, изменение которых не является специфичным для какой-либо отдельной функциональной системы и направлено на оптимизацию психофизиологического статуса в целом (Грехов, 2015). В зависимости от физиологического показателя организма, используемого в качестве сигнала источника обратной связи для коррекции той или иной функции организма и функционального состояния в целом, различают электромиографическую, электроэнцефалографическую, по частоте сердечных сокращений, респираторную, кожно-гальваническую, температурную, акустическую и другие формы обратной связи (Вовк, 2012).

Использование компьютерных технологий в методе БОС позволяет человеку реально увидеть то, что прежде было скрыто от него – частоту сердечных сокращений, изменение сопротивляемости кожного покрова, электрическую активность мозга и др. Когда человек может наблюдать за этими показателями на экране монитора, он формирует навык сознательного влияния на те процессы в организме, которые ранее считал неуправляемыми. Это дает возможность снимать стрессы, улучшать состояние сердечно-сосудистой системы, облегчать головные боли.

Благодаря явлению генерализации (переноса) человек, приобретая навыки саморегуляции в процессе тренировки, переносит это умение в реальную деятельность. При многократном повторении этот процесс автоматизируется, и человек приобретает действенный инструмент самоконтроля в любых ситуациях, нарушающих эмоциональное равновесие (Джабраилов, 2016). За последние 60 лет практического применения данный метод доказал свою эффективность в научном, спортивном, реабилитационном, оздоровительном и профилактическом направлениях (Вовк, 2012).

Важной неклинической сферой использования метода БОС является педагогика, где с его помощью решаются вопросы повышения эффективности обучения, развития творческих способностей и др. Варианты этого метода в образовании применяются для достижения высокой функциональной способности участников учебного процесса, оптимизации их физической или умственной деятельности и т.д. Преподавателям и учащимся предлагаются курсы БОС для общего оздоровления и гармонизации работы нервной и сердечно-сосудистой систем. К примеру, в университетах Японии методики БОС применяются во время сессий для снятия тревожности у студентов. В школах штата Южная Дакота (США) данные методики внедрены в рамках программы «Осознание себя посредством тренировки методами БОС». Благотворительный фонд Melinda&Bill Gates Foundation одобрил в 2011 г. выдачу гранта Университету Клемсон

(штат Южная Каролина, США) для проведения исследования вовлеченности студентов в процесс обучения посредством изменения гальванического сопротивления кожи (Абабкова, 2017).

### **Результаты и их обсуждение**

Метод БОС может эффективно применяться для развития навыков саморегуляции эмоциональных состояний у студентов. В ЛПИ – филиале СФУ для достижения этой цели используется программно-индикаторный комплекс для обучения навыкам психофизиологической саморегуляции по периферической температуре «Экватор». Проведением развивающих занятий для студентов занимаются специалисты психологической службы вуза. Такие занятия обязательны для студентов последних курсов, которые скоро будут проходить процедуру государственной итоговой аттестации. Студенты, обучающиеся на младших курсах, по желанию могут стать участниками развивающих занятий. Работа по развитию навыков саморегуляции эмоциональных состояний проводится в течение учебного года и включает следующие этапы:

Ознакомительный этап связан с диагностикой фоновых функциональных показателей до начала работы, которые характеризуют свойственный студенту эмоциональный фон (тревожность, агрессивность, ригидность, фрустрация и др.). Диагностическое обследование потенциальных участников развивающих занятий проводится с помощью следующих методик: опросник «САН», методика «Шкала реактивной и личностной тревожности» (авт. Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин), опросник «Самооценка психических состояний» (авт. Г. Айзенк), методика «Теппинг-тест», прибор «Активациометр» (модель АЦ-6, методика диагностики уровня развития навыков саморегуляции).

Вводный этап предполагает знакомство с техниками психофизиологической саморегуляции, подобранными с учетом особенностей студента. В рамках данного этапа студент знакомится с такими техниками саморегуляции как метод прогрессивной мышечной релаксации по Э. Джекобсону, аутогенная тренировка, дыхательные техники (в частности, углубленное дыхание, диафрагмально-релаксационное дыхание) и др. Ему важно подобрать техники психофизиологической саморегуляции, которые будут эффективны именно для него в плане управления собственным эмоциональным состоянием. На этом этапе студент также пробует биоуправление, понимает, как работает процедура.

Тренинговый этап направлен на формирование навыков саморегуляции эмоциональных состояний на основе одного показателя (периферическая температура). После того, как студент освоил управление своим эмоциональным состоянием, ориентируясь на один параметр, может быть подключен второй (например, частота сердечных сокращений). Количество тренинговых занятий – 20. Форма проведения занятий – индивидуальная и групповая.

Итоговый этап предполагает проведение повторной диагностики для определения эффективности проведенной работы. Диагностическая процедура проводится с помощью тех же методик, которые использовались в рамках ознакомительного этапа. Полученные результаты сопоставляются с данными первичной диагностики.

Длительность этапов зависит от числа параметров, которые нужно тренировать, и от уровня подготовки студента.

Выводы. Таким образом, метод БОС является методом, который предполагает использование технических средств для сообщения человеку информации о его состоянии и предоставления ему возможности изменить данное состояние в нужном направлении. Он активно используется в разных сферах жизнедеятельности человека, в том числе и в сфере высшего образования. Метод БОС может применяться для развития навыков саморегуляции эмоциональных состояний у студентов. Для этого необходимо проведение серии тренинговых занятий с использованием данного метода.

### Список литературы

1. Абабкова М.Ю., Леонтьева В.Л. Исследование эмоционального состояния студентов на основе метода биологической обратной связи // Образование и наука. 2017. Т. 19, № 7. С. 60-76.
2. Александров А.А. Аутотренинг. СПб. : Питер, 2012. 240 с.
3. Вовк О.Н., Балабанов Ю.В., Клименко В.М. Адаптивная саморегуляция психоэмоционального состояния человека с применением видеокomпьютерной обратной связи // Медицинский академический журнал. 2012. Т.12, № 1. С. 87-94.
4. Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., Харченко С.А., Адамович Е.И. Психофизиологические основы применения лечебного метода биологической обратной связи // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 11: Естественные науки. 2015. № 3 (13). С. 87-96.
5. Джабраилов А.Н., Горгошидзе Л.З. Биологическая обратная связь как метод оптимизации функционального состояния при психоэмоциональном стрессе // Вестник Дагестанского государственного университета. Серия 2: Гуманитарные науки. 2016. Т. 31, Вып. 1. С. 108-115.
6. Моросанова В.И. Саморегуляция и индивидуальность человека. М. : Наука, 2010. 519 с.
7. Рудакова Н.П., Ху М. Значение метода биологической обратной связи для развития регуляторно-адаптивных возможностей организма ребенка с заиканием // Материалы межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с международным участием «Актуальные вопросы оториноларингологии». Благовещенск, 2017. С. 242-246.
8. Cole P. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective // Monogr. Soc. Res. Child Dev. 1994. Vol. 59, № 2-3. P. 73-100.

## ИССЛЕДОВАНИЕ САМОСОЗНАНИЯ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДУ

О.Р. Машанова

*Федеральная пассажирская компания, г. Абакан, Россия*

*М.В. Кочетков, Е.С. Чебочакова, Я.Н. Акулинина*

*Саяно-Шушенский филиал Сибирского федерального университета,  
г. Саяногорск, Россия*

**Аннотация.** Проблематика суицидального поведения подростков исследуется на методологической основе деятельностных традиций прежде всего отечественной психологической школы. В связи с этим суицидальное поведение рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта. Цель исследования состояла в выявлении особенностей самосознания подростков, склонных к суициду. Проанализированы поведенческие установки у подростков 13-14 лет одной из школ Республики Хакасия. Основные выводы обусловлены обоснованием следующих тенденций: у подростков, склонных к суициду, завышенная или заниженная самооценка, нереалистическое, некритическое отношение к собственным возможностям, высокая готовность к самообвинению, импульсивность; у подростков, не склонных к суициду, адекватная самооценка, верное соотношение своих возможностей и способностей, достаточно критическое отношение к себе, вера в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, принятие себя как личности. Данные, полученные в результате исследования, рекомендованы и включены в программу воспитательной работы с подростками, состоящими на внутришкольном учёте МБОУ Усть-Абаканской школы на 2018-2019 учебный год. Они могут быть использованы классными руководителями, в работе социальных педагогов и практических психологов, а так же как в групповом, так и в индивидуальном консультировании, при разработке социально-психологических тренингов.

**Ключевые слова:** самопознание, подростковый возраст, суицидальное поведение, личность, самооценка.

**Актуальность.** Остро заявляющая о себе проблема суицидального поведения не ограничивается какими-либо этническими (Cenkseven-Önder, 2018; Pollock et al., 2018; Sakisaka, 2018), гендерными (Erbacherat et al., 2018), возрастными (Brockett et al., 2018; Brunset et al., 2018; Kroninget et al., 2016) и социальными рамками (Bruns et al., 2018; Gournellis, et al., 2018; Pollock et al., 2018; Suicide), хотя они, безусловно, детерминируют соответствующие существенные особенности.

Вместе с тем, детский аспект суицидальной проблематики, пожалуй, самый животрепещущий. В контексте рассматриваемой проблематики наиболее актуальный из всех детских возрастов – это подростковый возраст. Одним из отличительных признаков соответствующего периода являются фундаментальные изменения, происходящие в сфере самосознания подростка, которые имеют кардинальное значение для всего последующего личностного становления (Гребенюк, 2012).

Всё вышесказанное и обуславливает актуальность темы исследования.

**Постановка проблемы.** Подростковый возраст, рассматриваемый как значимый этап становления самосознания индивида, под влиянием комплексных ситуационных и психологических факторов сопровождается качественной «перестройкой» или закреплением ранее сложившихся критериев оценочного и эмоционально-ценностного отношения к себе. В этой связи справедливо предположить, что негативная модальность самосознания может служить психологической предпосылкой для возникновения таких переживаний подростков, которые благоприятствуют их суицидальному поведению при возникновении выраженных фрустрационных факторов.

Проблему личности, которая является одной из центральных в психологии, справедливо рассматривать в контексте психологических свойств и отношений личности, индивидуальных особенностей и различий между людьми, межличностных связей, статусов и ролей личности, индивидуальных особенностей и различий между индивидами, межличностных связей, статусов и ролевых образов в различных общностях, видах деятельности. Самосознание относится к центральным образованиям личности. Самосознание в значительной степени определяет социальную адаптацию индивида, являясь регулятором поведения и деятельности. Само формирование самосознания происходит в процессе деятельности и межличностного взаимодействия (Божович, 2011).

Суициды среди подростков в настоящее время приобрели угрожающие масштабы, что является неопровержимым доказательством того, насколько актуальна и значима проблема суицидального поведения. Несмотря на значительное количество работ в зарубежной и отечественной психологии (Амбрумова, 2006; Рожков 2011; Гроф и др., 2006; Шумнов, 2005; Brocket al., 2018; Brunset al., 2018; Cenkseven-Önder, 2018; Erbacherat al., 2018; Gournellis, at al., 2018; Kroninget al., 2016; Pollock et al., 2018; Sakisaka, 2018), посвященных проблеме самоубийств, исследований на эту тему в нашей стране относительно немного. Человечество до сих пор не знает истинных масштабов суицидального поведения среди подростков. Нет пока детальных представлений о ситуативной специфике соответствующих условий и факторов. Как отмечалось ранее, справедливо предположить, что исследование особенностей самосознания подростка

может способствовать продвижению в понимании факторов суицидального поведения.

**Методы исследования.** Исследовательская работа основывалась на общенаучных методах (анализ литературы), а также эмпирическим подходах. Нами применялись тест-опросник «СР-45» И.П. Юнацкевича, «Тест опросник самооотношения» В.В. Столина и С.Р. Пантелеева (Столин и др., 2010), методика «Самооценка» Г.Н. Казанцевой, методика личностного дифференциала, методы математической статистики (IBMSPSSstatistics-20, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA).

Методологической основой являются: положение С.Л. Рубинштейна (Рубинштейн, 2009), о том, что самосознание – не изначальная данность, присущая человеку, а продукт развития; подход В.В. Столина (Столин, 2008) к проблеме изучения самосознания; положения А.Г. Абрумовой (Абрумова, 2006) о том, что суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта.

#### **Анализ литературных источников**

По мнению В.С. Мерлина (Мерлин, 2010), самосознание – это сложная психологическая структура. Благодаря самосознанию человек осознает себя как индивидуальную реальность, отделённую от природы и других людей.

По мнению С.Р. Пантелеева, самосознание повышает эффективность деятельности, однако оно способствует появлению рассогласования между реальным поведением и Я - концепцией. Если его невозможно устранить путём предметной деятельности, то включаются механизмы психологической самозащиты, делающие это рассогласование более терпимым.

В.С. Мухина (Мухина, 2009) полагает, что удивлённые, смущённые и неуверенные в себе подростки постоянно сравнивают себя с другими. В этот период происходит сопоставление себя со своими идеалами, что детерминирует одну из проблем переходного периода.

Многие авторы обнаруживают ряд особенностей личности, не позволяющих ей адекватно реагировать на жизненные проблемы и тем самым предрасполагающих к суициду. К ним часто относят: напряжение потребностей и желаний, неумение найти способы их удовлетворения, отказ от поиска выхода из сложных ситуаций, низкий уровень самоконтроля, неумение ослабить нервно-психическое напряжение, эмоциональная нестабильность, импульсивность, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта.

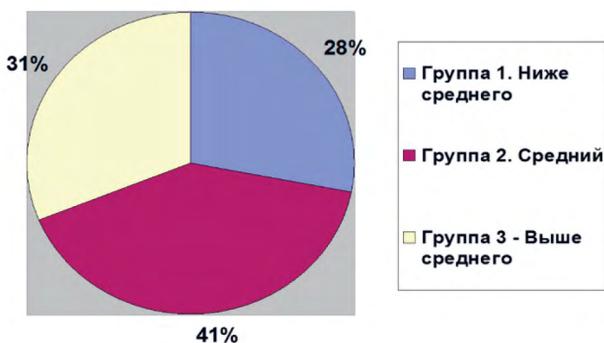
Е.В. Змановская (Змановская, 2009) считает, что суицидом личность пытается изменить свои обстоятельства: избавиться от невыносимых переживаний, вырваться из травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, добиться помощи и участия, привлечь внимание к своим проблемам.

Теоретический анализ литературы показал, что самосознание понимается как психический феномен, тесно связанный с обретением человеком себя в качестве субъекта деятельности, в результате чего представления человека о самом себе складываются в мысленный «образ-Я».

Выявлено, что в настоящее время недостаточно изученной остается проблема самосознания подростков, склонных к суициду, что и определяет актуальность исследования соответствующих особенностей самоотношения подростков.

**Результаты исследования.** Исследование проводилось на базе МБОУ «Усть-Абаканская СОШ». В исследовании принимали участие 75 подростков, 13-14 лет. В соответствии с возрастной периодизацией Д.Б. Эльконина (Эльконин, 2006), данный возраст соответствует подростковому возрастному периоду.

В ходе исследования по методике СР-45 (П.И. Юнацкевича) были сформированы 3 группы испытуемых по уровню склонности к суицидальному риску: суицидальный риск ниже среднего (далее – группа 1), средний (группа 2) и выше среднего (группа 3). Наглядно результаты представлены на рис. 1.



**Рис. 1** Группы испытуемых по уровню суицидального риска.

У обследуемых, вошедших в группу 1 (не склонные к суициду – 28 %, т.е. 21 чел.), суицидальная реакция может возникнуть только на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики. В обычном состоянии суицидальные замыслы и проявления им не характерны. У респондентов этой группы высокий уровень нервно-психической устойчивости, рассудительность и рациональное отношение к жизни. Чаще всего, эти личности экстравертированы, имеют большое число социальных контактов и удовлетворены ими. Эмоционально стабильны, с низким уровнем нейротизма. Наличие признаков депрессии и суицидальных попыток в анамнезе не наблюдается. Такие личности

жизнерадостны, целеустремлены, заботятся о себе и своём здоровье, чаще не проявляют признаков саморазрушающего поведения. При возникновении конфликтной или другой стрессовой ситуации проявляют адаптивное копинг-поведение (совладающее поведение), направленное на устранение или уменьшение силы воздействия стрессогенного фактора на личность, подразумевающее индивидуальный способ совладания субъекта с затруднительной ситуацией, в соответствии с её значимостью в жизни индивида и личностно-средовыми ресурсами, определяющими его поведение. Респонденты этой группы отличаются психическим благополучием, удовлетворённостью в сфере значимых отношений, успешным преодолением психологических кризисов.

У респондентов из группы 2 (со средним уровнем суицидального риска – 41%, т.е. 31 чел.), степень возникновения суицидальных побуждений, формирования суицидального поведения и осуществления суицидальных действий, потенциальная склонность к суицидным реакциям не высоки. Суицидальная реакция может возникнуть только на фоне длительной психической травматизации, при возникновении сильного стресса, актуального, но не преодолимого психологического конфликта.

Испытуемые, составившие 3 группу (с уровнем суицидального риска выше среднего – 31%, т.е. 23 чел.), относятся к группе риска с высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям. При испытывании затруднений они могут реализовать саморазрушающее поведение. Часто для них характерно суицидальное поведение, которое является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта и включает в себя весь спектр суицидальных проявлений: антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения, суицидальные попытки и завершённый суицид. Саморазрушающее поведение может проявляться в преднамеренном, и в непреднамеренном причинении вреда своему психическому и физическому здоровью, вплоть до смерти. Также возможны проявления в виде алкоголизма, наркомании, таксикомании, неоправданного риска, асоциального, деликвентного поведения. Характерными являются устойчивые фантазии о смерти, невербальные знаки, мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве, высокий уровень безнадёжности в высказываниях.

Возможна эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты; выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»). Типичными симптомами для таких людей являются депрессия, страх и тревога, вербальная и невербальная агрессия, импульсивность. Причиной суицидального поведения таких личностей может служить выраженное чувство вины и

(или) сверхценные (бредовые) идеи виновности, которые, как правило, ассоциируются с идеей самонаказания и значительно усиливают риск суицидальных действий. Это могут быть расстройства адаптации или посттравматическое стрессовое расстройство, как варианты переживания реакции горя. Вероятностным фактором совершения самоубийства людьми с высоким уровнем склонности к суицидальным реакциям является тяжесть психосоциального стрессора и ответной реакции, качество социальной поддержки.

Таблица 1

**Результаты исследования самоотношения подростков с разным уровнем склонности к суициду (в баллах)**

Шкалы \ Группы	1 группа	2 группа	3 группа	Результаты статистической обработки (уровень значимости - p)			F	Значение
				I-II	I-III	II-III		
Шкала S	15.57	61.42	90	0.000***	0.000***	0.000***	372.099	0.000
I - самоуважение	14.13	55.40	81	0.000***	0.000***	0.000***	170.808	0.000
II - аутосимпатия	22,59	50.48	79	0.000***	0.000***	0.000***	139.788	0.000
III - ожидаемое отношение от других	14.93	43.23	84	0.000***	0.000***	0.000***	131.144	0.000
IV - самонтерес	17,79	46.97	89	0.000***	0.000***	0.000***	148.300	0.000
1 - самоуверенность	25.56	61.04	79	0,000***	0.000***	0.000***	0.157	0.855
2 - отношение других	12.68	47.88	34	0.000***	0.000***	0.05*	32,860	0,000
3 - самопринятие	17.95	44.04	81	0.000***	0.000***	0.000***	92.575	0.000
4 - саморукводство	30.49	53.45	78	0.000***	0.000***	0.000***	108.306	0.000
5- самообвинение	63.92	57.21	42	0.000***	0.000***	0.000***	17.467	0.000
6 - самоинтерес	12.90	50.83	78	0.000***	0.000***	0.000***	242.624	0.000
7 - самопонимание	15.57	61.42	90	0.000***	0.000***	0.000***	52.225	0.000

\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* - различия на уровне тенденции.

Выявленные по методике «СР-45» 3 группы подростков с разным уровнем склонности к суициду стали классифицирующим ориентиром определения того, есть ли различия в самоотношении у подростков из этих трёх групп. Для этого с помощью теста-опросника самоотношения (СОС) В.В. Столина и С.Р. Пантелеева была выявлена выраженность установки на определённые внутренние действия в адрес «Я» испытуемого. Полученные результаты представлены в таблице 1.

При исследовании особенностей самоотношения и самооценки подростков с разным уровнем склонности к суициду было обнаружено, что:

1. У подростков, не склонных к суициду, присутствует реалистическая (адекватная) самооценка. Они правильно соотносят свои возможности и способности, достаточно критически относятся к себе, стремятся реально смотреть на свои неудачи и успехи, стараются ставить перед собой достижимые цели, которые можно осуществить на деле. Испытуемые не переоценивают себя, имеют сравнительно высокий уровень притязаний, подтверждающий оптимальное представление о возможностях. У них присутствуют самостоятельность, рефлексивность своего личностного потенциала, вера в свои силы, способности, возможности. Они достаточно контролируют собственную жизнь, самопоследовательны, внутренне управляют своим поведением, действуют скорее на основе собственных убеждений и ценностей, чем на основе социальных норм или группового давления. Они способны наблюдать и объяснять свои настоящие, прошлые и будущие мотивы и поступки. Испытуемые данной группы принимают себя как личность, склонны осознавать себя носителями позитивных, социально желательных характеристик.

2. У подростков со средним уровнем склонности к суициду также присутствует реалистическая (адекватная) самооценка. Это свидетельствует о том, что подростки этой группы правильно соотносят свои возможности и способности, достаточно критически относятся к себе, стремятся реально смотреть на свои неудачи и успехи, стараются ставить перед собой достижимые цели, которые можно осуществить на деле. Они не переоценивают себя. У них реалистический уровень притязаний, их характеризуют уверенность и настойчивость в достижении своих целей, высокая продуктивность по сравнению с лицами, уровень притязаний которых не соответствует их способностям и возможностям. Испытуемые верят в свои силы, способности, возможности, они самостоятельны, дают адекватную оценку своим возможностям. Данные респонденты часто зависят от внешних обстоятельств и иногда неспособны держаться принятой линии поведения. Рассматриваемые испытуемые интровертированы, имеют определённую пассивность, им свойственны спокойные эмоциональные реакции. У подростков этой группы вызывает интерес отношение других людей к ним, как к личностям.

3. У подростков, склонных к суициду самооценка несколько завышена, что говорит об их личностной незрелости. Они не умеют правильно оценить результаты своей деятельности, не умеют сравнивать себя с другими, нечувствительны к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих. У них нереалистическое, некритическое отношение к собственным возможностям. Они самоуверенны. У данных испытуемых присутствует внутренне недифференцированное чувство «за» и «против» самих себя. Подростки этой группы одобряют себя в целом и в существенных частностях, доверяют себе, а на негативном полюсе данной шкалы – они видят в себе недостатки и даже готовы к самообвинению, часто бывают раздражительны и презрительны. Они больше других ожидают позитивного или негативного отношения к себе от окружающих. У них ярко выражен интерес к собственным мыслям и чувствам, испытуемые готовы общаться с собой «на равных», уверены в своей интересности для окружающих их людей. Независимы, всегда рассчитывают только на свои силы, особенно в трудных ситуациях. Более активны и импульсивны, чем другие.

**Выводы и обобщения.** Таким образом, мы пришли к следующим обобщающим выводам:

1. Подростки с низким уровнем склонности к суицидальному риску характеризуются тем, что соотносят возможности и способности, критически относятся к себе, реально смотрят на свои неудачи и успехи, ставят перед собой цели, которые можно достичь. Они не переоценивают себя, имеют оптимальный уровень притязаний, подтверждающий оптимальное представление об их возможностях, они верят в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, оценку своих возможностей. Достаточно контролируют собственную повседневную жизнь, самопоследовательны, управляют своим поведением, действуют на основе собственных убеждений и ценностей, а не руководствуясь исключительно социальными нормами или групповым навязыванием. Они способны наблюдать и объяснять свои мотивы и поступки. Подростки с низким уровнем склонности к суицидальному риску принимают себя как личность, склонны осознавать себя носителями позитивных, социально желательных характеристик.

2. У подростков, склонных к суициду, наблюдается неумение правильно оценить результаты своей деятельности, неумение сравнивать себя с другими, нечувствительность к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих. Для них характерно нереалистическое, некритическое отношение к собственным возможностям, самоуверенность. Они одобряют себя, хотя часто готовы к самообвинению, быстро раздражаются и презирают окружающих. Погружены в собственные мысли и чувства, уверены в своей интересности для окружающих их людей. Подростки, склонные к суициду, не принимают себя как личность, осознают себя носителями негативных характеристик.

3. Подростки со средним уровнем склонности к суициду правильно соотносят свои возможности и способности, критически относятся к себе, стремятся реально смотреть на свои неудачи и успехи, стараются ставить перед собой достижимые цели. Они верят в свои силы, способности, энергию, в свою самостоятельность, дают адекватную оценку своим возможностям. Однако, они зависимы от внешних обстоятельств и не всегда способны держаться принятой линии поведения. Респонденты этой группы пассивны, не слишком эмоциональны. Подростки со средним уровнем склонности к суициду очень интересуются отношением других людей к ним, как к личностям.

Результаты, закономерности влияния суицидальных наклонностей на самоотношение подростков нуждаются в дальнейшей, более тщательной проверке, расширении исследовательской базы, что составляет перспективы дальнейших изысканий.

### Список литературы

1. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. 2006. Т. 6, № 6. С. 107-115.
2. Божович, Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб. : Питер, 2011. 412 с.
3. Воспитание трудного ребёнка: дети с девиантным поведением : учеб.-метод. пособие / под ред. М.И. Рожкова. М.: Владос, 2011. 239 с.
4. Гребенюк А.А. Актуальные проблемы возрастной психологии. Симферополь: Крым, 2012. 366 с.
5. Гроф С., Хэлифакс Д. Человек перед лицом смерти. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2006. 512 с.
6. Змановская Е.В. Суицидальное поведение // Девиантология. М. : Владос, 2009. С. 142-159.
7. Мерлин В.С. Структура личности: характер, способности, самосознание: учеб. пособие к спецкурсу. Пермь : ПГПУ, 2010. 109 с.
8. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учебник для студентов высших учебных заведений. М. : Владос, 2009. 604 с.
9. Пантелеев С.Р. Самосознание как эмоционально-оценочная система. М. : МГУ, 2010. 110 с.
10. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб. : Питер Ком, 2009. 720 с.
11. Столин В.В. Самосознание личности. М. : Изд-во МГУ, 2008. 284 с.
12. Столин В.В., Пантелеев С.Р. Тест-опросник самоотношения // Психологические материалы по изучению личности школьника. Минск : Харвест, 2007. С. 87-94.
13. Сафин В.Ф. Устойчивость самооценки и механизмы ее сохранения в подростковом и юношеском возрасте // Вопросы психологии. 2012. № 1. С. 69-75.
14. Шумнов С.А. Суицидальное поведение в подростковом возрасте и признанная психология. Ростов-н/Д. : Феникс, 2005. С. 167-208.
15. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии. 2006. № 4. С. 14.
16. Brock S.E., Louvar Reeves M.A. School Suicide Risk Assessment // Contemporary School Psychology. 2018. Vol. 22, № 2. P. 174-185. doi: 10.1007/s40688-017-0157-7

17. Bruns K., Letcher A. Protective Factors as Predictors of Suicide Risk Among Graduate Students // Journal of College Counseling. 2018. Vol. 21. P. 11-124. doi: 10.1002/jocc.12091
18. Cenkseven-Önder F. Social Support and Coping Styles in Predicting Suicide Probability among Turkish Adolescents // Universal Journal of Educational Research. 2018. Vol. 6, № 1. P. 145-154. doi: 10.13189/ujer.2018.060114
19. Erbacher T., Singer J.B. Suicide Risk Monitoring: the Missing Piece in Suicide Risk Assessment // Contemporary School Psychology. 2018. Vol. 22. P. 186-194. <https://doi.org/10.1007/s40688-017-0164-8>
20. Gournellis R., Tournikioti K., Touloumi G., Thomadakis C., Michalopoulou P.G., Michopoulos I., Christodoulou C., Papadopoulou A., Douzenis A. Psychotic (delusional) depression and completed suicide: a systematic review and meta-analysis // Annals of General Psychiatry. 2018. Vol. 17. P. 39.
21. Kroning M., Kroning K. Teen Depression and Suicide: A Silent Crisis / Maureen Kroning, Kayla Kroning // Journal of Christian Nursing. 2016. Vol. 33, № 2. P. 78-86. doi: 10.1097/CNJ.0000000000000254
22. Pollock N.J., Naicker K., Loro A., Mulay S., Colman I. Global incidence of suicide among Indigenous peoples: a systematic review // BMC Medicine. 2018. Vol. 16, № 1. P. 145.
23. Sakisaka K. Identification of high risk groups with shorter survival times after onset of the main reason for suicide: findings from interviews with the bereaved in Japan // BMC Research Notes. 2018. Vol. 11, № 1. P. 553.
24. Suicide. A Study in Sociology / E. Durkheim. New York ; London : Routledge, 2006. 374 p.

**УДК 159.9.072**

## **ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У СПОРТСМЕНОВ**

**Е.С. Набойченко, М.В. Носкова**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия*

**Аннотация.** В статье раскрывается актуальность психической устойчивости и жизнестойкости у действующих спортсменов. Преимущественная часть спортсменов, участвовавших в нашем исследовании, имеют удовлетворительный или хороший показатель нервно-психической устойчивости и средний уровень жизнестойкости. Наличие этих показателей у спортсменов, свидетельствуют о том, что они могут ориентироваться в стрессовой ситуации, адекватно на нее реагировать, управлять своим поведением в своей спортивной деятельности, как тренировочной, так и соревновательной. На наш взгляд, нервно-психическая устойчивость и жизнестойкость определяется психологическими, эмоционально-волевыми и интеллектуальными особенностями личности спортсмена. Для достижения цели были использованы мето-

дики: анкета оценки нервно-психической устойчивости «Прогноз – 2», разработанная В.Ю. Рыбниковым и тест жизнестойкости в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой. Выборка спортсменов составила 115 человек.

**Ключевые слова:** спортсмены, психическая устойчивость, жизнестойкость, здоровьеформирующие технологии.

**Актуальность.** Одним из значимых факторов успеха в спорте высших достижений является психолого-педагогическая подготовленность спортсмена. Так, на соревновательном этапе, а также на тренировочных этапах спортсмены часто сталкиваются с проблемами психической устойчивости и проблемой контроля собственного поведения. Отметим, в психологической литературе понятие психическая устойчивость сопоставляют с такими понятиями как «стрессоустойчивость» и «эмоциональная устойчивость». Однако, на наш взгляд, психическая устойчивость взаимосвязана не только с эмоциональной сферой, а еще и волевой, интеллектуальной и личностной сферами. Нервно-психическая устойчивость спортсмена представляет собой интегративный ресурс, включающий в себя потенциал сохранения, укрепления физического и психического здоровья, что в дальнейшем обеспечивает успешность в спорте высших достижений. В свою очередь, ресурс, прежде всего, – совокупность проявления личностных, эмоционально-волевых и интеллектуальных характеристик, которые влияют на ситуацию успеха или неуспеха в профессиональной деятельности. Отсюда возникает необходимость формирования стрессоустойчивой, активной, успешной, конкурентоспособной и здоровой личности спортсмена, что является одной из главных составляющих спортсмена, добивающегося высоких достижений в спорте. Показателем психически здоровой личности, представляющего собой совокупность стиля, качества и условий жизни спортсмена является его ощущение эмоционально-психологического комфорта, обеспечивающий интеллектуальную работоспособность, адекватность волевой и поведенческой сферы.

Спортивная деятельность, особенно соревновательная, отличается высокой эмоциогенностью. Возникновение тех или иных состояний определяется многими факторами, среди которых основными, действующими на выраженность предстартового волнения спортсменов, являются:

- значимость соревнований; эта значимость всегда личностна;
- наличие сильных конкурентов;
- условия соревнования;
- поведение окружающих спортсмена людей, особенно тренера;
- индивидуальные психологические особенности спортсмена;

- характер и особенности взаимоотношений в коллективе (психологический климат);
- степень овладения способами саморегуляции (Ильин, 2018).

Если у спортсмена наблюдается продолжительное по времени психическое напряжение, то это приведет к состоянию психологического пресыщения. Следовательно, спортсмен теряет заинтересованность, как к выполнению спортивных заданий, так и к спорту в целом, появляется раздражительность, капризность, неустойчивость настроения, психосоматика, страх, что, в конечном итоге, приведет к эмоциональному выгоранию. У спортсменов с психической неустойчивостью утрачивается пластичность эмоционально-волевой сферы, снижаются интеллектуальные функции. Нарушения отражаются в свойствах и процессах внимания, восприятия, мышления, памяти. Высокий уровень психического напряжения приводит к нервозности, астеническим состояниям, тревожности, неуверенности в своих силах, иногда к депрессии. Все эти нарушения требуют их проработки с целью формирования потребности в физическом совершенствовании, в регулярных спортивных занятиях для восстановления психического равновесия, возвращения веры в собственные силы и формирования активной жизни (Набойченко, 2017).

Согласно исследованиям А.В. Алексеева, у 47 % членов сборных команд страны проявлялись симптомы нервно-психического неблагополучия (Алексеев, 2003). В исследованиях, проведенных зарубежными специалистами в области спорта, отмечено, что 10-15% профессиональных спортсменов имеют не только психические проблемы, но и психические заболевания (Moran, 2003).

Нервно-психическая устойчивость тесно взаимосвязана с жизнестойкостью. Жизнестойкость обуславливается разными ситуациями и жизнедеятельности личности, зависит от условий его жизни, окружающими стрессогенными факторами. Немаловажную роль здесь играют индивидуально-психологические особенности человека. Поэтому особенно актуальным встает вопрос изучения уровня формирования и развития жизнестойкости у спортсменов. Д. А. Леонтьев обосновывает, что жизнестойкость как черта личности характеризуется мерой преодоления личностью заданных обстоятельств, а, в конечном счете – степенью преодоления личностью самой себя (Леонтьев, 2001). Еще раз подчеркнем, что спортивная деятельность вызывает у спортсменов физическое и психоэмоциональное напряжение.

**Материалы и методы.** Целью нашего исследования явилось определение уровня нервно-психической устойчивости и жизнестойкости у спортсменов. Выборка составила 115 человек, все действующие спортсмены, средний возраст  $21 \pm 0,8$  лет, из них 63,2% – девушек и 36,8% – юношей. Для достижения цели были использованы следующие методики:

- анкета оценки нервно-психической устойчивости «Прогноз – 2», разработанная В.Ю. Рыбниковым, позволяющая обнаружить некоторые личностные нарушения и оценить присутствие нервно-психических срывов;

- тест жизнестойкости в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой, выявляющая отношение к себе, миру, отношения с миром. Данная методика показывает уровень способности человека выдержать стрессовые ситуации, при этом сохранить внутреннее равновесие и спокойствие не понижая успешность деятельности.

Результаты и их обсуждение. Полученные нами данные, представленные на рисунке 1, показывают, что, в целом, у спортсменов преобладает благоприятный прогноз по формированию нервно-психической устойчивости.

Из рис. 1 видно, что у спортсменов превалирует хорошая нервно-психическая устойчивость (60%), характеризующаяся низкой вероятностью нервно-психических срывов, адекватной самооценкой и оценкой окружающей действительности. Несмотря на положительные результаты, необходимо отметить то, что возможны единичные, кратковременные нарушения поведения в экстремальных ситуациях при значительных физических и эмоциональных нагрузках. У 1/3 участников наблюдается удовлетворительная нервно-психическая устойчивость.



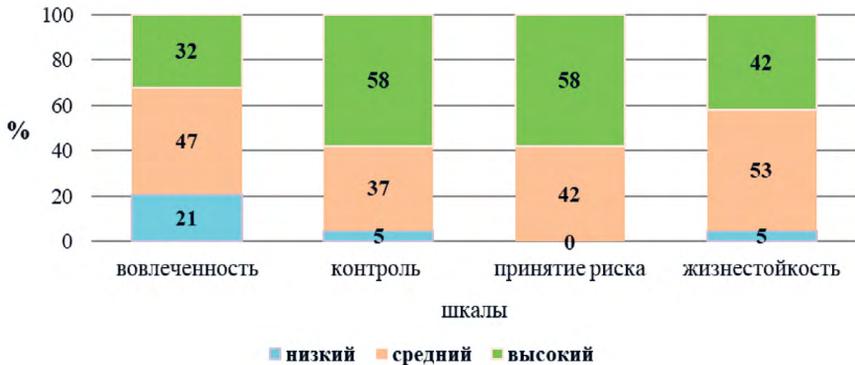
**Рис.1.** Уровни нервно-психической устойчивости у спортсменов

Это свидетельствует о возможности возникновения в экстремальных ситуациях умеренных нарушений психической деятельности, проявлений неадекватного поведения, самооценки и восприятия окружающей действительности. Часть спортсменов (6,7%) имеют неудовлетворительную нервно-психическую устойчивость. У них наблюдается склонность к нарушениям психической деятельности при значительных психических и физических нагрузках. Высокий уровень нервно-психической устойчивости в экспериментальной группе отсутствует.

В результате проведения теста на определение жизнестойкости были получены показатели, которые отражают особенности выраженности ос-

новых компонентов жизнестойкости: вовлеченность, контроль, принятие риска у спортсменов.

Установлено, что по шкале «вовлеченность» преобладает средний уровень (47%), по шкалам «контроль» и «принятие риска» у спортсменов доминирует высокий уровень. Общий уровень жизнестойкости проявляется на среднем уровне (рис.2).



**Рис.2.** Процентное соотношение показателей жизнестойкости у спортсменов

Полученные результаты говорят о том, что большинство спортсменов получают удовольствие от своей спортивной деятельности. Они твердо знают, что управляя стрессом, можно изменить ситуации в лучшую сторону, видят положительные выходы из трудной ситуации. При этом у них сильно развито качество контроля и самоконтроля в стрессовой ситуации. Они уверены в себе, эмоционально устойчивы, активные, с большим удовольствием усваивают новые знания, умения, не бояться неожиданностей и преобладает оптимизм. Однако мы видим, не у всех спортсменов преобладает высокий и средний уровень жизнестойкости. Есть такие спортсмены, которые показали низкий уровень вовлеченности, контроля и жизнестойкость в целом. Для спортсменов с низким уровнем жизнестойкости характерна неуверенность в своих силах, сложность в преодолении стрессовых ситуаций, в нахождении оптимальных путей выхода из них. Такие спортсмены озабочены собственными неудачами, которые протекают на фоне сниженной самооценки, что приводит к сомнениям в своей способности что-то предпринять или изменить. Установленные особенности проявляются в повышенной чувствительности к происходящим событиям и сопровождаются повышенной тревожностью, боязнью новых ситуаций, людей, всякого рода испытаний и т. п. Таким спортсменам свойственны робость, застенчивость, впечатлительность, склонность к продолжительному переживанию прошедших или предстоящих событий, заниженный

уровень притязаний и тенденция к развитию повышенной моральной требовательности к себе. При этом они сами не предпринимают попыток что-либо изменить (Сорокина, 2012). Поэтому спортивным психологам необходимо постоянно поддерживать, развивать эти личностные качества через здоровьесберегающие психотехнологии.

Здоровьесберегающие психотехнологии – это системность мероприятий, позволяющие формировать стрессоустойчивость, сохранять, укреплять психическую устойчивость и жизнестойкость у спортсменов.

К таким образовательным здоровьесберегающим психотехнологиям в психологическом сопровождении спортсменов мы относим:

- аутогенная и психорегулирующая тренировка,
- арт-терапия,
- позитивная терапия,
- имагинация,
- дебрифнг,
- дефьюзинг,
- спортивный дневник,
- ментальный тренинг,
- гимнастика мозга,
- психотренинг волевого внимания.

**Выводы.** В результате исследования были изучены и описаны уровни нервно-психической устойчивости и жизнестойкости у спортсменов. Большая часть участников исследования имеют хороший или удовлетворительный уровень нервно-психической устойчивости и средний уровень жизнестойкости. Эти показатели необходимы для спортсменов для того, чтобы ориентироваться в той или иной стрессовой ситуации и знать технологии как управлять ею. Нервно-психическая устойчивость и жизнестойкость определяется психологическими особенностями личности спортсмена.

### Список литературы

1. Алексеев А.В. Психические дисгармонии. М., 2003.
2. Ильин Е.П. Психология спорта. СПб.: Питер, 2018. 352 с.
3. Леонтьев Д.А. Новые ориентиры понимания личности в психологии: от необходимого к возможному // Вопросы психологии. 2011. № 1. С. 3-27.
4. Набойченко Е.С., Воробьев С.А. Новые технологии работы психолога в спорте ЛИН – новые горизонты для лиц с ментальными нарушениями // Инновационные технологии в системе спортивной подготовки : сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. СПб., 2017. Т.1. С. 136-142.
5. Сорокина Л.В., Королев С.А. Жизнестойкость спортсмена как фактор личностной резистентности к неблагоприятным условиям среды // Вестник ТГУ. 2012. Т.17, Вып.1. С. 242-244.
6. Moran M. More athletes sprint to sport psychiatrists // Psychiatric News. 2003. Vol. 38, № 7. P. 32.

## ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА ЖИЗНЕННЫХ УСТАНОВОК В СИТУАЦИИ ТЯЖЕЛОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Н.В. Попенко

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье рассмотрена проблема жизненных ценностей больных в ситуации болезни. При комплексном изучении жизнеизменяющих процессов у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей обоснована необходимость оказания психологической помощи пациентам в условиях стационара. Программа медико-психологического сопровождения направлена на активизацию внутренних ресурсов и адаптацию к изменяющимся условиям жизни. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о значимости осознания сохранения здоровья.

**Ключевые слова:** болезнь, жизненные ценности, психологическое сопровождение, внутренние ресурсы, здоровье.(дата)

В.М. Бехтерев признавал, «что вопрос о жизни поставлен таким образом, что обыкновенными механическими условиями объяснить ее проявления нельзя». Человек обеспечивает устойчивость своего бытия, расширяя собственное жизненное пространство за счет динамики ценностно-смысловых измерений (Бехтерев, 1999). В ситуации тяжелого заболевания, здоровье приобретает значимую ценность, которая в настоящий момент недоступна (Доманов, 2011). Желание изменить ситуацию, это не что иное как вовлеченность. Быть вовлеченным, значит, в ситуации обладать значимостью для себя, защищать себя от боли и изменений. Жизнеизменяющие процессы такая жизненная динамика, которая позволяет отвечать на вопросы жизни так, чтобы сделать жизнь аутентичной и более реализованной, исходя из возможностей человека (Хайдеггер, 1993). Ампутация – это операция, при которой врач отсекает пораженную конечность (всю или ее часть) для спасения жизни человека. И с одной стороны, это выбор в пользу жизни, с другой – это переживание потери, которое сопряжено с проявлением тревоги, депрессии, потерей смысла жизни.

Жизненное изменение определяется как существенный сдвиг в жизненном мире личности, представляющих собой комплекс внешних (ситуационных) и внутренних (личностных) условий и обстоятельств (Фанталова, 2010).

В течение нескольких десятилетий сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной в структуре смертности, обуславливая 49%

всех смертей и 30% смертей лиц в возрасте моложе 65 лет (Гавриленко, Скрылев, 2005).

Изучение жизненных установок у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей и возможности психологического сопровождения таких пациентов является на сегодняшний день актуальной проблемой.

**Материалы и методы исследования.** Психологическое сопровождение проводилось индивидуально, во время прохождения пациентами лечения в стационаре. Больные, перенесшие реконструктивную операцию, находились на лечении в среднем 14-18 дней, количество проведенных встреч – 7. Перед выпиской, по окончании программы медико-психологического сопровождения, пациенты повторно проходили психодиагностику. В программе психологического сопровождения участвовало 15 человек.

Медико-психологическое сопровождение в стационаре складывается из комплекса проводимых мер: непосредственно хирургическое или консервативное лечение, медикаментозное, физиотерапевтическое лечение и психологическое сопровождение.

Психологическое сопровождение лечебного процесса пациентов хирургического профиля, в частности больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, - это система мер, направленных на поддержание и оптимизацию внутренних личностных ресурсов пациента, в ситуации тяжелой болезни.

Нами была использована методика «Уровень соотношения» ценности «и» доступности» в различных жизненных сферах» (УСЦД Е.Б. Фанталовой (Фанталова, 2010). Данной методикой исследуется диагностика рассогласования, дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, степени неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, внутренней конфликтности, блокады основных потребностей, а также уровня самореализации, интегрированности, гармонии. Тест жизнестойкости, который характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности (Леонтьев, Рассказова, 2006).

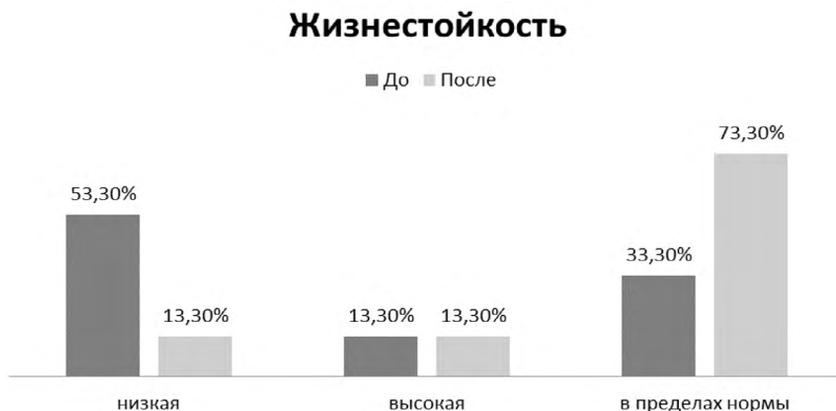
Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы SPSS, версии 19.0.

Описательная статистика результатов исследования представлена для качественных признаков в виде процентных долей и их стандартных ошибок, для количественных – в виде средних арифметических ( $M$ ) и стандартных отклонений ( $\sigma$ ). Значения средних арифметических имеют вид  $M \pm \sigma$ . В случаях отсутствия нормального распределения переменных, в описательной статистике использовались медиана ( $Me$ ) и перцентили ( $P_{25}$ ,  $P_{75}$ ). Значения средних величин отображались, в этом случае, как  $Me (P_{25}; P_{75})$ .

Результаты исследования. Данный этап исследования был направлен на определение изменений в показателях жизнестойкости и входящих в нее компонентов, соотношения «ценности» и «доступности».

В ходе проведенного исследования получены следующие результаты:

На рисунке 1 приведены показатели жизнестойкости по выборке из 15 человек, участвовавших в программе медико-психологического сопровождения.



**Рисунок 1.** Показатели жизнестойкости у пациентов до и после программы

Согласно результатам, это может свидетельствовать о том, что показатель жизнестойкости у пациентов определяется изменением представлений о жизненной ситуации, в условиях болезни.

До программы медико-психологического сопровождения больные не могли сохранять внутреннюю сбалансированность в стрессовой ситуации, личностные ресурсы были снижены. После применения программы пациенты адекватно стали воспринимать ситуацию болезни, что выражалось в стремлении достижения оптимального способа адаптации в новых жизненных условиях на уровне достоверных различий ( $p \leq 0,05$ ).

Изменения данного показателя свидетельствуют о том, что формирование готовности к оптимальному переживанию ситуаций неопределенности и тревоги характеризуется способностью человека активно и гибко действовать в ситуации болезни и в большей степени должен полагаться на свои силы, а не на внешние обстоятельства, это характеризует целостность и зрелость личности.

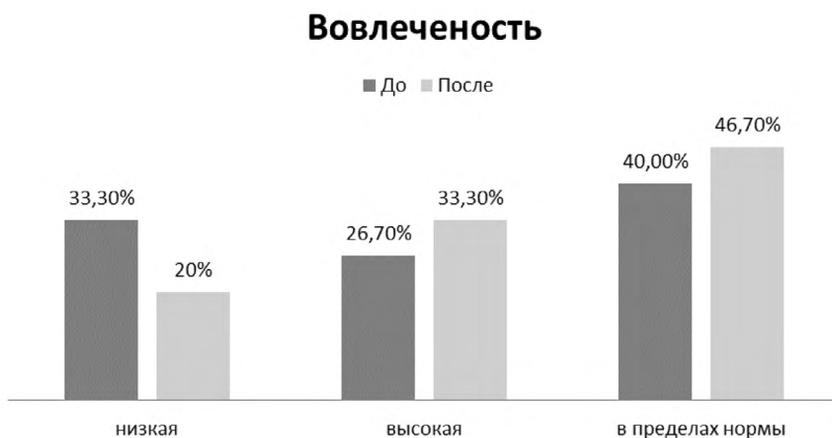
Показатель вовлеченности, входящий в жизнестойкость, выглядит таким образом (рисунок 2).

До участия в программе медико-психологического сопровождения пациенты считали, от них мало что зависит, менее вовлечены в процесс изменений, происходящих в их жизни, тяжело воспринимали свое болезненное состояние.

После полученной психологической помощи пациенты ситуацию безличного выбора стали рассматривать иначе: отмечается более активное участие в выборе жизненной позиции в состоянии стресса. Достоверных различий не выявлено, ( $p=0,16$ )

Это указывает на то, что в непривычной для них ситуации они могут вовлекаться в свой выбор будущего. Отмечается тенденция к способности мотивировать себя на реабилитацию.

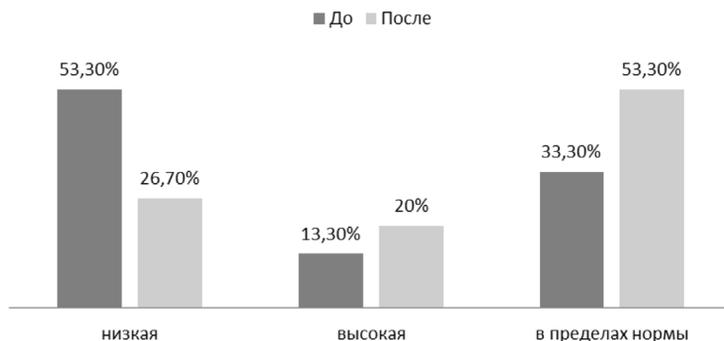
В ходе анализа результатов по показателю жизнестойкости «Контроля» (рисунок 3) «до и после» программы медико-психологического сопровождения наблюдается тенденция уменьшения количества пациентов с низким уровнем и увеличение количества пациентов с нормативными показателями.



**Рисунок 2.** Показатель вовлеченности у пациентов до и после программы психологического сопровождения

До программы у пациентов наблюдалось нежелание изменить жизненную позицию в условиях болезни посредством внутренних ресурсов, что является свидетельством состояния собственной беспомощности. После программы среди больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (после реконструктивных операций) наблюдается снижение количества пациентов с низким уровнем. Это может характеризовать тенденцию к оптимизации внутренних ресурсов: пациенты начинают более активно участвовать в жизненных процессах, происходящих вокруг них. Достоверных различий не выявлено  $p=0,39$ .

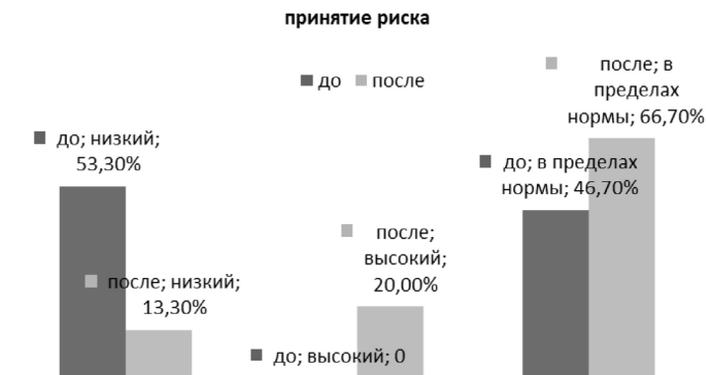
## Контроль



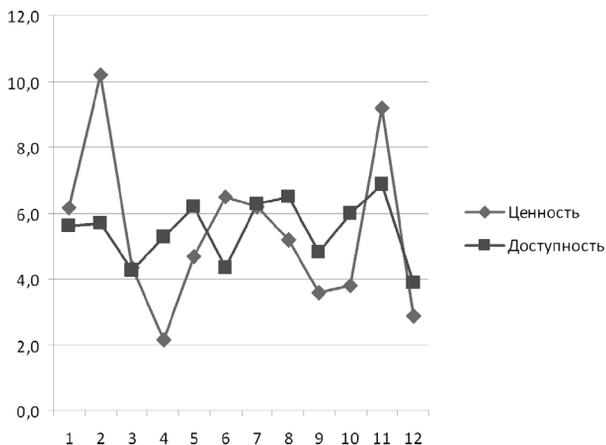
**Рисунок 3.** Показатель «Контроль» до и после программы

Согласно результатам проведенного анализа по параметру «Принятия риска», (рисунок 4) в группе больных после реконструктивных операций обнаружена тенденция уменьшения количества числа пациентов с низким уровнем «Принятия риска», и увеличения количества пациентов с нормативными границами и высокими показателями. Выявлены достоверно значимые различия  $p \leq 0,001$ .

До проведения программы больные характеризовались низкой способностью принятия решений, не осознанием степени риска, как того требует жизненная ситуация. В условиях болезни, все эти характеристики являются сложной психологической проблемой. В ходе проведенных психологических мероприятий пациенты данную жизненную ситуацию стали воспринимать по-иному. Выбор был направлен на приобретение нового жизненного опыта в сложившейся ситуации.



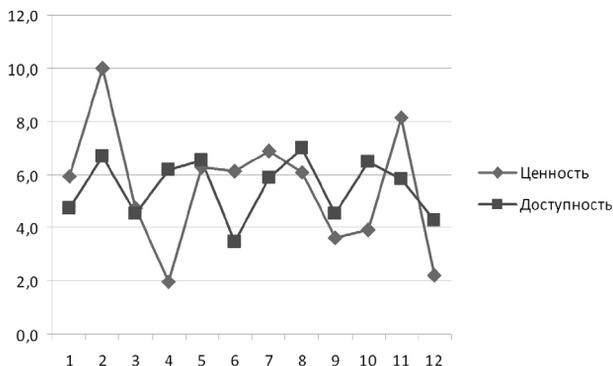
**Рисунок 4.** Показатель «Принятие риска» до и после программы



**Рисунок 5.** Соотношение уровня «ценности» по «доступности» у пациентов до психологического сопровождения

Анализируя показатели ценностных предпочтений до (рисунок 5), и после (рисунок 6) проведения программы медико-психологического сопровождения, мы видим, что ВК (внутренний конфликт), который был обнаружен в такой ценности как «Здоровье» и был представлен у пациентов в виде «ценности» и «недоступности» данного показателя. После оказания психологической помощи наблюдается тенденция к сокращению разрыва между «ценностью» здоровья по «доступности», что может быть связано с осознанием значимости сохранения здоровья.

Также произошли изменения параметра «Красота природы и искусства», где был выявлен ВВ (внутренний вакуум), что свидетельствует о доступности, но низкой значимости как ценности.



**Рисунок 6.** Соотношение уровня «ценности» по «доступности» у пациентов после программы

**Вывод:** изменения, произошедшие с пациентами с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (после реконструктивных операций) в ходе применения программы медико-психологического сопровождения, свидетельствуют о том, что психологическая помощь является «пусковым механизмом» изменения определенных психических состояний, формирования позитивного отношения, способствует преодолению недоверия к себе и определяет возможности оптимизации внутренних психологических ресурсов у пациентов.

На основе полученных эмпирических данных нами были разработаны практические рекомендации:

Учитывая широкую распространенность психоэмоциональных нарушений у пациентов с сосудистой патологией в комплексное клиническое обследование необходимо включение психологических методов диагностики.

В стационарах, оказывающих медицинскую помощь пациентам с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, для более эффективного лечебного процесса рекомендуется проведение психологических обучающих программ для врачей-хирургов.

Необходимо реализовывать индивидуальный подход к организации психологической помощи с указанным контингентом больных, учитывая психологические характеристики пациентов в зависимости от вида лечения.

Психологическое сопровождение больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей должно быть направлено на снижения уровня тревоги, депрессии, на изменение отношения к новой жизненной ситуации в условиях болезни.

Медицинским психологам и психотерапевтам рекомендуется внедрять в практику, предложенную и апробированную программу медико-психологического сопровождения.

### Список литературы

1. Бехтерев В.М. Психика и жизнь // Избранные труды по психологии личности. В 2-х т. СПб.: Алетейя, 1999. Т.1. 256 с.
2. Гавриленко А.В., Скрылев С.И. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей. М., 2005. 176 с.
3. Доманов О.А. О некоторых особенностях тревоги в философии Хайдеггера // Вестник НГУ. Серия: Философия. 2011. Т.9, Вып. 2. С. 142–147.
4. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
5. Паукова А.Б. Психологическая поддержка в процессе жизненных изменений // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. 2014. № 2. С. 55-60.
6. Фанталова Е.Б. Психометрическое исследование показателей методики «Уровень соотношения “ценности” и “доступности”» // Журнал практикующего психолога. 2010. № 17. С.175-201.
7. Хайдеггер М. Что такое метафизика. Введение // Время и бытие. М.: Республика, 1993. С. 22-28.

## АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ОСНОВА ЖИЗНЕННОГО РЕСУРСА

Пуликов А.С.<sup>1,2</sup>, Петров И.А.<sup>2</sup>, Сидоренко А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера,  
г.Красноярск, Россия

<sup>2</sup>Хакасский государственный университет им. Н. Ф. Катанова, г. Абакан, Россия

**Аннотация.** Большой вклад в состояние здоровья в онтогенезе вносят адаптационный потенциал и состояние психоэмоциональной сферы, так как они обуславливают многочисленные психосоматические заболевания и общее состояние здоровья. В этой связи поставлена цель исследования: определить влияние адаптационного потенциала и вегето-соматического статуса на состояние здоровья юношей коренного и пришлого населения Хакасии.

В исследовании охарактеризованы состояние здоровья и адаптационного потенциала 348 юношей коренного и пришлого (европеоидов) населения Хакасии в зависимости от адаптационных «резервов», индекса массы тела, физического развития и вегетативной регуляции. Установлено, что юноши-хакасы по своим гравиметрическим параметрам плотнее и меньше юношей европеоидов. Количество юношей в обеих группах убывает от астенического к нормостеническому и пикническому типам телосложения как и от долихоморфного к мезоморфному и брахиморфному телосложению, но среди европеоидов значительно больше юношей с избыточной массой тела и ожирением. Юноши - хакасы находятся в основном под симпатическим влиянием вегетативной нервной системы, более адаптированы к окружающей среде и более здоровы, так как имели более высокие адаптационные «резервы» и уровень здоровья, чем европеоиды, находящиеся больше под парасимпатическим влиянием с напряжением механизмов адаптации и умеренно пониженным уровнем здоровья. Эффективная адаптация и адаптационный «резерв» организма человека позволяют сохранять устойчивость функционирования систем органов соответственно возрасту и этнической принадлежности в условиях значительных изменений окружающей среды и, тем самым, сохранять и пролонгировать жизненный ресурс.

**Ключевые слова:** адаптация, вегетативная регуляция, здоровье, конституция, этнос.

**Введение.** Большой вклад в состояние здоровья в онтогенезе вносят адаптационный потенциал и состояние психоэмоциональной сферы, так как они обуславливают многочисленные психосоматические заболевания (Пуликов, 2011) и общий жизненный ресурс. Изучение адаптационного потенциала, физического статуса и, тесно связанной с ним, вегетативной

нервной системы в периоды постнатального онтогенеза позволяет правильно оценить и понять не только общебиологические закономерности развития человека, но и строить краткосрочные прогнозы физического здоровья и состояния отдельных систем организма настоящего и будущего поколений (Никитюк, 1990). Для интегральной оценки состояния организма человека, как биологической целостности, главным принципом является использование морфологических показателей в комплексе с функциональными, биохимическими признаками, унаследованными или приобретенными, относительно устойчивыми во времени, определяющими особенность реактивности организма и профиль его индивидуального развития (Беков, 1988; Клиорин, 1996; Синдеева, 2012; Сокольская, 2010).

Немаловажное значение имеет и масса тела, как одна из основных составляющих физического развития организма, поддержания его гомеостаза и состояния здоровья. Она определяет особенности адаптивных процессов к условиям существования и формирования телосложения, а избыточный вес признан одним из корригируемых факторов риска развития многих заболеваний и после курения является второй по значимости причины заболеваемости и смертности, которую можно устранить. Ожирение в молодом возрасте неизбежно ведет к раннему развитию нежелательных патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и формированию сахарного диабета 2 типа (Ивлева, 2010).

Тип конституции человека – анатомио-физиологическая характеристика организма, сложившаяся на основе наследственных и приобретенных свойств и обуславливающая его реактивность, способность к определенному росту, обмену веществ, предрасположенность к заболеваниям. Возрождение интереса к проблеме конституции человека связано с необходимостью внедрения ее основ в клиническую и профилактическую медицину. Необходимо учитывать конституциональные типы при использовании показателей физического развития с целью оценки состояния здоровья студентов (Комисарова, 1983; Литовченко, 2006).

В последние десятилетия сложнейшие социально-экономические преобразования, произошедшие в нашей стране, выявили ряд негативных явлений, влияющих на состояние здоровья и качество жизни населения России. Особое беспокойство в настоящее время вызывают тенденции в ухудшении здоровья школьников и студентов юношеского возраста, так как темпы морфофункционального развития и состояние их здоровья зависят не только от генофонда, но и в значительной степени от ряда факторов окружающей среды (Пуликов, 2012)].

В этой связи поставлена цель исследования: определить влияние адаптационного потенциала и вегето-соматического статуса на состояние здоровья юношей коренного и пришлого населения Хакасии.

**Материал и методы.** Согласно схеме возрастной периодизации онтогенеза человека обследовано 348 лиц юношеского возраста (17 - 21 год), из

них 172 юноши европеоидных национальностей и 176 юношей-аборигенов хакасской национальности. Обследования проводились на добровольной основе и с учетом информированного согласия на участие в научном исследовании, в первой половине дня, в светлом помещении стандартным набором антропометрических инструментов и физиологических приборов, прошедших метрическую поверку, по общеизвестным и принятым методикам (Литовченко, 2006; Сокольская, 2010; Мартиросов, 2006; Суханова, 2006, 2015) с использованием коэффициентов и индексов (Никитюк, 1990).

Количественную оценку индивидуального здоровья обследуемых определяли методом расчета адаптационного потенциала (АП) системы кровообращения (Баевский, 1979):  $АП = 0,011 \times ЧСС + 0,014 \times АДс + 0,008 \times АДд + 0,014 \times КВ + 0,009 \times МТ - 0,009 \times Р - 0,27$ , где: ЧСС – частота сердечных сокращений (уд./мин); АДс - артериальное давление систолическое (мм.рт.ст); АДд - артериальное давление диастолическое (мм.рт.ст); КВ – календарный возраст (годы); МТ – масса тела (кг); Р – рост (см). Уровень адаптации определяли по величине адаптационного потенциала (АП): удовлетворительная адаптация – 2,1 балла и ниже; напряжение механизмов адаптации – 2,11 -3,2 балла; неудовлетворительная адаптация – 3,21-4,3 балла; срыв адаптации – 4,3 балла и выше.

Результаты исследований вносились в индивидуальные протоколы и в электронную базу данных. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ Statistika 10.0. Нормальность распределения измеренных переменных подтверждена проверкой, осуществлявшейся на основе теста Колмогорова-Смирнова. Данные представлены в виде медианы (Me) и 50% перцентильного диапазона (P25-P75%). При статистической обработке материала использовали t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Критический уровень значимости (p) в работе принимали равным или меньше 0,05.

**Результаты работы и их обсуждение.** Анализ грави-антропометрических показателей юношей свидетельствует, что они по своим значениям у юношей-хакасов достоверно значимо ниже, да и по внешнему виду юноши-хакасы выглядят в общей массе мельче европеоидов. Так, масса тела у хакасов примерно на 5 кг меньше (Me-63,96 кг, (57,93-67,23)) по сравнению с европеоидами (Me-69,1 кг, (62,9-77,2)), рост ниже на 6,5 см (у юношей- хакасов Me-172,3 см, (167-176), у европеоидов Me-179,0 см (174-183), ОГК (окружность грудной клетки в покое) у хакасов меньше на 1,7 см (Me- 87,3 см (83,0-91,88)), чем у европеоидов (Me-89,0 см, (84,0-94,5)).

Интегральный признак массы тела в организме (ИМТ, Кетле2), свидетельствует о наличии в обеих кагортах юношей соответствующей нормы (18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup> согласно Меморандуму ВОЗ ) с недостоверно значимым преобладанием у юношей-европеоидов. Однако ИМТ внутри каждой из кагорт имеет свои особенности, заключающиеся в том, что у большего почти в 2 раза числа юношей-европеоидов, по отношению к хакасам, выявляется

(ИзбМТ) избыточная масса тела (13,57% и 7,95%) и (Ож) ожирение (6,43% и 3,42%), а ХЭН (хроническая энергетическая недостаточность, по ИМТ < 18,5 кг/м<sup>2</sup>) наблюдается в одинаковых величинах (7,86% и 7,95%). Индекс Рорера (плотности тела), как интегральный признак содержания костной, жировой и мышечной массы в организме, также у обеих кагорт юношей в пределах нормы (11,6-13,0 кг/м<sup>3</sup>), но все же определяет достоверно не значимую, несколько повышенную плотность тела у юношей-хакасов.

По индексу Рис-Айзенка (Rees, 1945) характеризующему пропорциональность и конституцию телосложения, юноши обеих кагорт относятся к астеническому типу по медиане (Me) и перцентильному интервалу (P25-P75), что подтверждается индексом грудной клетки (ИГК): 49,44 у европеоидов и 49,37 у европеоидов, и характеризует юношей превалированием роста в длину или как долихоморфный тип с узкой и пропорционально развитой грудной клеткой. Внутри кагорт по физической конституции идет убывание числа юношей от астенического к нормостеническому и пикническому типам телосложения, и, хотя между одноименными типами в кагортах достоверной значимости нет, более многочисленны астеники у хакасов, а нормостеники и пикники у европеоидов. Объем астеников в обеих кагортах юношей выше 50%. Такую же закономерность как и с конституциональными типами (убывание по численности от долихоморфного типа к мезоморфному и брахиморфному) мы наблюдаем по индексам «стении», ИГК.

Вегетативная регуляция полностью взаимосвязана в определенных экологических условиях с формированием всех адаптивных типов телосложения, которые у большинства юношей-хакасов находятся под симпатическим влиянием (88,64%), а у юношей-европеоидов под парасимпатическим влиянием (57,38%). Состояние эйтонии наблюдается редко и чаще у юношей-европеоидов. Вегетативная иннервация также очень тесно взаимосвязана с адаптационными возможностями организмов. При этом у 40,9% юношей-хакасов преобладала удовлетворительная адаптация, а у 59,1%-напряжение механизмов адаптации. И только у 16,39% юношей-европеоидов преобладала удовлетворительная адаптация, а у 83,61%-напряжение механизмов адаптации. Тем самым выясняется, что юноши-хакасы находятся в основном под симпатическим влиянием вегетативной нервной системы и более адаптированы к окружающей среде, чем европеоиды, находящиеся больше под парасимпатическим влиянием с напряжением механизмов адаптации, а симпатический тонус усиливает адаптационный потенциал.

При определении влияния массы тела на адаптационный потенциал и состояние здоровья юношей оказалось, что юноши-хакасы положительно реагируют на хроническую энергетическую недостаточность, так как из них 85,7% имеют удовлетворительный уровень адаптации при удовлетворительном уровне здоровья, а только 14,3% юношей находятся в состоянии напряжения механизмов адаптации, при умеренно пониженном уровне здоровья. Среди европеоидов 90,91% юношей находятся в

состоянии напряжения механизмов адаптации при умеренном пониженном уровне здоровья, а 9,09% на уровне удовлетворительной адаптации и удовлетворительном уровне здоровья.

При избыточной массе тела число юношей-хакасов меняется местами: 85,7% имеют уровень напряжения механизмов адаптации и умеренно пониженный уровень здоровья, а 14,3%- удовлетворительной адаптации и удовлетворительном уровне здоровья. Из европеоидов только 52,63% юношей находятся в состоянии напряжения механизмов адаптации при умеренно пониженном уровне здоровья, а 47,37%-удовлетворительной адаптации и удовлетворительном уровне здоровья.

При ожирении первой степени (нам встретились только такие) все 100% юношей хакасов и европеоидов имели напряжение механизмов адаптации при умеренно пониженном уровне здоровья на границе с пониженным уровнем здоровья.

Весь комплекс взаимодействия организма с окружающей средой определяет его состояние здоровья, которое подразделяется на несколько уровней [38]. Юноши-хакасы в общей массе были более здоровыми, чем европеоиды, так как имели более выраженный уровень здоровья, при котором внутри кагорты 25,0% из числа юношей сохраняет удовлетворительный уровень, 72,73% имели умеренно пониженный уровень и только 2,27%- пониженный уровень здоровья. Юноши европеоиды в своем большинстве (свыше 90,0%) имели умеренно пониженный уровень здоровья, а 8,33% юношей-удовлетворительный уровень здоровья.

**Заключение.** Все исследуемые юноши родились и выросли в одинаковых экологических условиях, но были разной этнической принадлежности. При этом юноши-хакасы по своим гравиметрическим параметрам были плотнее и меньше юношей- европеоидов. Количество юношей в обеих группах убывает от астенического к нормостеническому и пикническому типам телосложения как и от долихоморфного к мезоморфному и брахиморфному телосложению, но среди европеоидов значительно больше юношей с избыточной массой тела и ожирением. Объем астеников в обеих кагортах юношей выше 50%, однако более многочисленны астеники у юношей-хакасов, а нормостеники и пикники у европеоидов.

Симпатический тонус усиливает адаптационный потенциал. Юноши - хакасы находятся в основном под симпатическим влиянием вегетативной нервной системы, более адаптированы к окружающей среде и более здоровы, так как имели более высокие адаптационные «резервы» и уровень здоровья, чем европеоиды, находящиеся больше под парасимпатическим влиянием с напряжением механизмов адаптации и пониженным уровнем здоровья.

Хроническая энергетическая недостаточность у юношей-хакасов не снижает показатели здоровья и резко снижает их у юношей-европеоидов, но в отличие от последних при избыточной массе тела все происходит

наоборот. Ожирение в обеих кагортах юношей приводило к снижению адаптационных возможностей и показателей состояния здоровья. В целом, эффективная адаптация и адаптационный «резерв» организма человека позволяют сохранять устойчивость функционирования органов и систем соответственно возрасту и этнической принадлежности в условиях значительных изменений окружающей среды и, тем самым, сохранять и пролонгировать жизненный ресурс.

### Список литературы

1. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М. : Медицина, 1979. 298 с.
2. Беков Д.Б. Индивидуальная анатомическая изменчивость органов, систем и формы тела человек. Киев: Здоровье, 1988. 224 с.
3. Ивлева А.Я., Бурков С.Г. Избыточный вес и ожирение - проблема медицинская, а не косметическая // Ожирение и метаболизм. 2010. № 3. С. 15-19.
4. Клиорин А.И. Соматотипы и парадигмы индивидуальных конституций. Развитие учения о конституции человека в России во второй половине XX столетия // Физиологический журнал им. Сеченова. 1996. № 3. С. 15-21.
5. Комисарова И.А. Антропометрические параметры – критерии информации о наиболее общих закономерностях развития // Гигиена и санитария. 1983. № 2. С. 63.
6. Литовченко О.Г. Онтогенетические и адаптационные аспекты морфофункционального состояния учащихся г. Сургута в условиях лечебной деятельности // Успехи современного естествознания. 2006. № 2. С. 45.
7. Мартиросов Э.Г., Николаев Д.В., Руднев С.Г. Технологии и методы определения состава тела человека. М. : Наука, 2006. 248 с.
8. Никитюк Б.А., Козлов А.И. Новая техника соматотипирования // Вопросы спортивной и медицинской антропологии : сб. науч. тр. М., 1990. Вып. 3. С. 121-141.
9. Пуликов А.С., Зайцева О.И., Москаленко О.Л., Колодяжная Т.А. Особенности психоэмоциональной сферы у школьников различного возраста, проживающих в разных регионах Сибири // В мире научных открытий. 2011. № 5.1. С. 578-587.
10. Пуликов А.С., Москаленко О.Л. Взаимосвязь физического развития и полового диморфизма с адаптационными возможностями юношей // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2012. № 1. С. 1158-1168.
11. Синдеева Л.В., Орлова И.И. Избыточная масса тела, как социальная проблема человека в возрастно-половом аспекте // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2012. № 12 (20). С. 79.
12. Сокольская Т.И., Максименко В.Б., Гулин А.В. Гендерно-возрастные особенности физического развития и составляющих массы тела у лиц с ожирением // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2010. Т.15, № 2. С. 669-672.
13. Суханова И.В., Максимова А.Л., Вдовенко С.И. Особенности физического развития юношей-призывников Магаданской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. Т.23, № 4. С.19-21.
14. Суханова И.В., Соколов А.Я. Показатели морфофункционального развития студентов СМУ в зависимости от типа телосложения // Вестник Северного международного университета. 2006. Т.6, № 6. С. 89-92.
15. Rees W.L., Eisenck H.J. A Factorial Study of Some Morphological and Psychological Aspects of Human constitution // Br. J. Psych. 1945. Vol. 91, № 382. P. 8-21.

## РАЗВИТИЕ МОТИВАЦИИ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ

А.Р. Рафикова

*Академия управления при Президенте Республики Беларусь, г. Минск,  
Республика Беларусь*

**Аннотация.** Профессионально-ориентированные подходы при профильном образовании управленческих кадров необходимо простираť не ограничено в формате профессионально-значимых компетенций, но и в специфическом направленном формировании функциональной готовности к реализации профессиональной деятельности через развитие и совершенствование профессионального здоровья будущих руководителей. В модель образовательной здоровьесберегающей подготовки должен быть включен специально разработанный пакет информативных методик, позволяющий проводить мониторинг показателей профессионального здоровья.

**Ключевые слова:** профессиональное здоровье, руководитель, мониторинг, пакет методик.

**Актуальность.** Анализ регламентирующих и программных документов по повышению качества базового и последипломного образования в сфере управления свидетельствует, что несмотря на большое разнообразие подходов и предлагаемых моделей специалиста-управленца, в основе которых лежат квалификационные характеристики, ни в одном подходе и ни в одной модели не содержится требований к профессиональному здоровью руководителя. В Указе Президента Республики Беларусь № 354 от 26.07.2004 «О работе с руководящими кадрами в системе государственных органов и иных государственных организаций» в п.8. указано, что к основным критериям зачисления кандидатов в резерв, кроме прочих, относится также «возраст кандидата и состояние его здоровья». Однако если по возрастному критерию приводятся конкретные количественные показатели, то по состоянию здоровья таковые отсутствуют, в частности при подборе руководящих кадров всех уровней в масштабе предприятий предлагается учитывать, что степень надежности кандидата должна быть не ниже средней. Следует заключить, что отсутствие четких критериев по характеристике профессионального здоровья (либо в целом, либо по выделенным отдельным показателям) лишает руководителя мотивации к приобретению и развитию компетенций по здоровьесбережению, что в свою очередь ограничивает подходы по созданию качественной инновационной модели современного руководителя с точки зрения ключево-

го фактора – обеспеченности долгосрочной реализации специалистами управления полученных профессиональных знаний, умений и навыков.

**Постановка проблемы.** Современные научные данные свидетельствуют, что здоровье нации зависит не только от уровня развития системы здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека зависит: на 20% от наследственных факторов, 20% – от условий внешней среды (экологии), 10% – от системы здравоохранения и 50% – от самого человека, его образа жизни.

Медицина сегодня постепенно переориентируется с лечения на профилактику заболеваний, однако, ощущается очень слабое взаимодействие медицинских учреждений с образовательными и, соответственно, слабо отражен в декларативных документах образовательный компонент формирования навыков по сохранению профессионального здоровья. В приведенном выше долевом эквиваленте влияния факторов на здоровье не содержится указания на роль здоровьесберегающего образования, которое обеспечивает осознанный мотив к сохранению здоровья. Если на окружающую среду, генофонд и уровень здравоохранения отдельная личность не может оказать существенного влияния, то формировать собственный здоровьесберегающий образ жизни, а в управленческой деятельности еще и влиять на его изменение у управляемого персонала руководитель вполне может и должен.

**Материалы и обсуждение результатов.** Категория «профессиональное здоровье» рассматривается как – *интегральное качество в системе «здоровье – работоспособность – эффективность - развитие»*. При этом, профессиональное здоровье руководителя – категория социально важная еще и в связи с тем, что нездоровый руководитель переносит свои физические и психологические недуги на подчиненных.

Недостаток личного времени не позволяет сотрудникам своевременно проходить обследования и обращаться за медицинской помощью, уделять внимание спорту, отдыху и здоровому питанию. При анализе ответов на вопрос о барьерах профилактики было выявлено, что основная причина низкой эффективности профилактических вмешательств белорусских руководителей, связана в меньшей степени с отсутствием финансовых средств (26%) и в большей степени с отсутствием времени (78%). В ситуации, когда у сотрудника не хватает времени, работодатель должен сам управлять здоровьем своих работников. Для этого за рубежом в ряде стран уже достаточно давно пользуются технологией Health management, которая становится все более актуальной для нас.

В самом общем виде Health management (управление здоровьем) включает в себя две составляющие. Первая – это всестороннее исследование медицинских рисков, с целью ранжирования по значимости факторы, негативно сказывающиеся на здоровье сотрудников. Далее по результатам исследования составляется план превентивных мероприя-

тий, которые необходимо провести, чтобы снизить заболеваемость. Профилактические мероприятия охватывают все сферы, сказывающиеся на состоянии здоровья сотрудников. Это не только регулярные медосмотры и вакцинация, но и корпоративный фитнес, программы, стимулирующие отказ от курения, здоровое питание, а также эргономика и психологический климат офиса.

Проведенный нами опрос показал, что большинство руководителей придерживается мнения о том, что здоровье – это отсутствие болезней, не связывая это понятие ни с работоспособностью, ни с нервно-психическим состоянием, ни с резервами организма. Между тем понятие здоровья, должно включать в себя не только моментное состояние функций организма, но и их потенциальные возможности, резерв, который определяет направление изменений в состоянии здоровья. Тем самым здоровье характеризуется не только с качественной стороны, но и количественной. При этом, профессиональные возможности, как раз проявляются в качествах руководителя, которые отражают развитие всех форм личностных потенциалов и их проявления. Сегодня специалисты четко отмечают, что физическое здоровье и психическая адекватность – качества, которые оказывают существенное влияние на результаты деятельности государственного служащего, а развитие валеологического личностного потенциала является одним из важнейших (Горб В.Г., 2007). В этом смысле и не только, нам представляется интересным образовательный проект, реализующийся и развивающийся в Академии управления при Президенте Республики Беларусь. Проект по развитию здоровьесберегающей компетентности руководителя на всех этапах профессиональной подготовки (от I ступени базового высшего образования, так и на этапе переподготовки и повышения квалификации) состоит в разработанной модели здоровьесберегающей подготовки через концепцию включения готовности к здоровьесбережению в образовательную парадигму формирования готовности к эффективной профессиональной деятельности (Рафикова А.Р., 2009)

Частью этого проекта является обучение управленческих кадров мониторингу показателей профессионального здоровья. Как показали наши исследования, выявлено несоответствие между потребностями руководителей в здоровье и усилиями, направленными на его сохранение и укрепление. Причинами сниженной мотивации к здоровьесберегающей деятельности является не только отсутствие при профотборе критериев по профессиональному здоровью, о чем упоминалось выше, но также конкретных точек мониторинга эффективности этой деятельности. Для оптимизации процессов оздоровления и создания соответствующей мотивации требуется четкая конкретная цель и осязаемость результатов, а соответственно и разработанные критерии оценки эффективности проводимых мероприятий. В отличие от теоретических исследований здо-

ровья, допускающих приблизительность формулировок и «размытость» понятий, формирование здоровья – это практическая деятельность, которая требует четких целей и критериев на всех этапах работы. Также очень важным является наличие методик и критериев количественной и качественной оценки показателей профессионального здоровья, возможности контроля за точностью измерения и эффективностью модификации поведения.

Исходя из этого, нами был разработан пакет методик для оценки и мониторинга отдельных показателей профессионального здоровья руководителя, который может дополняться и совершенствоваться исходя из требований текущего момента, предъявляемых к здоровью специалистов данного профиля.

Методики сформированного пакета отобраны исходя из критериев надежности, информативности, доступности. Пакет позволяет оценивать физические, функциональные и социально-психологические качества, выделенные в качестве определяющих успешность профессиональной деятельности в сфере управления, что делает возможным использовать его при профотборе и продвижении резерва управленческих кадров.

Мониторинговые диагностические исследования являются составной частью проектируемой модели валеологической подготовки работников управления. Входящие в пакет диагностики вполне доступны для освоения обучающимися в системе профессиональной подготовки, переподготовки и в последующем позволит им проводить мониторинг самостоятельно для оценки динамики показателей профессионального здоровья, и соответственно, избирать различные стратегии здоровьесберегающей деятельности (поддержания, развития, формирования здоровья), использования тех или иных здоровьесберегающих технологий в режиме труда и досуга.

В пакет входят методики и технологии оценки физического развития (вес-ростовой индекс, тип телосложения, объемы талии и бедер с расчетом риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, жизненная емкость легких и экскурсия грудной клетки, силовой индекс), функционального состояния (пробы с задержкой дыхания, нагрузочные пробы для оценки функциональной работоспособности – Мартине-Кушелевского, Н.М. Амосова, М-тест, тест Руффье; расчет скорости базового метаболизма, жизненного индекса, индекса Робинсона, ортостатическая проба, индекс напряжения адаптационного потенциала, интегральные и расчетные показатели, характеризующие общее состояние соматического здоровья по Л.Г. Апанасенко), физической подготовленности (оценка физических кондиций по методике профессора Ю.Н. Вавилова (Вавилов Ю.Н., 1997), а также оценка эффективности выполнения двигательных заданий по нормативам Государственного физкультурно-оздоровительного комплекса Республики Беларусь (Об утверждении По-

ложения о Государственном физкультурно-оздоровительном комплексе Республики Беларусь, 2008), психоэмоционального состояния (по тестам: Кеттела; Айзенка; Томаса; тесты: СМИЛ, РСК, Ку-сорт, УСК, оценка уровня профессионального стресса по Вейману (Weiman C.G., 1978), неофициальный психологический тест). Особое место отведено оценке нервно-психической адаптации по методике И.Н. Гурвича (Власенко, В.И., 2005)

Результаты комплексных мониторинговых исследований, позволяющие отслеживать динамику показателей физического развития, функционального и психологического состояния, физической подготовленности различных возрастных групп, объединенных особенностями профессиональной деятельности, которой они заняты либо к которой они готовятся, могут использоваться как эффективное средство для осуществления мер по сохранению и укреплению здоровья, в том числе за счет профилактики заболеваемости.

**Выводы.** Профессионально-ориентированные подходы при профильном образовании необходимо простираť не ограничено в формате профессионально-значимых компетенций, но и в специфическом направленном формировании функциональной готовности к реализации профессиональной деятельности через развитие и совершенствование профессионального здоровья будущих руководителей. Формирование данной готовности лежит в основе концепции здоровьесберегающего элемента образования управленческих кадров в Республике Беларусь.

В проектируемую здоровьесберегающую модель подготовки резерва управленческих кадров в системе профобразования должно быть включено освоение обучающимися механизма мониторинга показателей профессионального здоровья.

Умения и навыки оценки собственного здоровья по сформированному пакету информативных специализированных методик имеют личностную ценность для каждого человека, являясь алгоритмом самодиагностики, самооценки, самокоррекции и помощи в разработке индивидуальной, коррекционной программы, способствующей совершенствованию профессионального здоровья специалистов. Программа должна предусматривать также комплекс спортивно-оздоровительных и восстановительных мероприятий, занятия укреплением собственного здоровья, оказание помощи в реализации оздоровительных программ своим близким, друзьям, коллегам.

Система формирования здоровьесберегающих компетенций у будущего руководителя также призвана содействовать приоритизации здоровья, созданию в учреждениях по месту работы здоровьесберегающей организационной среды, повышению качества жизни (как категории управленцев, так и категории управляемых).

## Список литературы

1. Вавилов Ю.Н. Проверь себя // Теория и практика физической культуры. 1997. № 9. С. 58.
2. Власенко В.И. Психофизиология: методологические принципы профессионального психологического отбора : монография / под ред. В. А. Переверзева. Минск: БГМУ, 2005. 244 с.
3. Горб В.Г. Методология разработки должностных реглантов государственных гражданских служащих // Государственная служба. 2007. № 4. С. 43-53.
4. Об утверждении Положения о Государственном физкультурно-оздоровительном комплексе Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Постановление Министерства спорта и туризма Республики Беларусь от 24 июня 2008 г., № 17 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. URL : <http://www.pravo.by/pravovaya-informatsiya/normativnyye-dokumenty / etalonnyy-bank-dannykh-pravovoy-informatsii> (дата обращения: 23.10.2018).
5. Рафикова А.Р., Ганчеренок И.И., Лосева И.И. Профессиональное здоровье руководителя: моногр. Минск: Акад. управ. при Президенте Респ. Беларусь, 2009. 119 с.
6. Weiman C.G. A study of the occupational stressor and the incidence of disease-risk / NIOSH Proceeding: reducing Occupational Stress. Cincinnati, Ohio: National Institute for Occupational Safety and Health, 1978. 45 p.

УДК 159.972

# ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАМКАХ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ КГБУЗ ККПНД №1

О.Г. Русанова, А.Ф. Музафарова

*Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматривается проблема психического здоровья и выявление суицидального риска у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами. Описываются факторы риска и причины появления этих расстройств. Группе исследуемых, которые были разделены по гендерным признакам, были предложены опросники на выявление антивитаальных мыслей и риска суицидальных реакций. Всего было обследовано 137 человек, у 17 человек присутствовали антивитаальные, суицидальные переживания, а у 6 людей отмечался средний и высокий уровень риска суицидальных реакций. Также было отмечено, что женщины чаще страдают тревожно-депрессивными расстройствами, чем мужчины, что в свою очередь объясняется рядом гендерных

отличий. Выраженность тревожно – депрессивных расстройств и наличие антивитаальных и суицидальных мыслей зависит и от времени обращения. Чем позднее обращается человек, тем глубже выражены тревожно – депрессивные расстройства и тем выше риск антивитаальных мыслей и суицидальных реакций. В основе лечения тревожно-депрессивных расстройств лежит подход полипрофессиональной бригады, который осуществляется врачом психиатром, врачом психотерапевтом и медицинским психологом.

**Ключевые слова:** тревожно-депрессивные расстройства, антивитаальные мысли, риск суицидальных реакций, психическое здоровье.

**Актуальность.** Здоровье человека не исчерпывается физическим, психическое здоровье является его неотъемлемой частью и важнейшим компонентом. Согласно определению ВОЗ: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Важным следствием этого определения является то, что психическое здоровье — это не только отсутствие психических расстройств и форм инвалидности. Психическое здоровье — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить свой вклад в общество. В этом позитивном смысле психического здоровья является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества.

**Постановка проблемы.** Депрессия и различные тревожные расстройства в современном мире являются широко распространёнными заболеваниями (Waraich P., 2004). В свою очередь они могут приводить к психосоциальной дезадаптации человека. Они вызывают душевные страдания пациентов и членов их семей, являются серьезным экономическим бременем, приводят к снижению когнитивных функций, негативно влияют на соматическое здоровье, повышают уровень суицидов (Калиниченко Т.П., 2017).

Депрессия – психическое расстройство, основными признаками которого являются сниженное настроение и снижение или утрата способности получать удовольствие (ангедония). К дополнительным симптомам депрессии могут относиться сниженная самооценка, неадекватное чувство вины, пессимизм, нарушение концентрации внимания, расстройства сна и аппетита, напряжённость и беспокойство, раздражительность и головокружение. При длительных тревожно – депрессивных расстройствах - антивитаальные мысли и суицидальные тенденции. Тяжелые формы депрессии характеризуются так называемой «депрессивной триадой»: снижением настроения, заторможенностью мышления и двигательной заторможенностью.

Тревога – это отрицательное эмоциональное переживание, обусловленное ожиданием чего-то опасного, имеющее диффузный характер и

не связанное с конкретным событием. Клинические проявления тревоги также очень разнообразны. Они делятся на две группы: психические и соматические.

Психические симптомы включают в себя постоянно или периодически возникающее чувство тревоги, беспокойство по мелочам, ощущение напряжения и скованности, невозможность сконцентрироваться, страхи (часто с формированием ограничительного поведения).

Для соматических проявлений тревоги характерны полисистемность проявлений, их неспецифичность и отсутствие схожести с известными соматическими заболеваниями. Чаще всего встречается учащённое сердцебиение, приливы жара или холода, тошнота, боли в мышцах, сухость во рту.

Как мы видим, для тревожных и депрессивных расстройств характерны некоторые общие тенденции. Кроме этого, они встречаются во всех возрастных группах и социальных слоях, причем женщины страдают этими расстройствами чаще, чем мужчины. Коморбидность тревоги и депрессии достигает 40-80%, и часто бывает очень трудно отличить одно состояние от другого (Федотова А.В., 2008). При длительных и выраженных тревожно – депрессивных расстройствах могут возникать антивитаальные мысли и суицидальные тенденции. Испытуемые или их близкие жалуются на изменение привычек (несоблюдение правил личной гигиены), снижение повседневной активности, утрату способности испытывать удовольствие. В высказываниях присутствуют прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях; ироничные шутки о нежелании жить; несвойственная агрессия или ненависть к себе; представление о мире, как месте потерь и разочарований; представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить.

Причиной ухудшения здоровья могут служить негативные факторы социальной среды, личностно значимые ситуации, стрессы, на которые реагирует психика человека.

**Материалы и методы исследования.** В группу исследуемых вошли люди с первичным обращением к врачу психиатру с жалобами на тревожно-депрессивные расстройства. После приема врача психиатра испытуемые направлялись на патопсихологическое исследование, в ходе которого наряду с другими методиками (в зависимости от запроса психиатра) были предложены опросники на выявление тревожно-депрессивных расстройств, степени их выраженности (опросник Derogatis), и выявление суицидального риска (методика Сигнал), а также наблюдение и сбор анамнестических данных.

**Результаты и их обсуждение.** Было исследовано 137 человек с первичным обращением к врачу психиатру с жалобами на тревожно-депрессивные расстройства, из них у 80 человек по результатам

проведенных методик выявлены умеренные и выраженные тревожно-депрессивные расстройства, в этой же группе у 17 человек присутствовали антивитаальные, суицидальные переживания. Из группы пациентов с антивитаальными и суицидальными переживаниями у 6 людей отмечался средний и высокий уровень риска суицидальных реакций.

Следует отметить, что из 137 человек было 84 женщины и 53 мужчины. Объяснение этому мы видим в том, что женщины более эмоциональны, чем мужчины. А также не следует забывать об объективных гормональных перестройках в организме женщин (беременность, менструальный цикл, послеродовый период, менопауза), которые оказывают влияние на психоэмоциональное состояние женщины.

При обработке результатов и сборе жалоб удалось выявить некоторые причины возникновения тревожно – депрессивных расстройств. А именно: отсутствие постоянного места работы, собственная финансовая несостоятельность, неблагоприятная наследственность, пожилой и пенсионный возраст, тяжёлые соматические заболевания.

Зачастую тревожно – депрессивные расстройства появляются после стрессовых ситуаций в семье и на работе. И огромное значение имеет реакция человека на происходящие события.

Если человек тяжело переживает стрессовую ситуацию, раз за разом прокручивает ее в голове; если он неудовлетворён текущим положением дел, но предпочитает переживать об этом, а не решать проблемы; если у него низкий уровень стрессоустойчивости, то вероятность развития тревожно – депрессивных расстройств намного выше.

Выраженность тревожно – депрессивных расстройств и наличие антивитаальных и суицидальных мыслей зависит и от времени обращения (от появления первых симптомов и до обращения к врачу). Чем позднее обращается человек, тем глубже выражены тревожно – депрессивные расстройства и тем выше риск антивитаальных мыслей и суицидальных реакций. В беседах с такими пациентами крайне важно выяснять, как влияют эти расстройства на его повседневную и профессиональную жизнь, сузился ли круг его интересов, трудно ли ему принимать значимые решения и насколько оптимистично он настроен на будущее. Порой такому пациенту следует уделить больше внимания и времени, проявить эмпатию, сформировать доверительный контакт, что даст ему возможность говорить о негативных переживаниях, рассказать об антивитаальных мыслях.

При обработке методики «Derogatis» следует обращать внимания на положительно отмеченные (количество баллов) утверждения о подавленном настроении; ощущениях, что будущее безнадежно; присутствуют ли мысли о смерти. А в методике «Сигнал» оцениваем уровень фиксации испытуемого на информации суицидального характера.

Таблица 1

<b>Всего обратившихся человек</b>	<b>С тревожно-депрессивными расстройствами (Абс.)</b>	<b>С тревожно-депрессивными расстройствами (%)</b>	<b>С другими расстройствами (Абс.)</b>	<b>С другими расстройствами (%)</b>
137	80	58,4	57	41,6

Из числа всех обратившихся процент людей с тревожно-депрессивными расстройствами выше на 16,8%, чем другими расстройствами.

Таблица 2

<b>Всего обратившихся человек</b>	<b>Женщины (Абс.)</b>	<b>Женщины (%)</b>	<b>Мужчины (Абс.)</b>	<b>Мужчины (%)</b>
137	84	61,3	53	38,7

Из общего числа обратившихся женщин с тревожно-депрессивными расстройствами на 22,6% больше, чем мужчин.

Таблица 3

<b>Обратившихся с тревожно-депрессивными расстройствами</b>	<b>Имеют антивитаальные и суицидальные мысли (Абс.)</b>	<b>Имеют антивитаальные и суицидальные мысли (%)</b>	<b>Не имеют антивитаальных и суицидальных мыслей (Абс.)</b>	<b>Не имеют антивитаальных и суицидальных мыслей (%)</b>
80	17	21,3	63	78,7

Из таблицы 3 видно, что обследуемых людей с тревожно-депрессивными расстройствами не имеющих антивитаальных и суицидальных мыслей больше на 54,4%.

При этом следует учитывать, что многие пациенты не осознают, не полностью понимают или просто не хотят говорить о своих психологических проблемах, и порой отрицают снижение настроения и тревогу. А у части людей возникают трудности с вербализацией своих душевных переживаний, и они описывают свое состояние в более понятных им терминах соматического страдания. Несмотря на разнообразие методов диагностики суицидального риска, точная регистрация суицидальных намерений пока невозможна, так как психологи не могут охватить вниманием все ситуации, которые могут спровоцировать суицид.

Выявление у пациентов тревожно – депрессивных расстройств всегда требует лечения, независимо от возраста больного, основного заболевания и причин, приведших к развитию этого состояния (Краснов В.Н., 2010). А степень суицидального риска следует указывать в медицинской

документации для обоснования выбора условий и программы лечения (Лобов Е.Б., 2018). И это является основной задачей в полипрофессиональных бригадах в рамках нашего учреждения. При лечении тревожно – депрессивных расстройств оптимально сочетание лекарственных и нелекарственных методов лечения. Психологи рекомендуют (в рамках психологического консультирования) нелекарственные методы: адекватную физическую нагрузку, соблюдения режима труда и отдыха, посещение занятий направленных на релаксацию, индивидуальные занятия с психотерапевтом. Медикаментозную терапию осуществляет врач – психиатр. А одним из методов оценки улучшения состояния больного является его ретестирование после проведенного лечения.

**Выводы.** Необходимость выявления и своевременного лечения тревожно – депрессивных расстройств не вызывает сомнения. Тревожно – депрессивные расстройства являются независимыми факторами риска для развития многих соматических заболеваний. А при длительном и выраженном тревожно – депрессивном расстройстве могут возникать антивитаальные мысли и суицидальное поведение. Эти расстройства оказывают негативное влияние на качество жизни, ухудшают физическую, психическую и социальную адаптацию. Таким образом, работа полипрофессиональных бригад на базе психоневрологического диспансера направлена на раннее выявление, диагностику, подборов методов лечения и профилактическую работу.

### Список литературы

1. Амбурова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации : метод. рекомендации. М., 1980. 55 с.
2. Калиниченко Т.П. Тревожные расстройства в позднем возрасте и способы совладения с ними : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06. М., 2017. 22 с.
3. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов первичной медицинской сети // Медицинский вестник. 2010. № 11. С. 516.
4. Лобов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II // Суицидология. 2018. № 2. С. 16-29.
5. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия М.: Артinfo Паблишинг, 2007. 32 с.
6. Песковец Р.Д., Евсюков А.А. Тревожно-депрессивные расстройства в крупном промышленном центре восточной Сибири // Новая наука: от идеи к результату. 2016. № 11-4. С. 70-73.
7. Совков С.В. Вопросы помощи женщинам с психическими нарушениями в послеродовом периоде // Научный форум. Сибирь. 2015. № 1. С. 139-140.
8. Федотова А.В. Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике // Региональная фармакотерапия в кардиологии. 2008. № 3. С. 83-88.
9. Waraich P., Goldner E.M., Somers J.M., Hsu L. Prevalence and Incidence Studies of Mood Disorders: A Systematic Review of the Literature // Canadian Journal of Psychiatry. 2004. № 49. P. 124-138.

## ОТНОШЕНИЕ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КУРСАНТОВ И СЛУШАТЕЛЕЙ ВУЗА МВД РОССИИ

Д.Н. Рыбин, Ю.В. Трофимова

*Барнаульский юридический институт МВД России, г. Барнаул, Россия*

**Аннотация.** В статье показано, процессу обучения сотрудников полиции присущи черты экстремальных ситуаций, которые могут приводить к состояниям динамического рассогласования. Отмечается, что одним из условий сохранения психологического здоровья выступает грамотная и своевременно оказанная психологическая помощь сотрудникам полиции. Анкетирование показало, что возможность обращения к психологу для решения своих психологических трудностей курсантами и обучающимися, используется в единичных случаях, при этом спектр потенциальных причин для обращения достаточно широк. Выявлено, что большинство респондентов предпочли бы обратиться за помощью к психологу, занимающемуся частной практикой. Показано, что основным фактором, ограничивающим обращение к профессиональной психологической помощи, является сомнения в соблюдении психологом принципа конфиденциальности информации.

**Ключевые слова:** психологическое здоровье, психологическая помощь, негативные функциональные состояния, личность сотрудника полиции, взаимодействия, взаимоотношения.

Деятельность сотрудников полиции традиционно относится к экстремальным видам профессиональной деятельности, предполагающей постоянное действие различных чрезвычайных по сложности факторов, в том числе представляющих социальную опасность.

В экстремальных условиях у субъекта деятельности возникают негативные функциональные состояния типа динамического рассогласования (стресс, монотония, сильное утомление и пр.), отрицательно сказывающиеся на регуляции деятельности. Работа в таких условиях требует длительного восстановления. В этом смысле совершенно справедливо в странах Запада профессия полицейского относится к одним из самых опасных для жизни, с высоким уровнем профессионального стресса (Човдырова, 2004).

Экстремальные факторы в деятельности сотрудника полиции провоцируют развитие негативных функциональных состояний, которые дезорганизуют деятельность и провоцируют развитие профессиональных деформаций и личностных деструкций. Становится очевидным, что грамотно и вовремя оказанная психологическая помощь сотрудникам полиции является залогом сохранения психологического здоровья и дальнейшего успешного выполнения профессиональных обязанностей.

Психологи определяют психологическую помощь как «...определенный вид профессиональной деятельности практического психолога, содержание которой определяется психологической проблемой - запросом клиента, а процесс осуществляется через взаимодействие и взаимоотношения между помогающим и клиентом на основе определенной теоретико-методической базы и под влиянием личностных особенностей каждого из них» (Доминяк, Колчанова, 2002, с. 137).

Применительно к деятельности сотрудников полиции психологическая помощь определяется как вид практической помощи, выражающейся в содействии самостоятельному преодолению сотрудниками психологических трудностей освоения служебных обязанностей, выполнения их на должном уровне, привыкания к условиям службы, благополучного завершения службы (Петухов, 2001).

В.В. Петухов отмечает, что «сравнительно несложные формы психологической помощи всегда использовались со стороны сослуживцев, руководителей и наставников: психологическая поддержка (содействием внутренней мобилизации); психологическое ориентирование (улучшением психологической информированности); психологическое ассистирование (подключением к непосредственному преодолению трудностей)» (Петухов, 2001) Следует отметить, что последнее справедливо, если непосредственным руководителям небезразлично психологическое состояние личного состава и каждого сотрудника в отдельности, если в коллективе здоровый морально-психологический климат и царит атмосфера доверия, взаимоподдержки и взаимопомощи. В реальности же в большинстве случаев сотрудники остаются предоставленными сами себе в решении своих же психологических проблем.

Опыт психологов, работающих с сотрудниками полиции, показывает, что сотрудники довольно редко напрямую обращаются с глубинно-личностными проблемами, но «чаще всего запросы у таких клиентов сугубо прагматичные – достижение успеха, построение карьеры, повышение прибыли, приобретение навыков, обеспечивающих достижение перечисленных целей» (Нефедова, Краснорядцева, 2017, с. 7). Такие запросы ориентируют психолога на поиск форм работы ориентированных на быстрый эффект, но даже при разрешении запросов такого типа возникает задача проработки и более глубинных проблем.

Таким образом, остается открытым вопрос формирования потребности в осознании необходимости такой помощи у самих сотрудников полиции, ведь зачастую многие сотрудники не спешат к ведомственному психологу решать свои психологические проблемы. В.В. Солодников и И.В. Сорокина отмечают, что основными помехами обращения сотрудников МВД за психологической помощью являются: опасение выявления психических отклонений и возможных последствий для профессиональной деятельности, а так же негативное отношение окружающих «как бы

на учет не взяли», «а что люди скажут», «подумают, что я свихнулся». (Солодников, Сорокина, 2001, с. 72)

Сказанное выше справедливо для всех категорий сотрудников полиции, как работающих как «на земле», так и для курсантов образовательных организациях МВД России, поскольку само обучение здесь имеет свои специфические особенности: жестко регламентированный распорядок дня, субординация, строгий контроль со стороны командиров, наличие дополнительных нагрузок (тревоги, построения личного состава, огневая и физическая подготовки). Перечисленные выше моменты вводят в процесс обучения элементы экстремальности, что для молодых людей является, особенно на первых годах, обучения серьезным испытанием.

Для того чтобы выяснить, насколько востребована психологическая помощь, нами было проведено анкетирование. В анкетировании приняли участие 58 курсантов и слушателей Барнаульского юридического института МВД России. Анкетирование проводилось анонимно. Курсанты, обучаясь в вузе МВД России, имеют прямую возможность обращаться за профессиональной психологической помощью, так как в вузе имеется психологическая служба. Основное назначение анкетирования состояло в выяснении ведущих потребностей курсантов в получении профессиональной психологической помощи.

На вопрос «Возникла ли у Вас необходимость обращаться за помощью к психологу?» подавляющее большинство респондентов (98,3%) ответили отрицательно. Не отличаются и ответы, полученные на вопрос «Слышали ли Вы от своих коллег об их потребности обращения к психологу?», на который отрицательно ответили (96,6%) также большинство респондентов.

Для оценки востребованности психологической помощи участникам анкетирования был задан вопрос: «С какими проблемами Вы бы обратились к психологу?», на который предлагалось отметить все возможные варианты. Анализируя ответы респондентов, можно выделить предполагаемые причины обращения к психологу.

Большинство респондентов (56,9%) допускают возможность посещения психолога в случае «преобладания негативных эмоциональных состояний (усталость, напряжение, апатия и т.д.)». Данный факт скорее будет говорить о том, что психологическая помощь сотрудникам полиции должна отличаться от уровня профессиональной помощи, оказываемой клиентам психологических служб, и должна носить скорее характер снятия психологической нагрузки, уменьшения степени влияния стрессогенных факторов. Особенно если учитывать что деятельность сотрудника полиции носит выраженный экстремальный характер.

Каждый третий участник анкетирования (36,2%) допустил возможность посещения психолога в «ситуации жизненных потрясений: смерть близкого, развод, заболевание и другие». Данные ответы отражают, что в

ситуации явного кризиса, обучающиеся готовы к обращению за профессиональной психологической помощью. Возможно, это связано с тем, что на уровне обыденного сознания, такие ситуации репрезентируются как ситуации, где помощь психолога приветствуется.

Участники анкетирования указали, что высокая вероятность их обращения к психологу, может быть связана со следующими обстоятельствами: «трудности самоконтроля и самопонимания» (17,2%), «конфликты с руководителем (командиром)» (13,8%), «конфликты в семье» (13,8%), «плохое самочувствие, ухудшение здоровья» (12%), «отсутствие близких отношений, одиночество» (12%), «трудности выполнения служебных/учебных заданий» (10,3%), «сложности общения в коллективе» (10,3%), «конфликты с коллегами» (10,3%). Ни один из респондентов не выразил готовность обсудить с психологом «конфликты с друзьями». Представленные результаты подчеркивают, что сфера личной жизни, личных трудностей рассматривается будущими сотрудниками полиции как сфера личной ответственности и невмешательства третьих лиц.

На вопрос «Был ли у вас опыт обращения к психологу по личной инициативе?» положительно отвечает 6,9% респондентов. Из числа утвердительно ответивших на этот вопрос больше половины (66,6%) обращались к ведомственному психологу системы ОВД, и 33,3% обращалось к психологу, занимающемуся частной практикой.

Субъективная оценка результативности обращения к психологу различалась: 33,3% респондентов из числа имевших опыт посещения психолога по личной инициативе отмечают, что в трудной ситуации «обращусь еще и посоветую друзьям, знакомым», 33,3% отмечают, что «скорее обратятся, чем нет», 33,3% респондентов скорее «не обратятся, чем обратятся».

Отвечая на вопрос: «Если бы был перед вами стоял выбор психолога, Вы бы предпочли обратиться к ...», чуть меньше половины респондентов (43,1%) предпочли бы обратиться за помощью к психологу, занимающемуся частной практикой, 31% указали, что обратились бы к ведомственному психологу системы ОВД, 25,9% искали бы помощь у психолога социальной службы за пределами системы ОВД.

На основе анализа ответов на вопрос «Укажите причины, которые не позволяют вам обратиться за помощью к психологу» мы можем утверждать, что основным фактором, ограничивающим обращение к профессиональной психологической помощи, является проблема конфиденциальности информации. Чуть больше половины респондентов (53,5%) ответили, что для них характерно «переживаю, что информации о моих проблемах будет передана третьим лицам», и половина участников (50%) указало на тревожащую их «необходимость называть свое персональные данные (ФИО, место работы)». Также частыми являются сомнения в профессиональной компетентности психолога, так ответ «получу некачественную

услугу (не сможет решить мои проблемы)» выбрало 48,3% респондентов, и ответ «не поймет мои проблемы» – 43,1% участников исследования. В качестве еще одного из затруднений, мешающих обращаться за помощью к психологу, можно рассматривать такие как «посчитает меня слабым(ой)» (48,3%), «оценит меня как неуспешного» (43,1%), «не понимаю принципов и способов работы психолога» (41,4%). Часть участников (22,2%) указали на то, что ни когда не обратятся к психологу. Такой категоричный отказ от профессиональной психологической помощи может говорить о преобладании механизмов психологической защиты, таких как: отрицание, вытеснение, регрессия. Данные механизмы часто приводят к необъективному восприятию реальности и закрепляют непродуктивные копинг-стратегии, усугубляя эмоционально-неблагополучные состояния (Трофимова, 2016).

Анализируя ответы можно отметить, что функцию психологической поддержки обеспечивают межличностные связи обучающихся. Так ответы на вопрос «С кем Вы, кроме психолога, предпочитаете решать свои психологические проблемы?» распределились следующим образом «с родителями» (77,6%), «с друзьями» (72,4%), «близкие родственники» (34,5%), «коллеги, сослуживцы» (12%), «руководители» (8,6%), «случайные знакомые (например, попутчик)» (3,5%), «педагоги (преподаватели)» (1,7%).

Проведенное исследование обнажает необходимость глубокого анализа потребности в профессиональной психологической помощи у сотрудников полиции, а также поиск форм и методов оказания им психологической помощи в соответствии с возникающими запросами.

### Список литературы

1. Доминяк В.И., Колчанова Л.А. Психологическая помощь: потребности человека, организации, общества // Вестник Балтийской педагогической академии. 2002. Вып. 43. С. 137-143.
2. Петухов Е.В. Правовые и организационные основы психологической помощи сотрудникам органов внутренних дел. М., 2001.
3. Нефедова Д.И., Краснорядцева О.М. Психологическое сопровождение становления профессиональной идентичности сотрудников полиции на начальном этапе службы // Сибирский психологический журнал. 2017. № 63. С. 6-18.
4. Рыбин Д.Н. Использование психолого-педагогического потенциала идей А.С. Макаренко в воспитательной работе с личным составом ОВД // Актуальные проблемы борьбы с преступлениями и иными правонарушениями. 2014. № 12-2. С. 132-134.
5. Солодников В.В., Сорокина И.В. Трудовые жизненные ситуации сотрудников ОВД и психологическая помощь // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2001. № 2 (16). С. 71-75.
6. Трофимова Ю.В. Копинг-стратегии курсантов вуза МВД России // Педагогика и медицина в служении человеку: материалы III-й Всерос. науч.-практ. конф. Красноярск, 2016. С. 263-268.
7. Човдырова Г.С. Стрессовые расстройства у сотрудников органов внутренних дел и военнослужащих внутренних войск и пути их профилактики. Домодедово, 2004. 67 с.

# ОСОЗНАННОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАЗУМНОСТЬ КАК КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСПЕШНОСТИ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

М.С. Севостьянова

*Федеральный Сибирский научно-клинический центр  
Федерального медико-биологического агентства, г. Красноярск, Россия*

И.О. Логинова

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлен анализ изменений показателей осознанности и психологической разумности спортсменов высокой квалификации – членов спортивных сборных команд России до и после прохождения программы психолого-педагогического обеспечения профессиональной успешности. Достоверно обнаруженная и статистически подтвержденная положительная динамика без исключения всех индикаторов психологической разумности (заинтересованность в сфере переживаний, доступность переживаний, польза от обсуждения переживаний, желание и готовность обсуждать переживания, открытость новому опыту) и факторов осознанности (навык описания опыта, умение действовать с осознанностью, безоценочное отношение к своему внутреннему опыту, навык наблюдения и нереагирующего отношения к своему опыту) позволяет рассматривать осознанность и психологическую разумность в качестве дополнительных специфических критериев эффективности ранее апробированной психолого-педагогической программы, иллюстрируя тем самым возможность опосредованного психотерапевтического воздействия на данные психологические характеристики у спортсменов, что расценивается нами как дополнительный положительный эффект от прохождения данной программы.

**Ключевые слова:** спорт высших достижений, профессиональная успешность, психолого-педагогическая программа, критерии эффективности, осознанность, психологическая разумность.

**Актуальность исследования.** В настоящее время, согласно Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года (утверждена Распоряжением Правительства РФ от 07.08.2009 N 1101-р), перед сферой физической культуры и спорта Рос-

сии стоит ряд глобальных вызовов и задач, эффективное решение которых в максимально сжатые сроки требует качественно нового подхода. Среди ключевых проблем отмечается усиление глобальной конкуренции в спорте высших достижений на мировом уровне, которая в перспективе будет только нарастать, отставание России от ведущих спортивных держав в развитии и внедрении инновационных спортивных технологий, низкая конкурентоспособность российского спорта в целом. Все это указывает на острую необходимость разработки качественно новых подходов к психологическому сопровождению процесса спортивной подготовки, создания и апробации практико-ориентированных программ психолого-педагогического обеспечения профессиональной успешности спортсменов спортивных сборных команд России.

**Постановка проблемы.** Настоящее исследование представляет собой часть масштабной научно-практической работы, направленной на решение одной из центральных проблем спортивной науки (в частности, спорта высших достижений), а именно – повышения профессионального долголетия спортсменов высокой квалификации. В ходе уже проделанной работы была сформулирована авторская модель профессиональной успешности в спорте высших достижений с позиций здоровьесберегающего подхода, разработана факторная модель устойчивости жизненного мира профессионально-успешных спортсменов (мужчин) – членов спортивных сборных команд России, успешно апробирована программа психолого-педагогического обеспечения профессиональной успешности спортсменов высокой квалификации (Логинава, Севостьянова, 2018). Настоящее исследование раскрывает, в первую очередь, возможность опосредованного психотерапевтического воздействия на такие психологические характеристики как осознанность и психологическая разумность у спортсменов, как дополнительный эффект от прохождения данной программы.

Отметим, что в поисках теоретических оснований для разработки программы психолого-педагогического обеспечения профессиональной успешности мы обратились к ряду научных исследований. В частности, к разрабатываемому Г.Д. Горбуновым на протяжении более чем 40 лет понятию «психопедагогика спорта». По мнению Г.Д. Горбунова, «критерий деятельности практического психолога спорта только один – быть полезным спортсмену и тренеру, своим непосредственным участием способствовать росту спортивных результатов и совершенствованию личности спортсмена» (Горбунов, 2014). Практическую психологию спорта автор называет спортивно-педагогической психологией или спортивно-психологической педагогикой, но более точным, по сути, и восприятию определением считает термин «психопедагогика спорта». Психопедагогика спорта раскрывает процесс психологического обеспечения подготовки спортсменов.

Исследования О.В. Тиуновой (2017) раскрывают актуальное содержание психолого-педагогического обеспечения спортивной подготовки по мнению самих спортсменов сборных команд России, что «представляет особый интерес, так как является своеобразным ориентиром и для планирования психологической подготовки и спортивного резерва» (Тиунова, 2017). Согласно им, психолого-педагогическая работа ведется спортивным психологом и осуществляется в самых разнообразных формах и направлениях, самыми востребованными из которых для спортсменов стали проведение психодиагностики и подготовка объективной информации об особенностях личности и внутренних «ресурсах» спортсмена, обучение психотехническим приемам и разработка индивидуальных программ психологической подготовки к ответственным соревнованиям.

Содержание психолого-педагогического обеспечения подготовки спортсменов включает ряд таких задач, как формирование когнитивного ресурса для успешного выступления на соревнованиях, обучение навыкам психорегуляции, анализ результатов соревновательной деятельности и т.д., что также реализуется спортивным психологом (Бабушкина, Соколова, Шумилина, 2008).

Согласно модели психокоррекционных мероприятий, направленных на повышение психологической готовности спортсменов-олимпийцев, предложенной Г.Г. Уляевой, Б.Б. Раднагуруевым и Л.Г. Уляевой (2015), «к эффективности психологической подготовки может привести только объединение отдельных психологических мероприятий в единую систему» (Уляева, 2015), предполагающее реализацию на диагностическом, плано-прогностическом, коррекционном, рефлексивно-оценочном уровнях. Также авторами подчеркивается целесообразность использования самоотчетов спортсменов для оценки эффективности использования различных психокоррекционных мероприятий.

Учитывая, в том числе, вышеизложенные основания, а также опираясь на результаты ранее проведенных нами эмпирических исследований, цель психолого-педагогической программы была сформулирована как повышение профессиональной успешности спортсменов мужского пола – членов сборных команд России.

Ключевая задача программы была обозначена как создание психолого-педагогических условий для укрепления психологического здоровья и повышения спортивной результативности спортсменов.

Центральный механизм реализации поставленной задачи заключался в повышении степени устойчивости жизненного мира и, соответственно, в наращивании признаков конструктивного характера ее проявления конгруэнтно представлениям самих спортсменов высокой квалификации о профессиональной успешности в спорте высших достижений.

Целевая аудитория программы – спортсмены - мужчины в возрасте от 18 до 30 лет, являющиеся членами национальных сборных команд России и де-

монстрирующие недостаточную профессиональную успешность, а именно – объективную нестабильность или снижение спортивного результата и/или выраженные дисфункциональные и дезадаптационные расстройства и состояния, указывающие на снижение психической адаптации и психологическое нездоровье, а также отличающиеся низкой устойчивостью жизненного мира, стагнационным или неконструктивным характером ее проявления.

Для оценки эффективности программы были разработаны основные и вспомогательные критерии:

1. *Основные* (оцениваются у экспериментальной и контрольной групп с разницей в 12 месяцев) – объективные изменения:

- показателей психической адаптации по результатам медико-психодиагностического обследования;
- динамики соревновательной успешности;
- степени выраженности устойчивости жизненного мира;
- характера проявления устойчивости жизненного мира.

2. *Вспомогательные* (выделены на основании факторной модели УЖМ профессионально успешных спортсменов – мужчин и оцениваются только у экспериментальной группы «до» и «после» программы) – психологические характеристики по результатам дополнительной психодиагностики с применением Шкалы «Психологической разумности» Х.Р. Конте с соавторами (Psychological mindedness, Hope R. Conte, R. Ratto, T. V. Karasu, 1990) (адаптация М.С. Новикова и Т.В. Корнилова, 2013) и Пятифакторного опросника осознанности (Five Facet Mindfulness Questionnaire, Baer R. A., Smith G. T., Lykins E., 2008):

А) Индикаторы «психологической разумности»:

- заинтересованность в сфере переживаний,
- доступность переживаний,
- польза от обсуждения переживаний,
- желание и готовность обсуждать переживания,
- открытость новому опыту.

Б) Факторы осознанности:

- навык описания опыта,
- умение действовать с осознанностью,
- безоценочное отношение к своему внутреннему опыту,
- навык наблюдения,
- нереагирующее отношение к своему опыту.

В) Самоотчеты спортсменов (дневники самонаблюдения, психологические дневники тренировок, протоколы прохождения психофизиологического тренинга и т.д.)

Выбор факторов осознанности и психологической разумности в качестве вспомогательных критериев для оценки эффективности программы основывался как на психологической сути самих феноменов, так и на их смысловом соответствии компонентам факторной модели устойчивости жизненного мира профессионально успешных спортсменов мужчин. А также был обусловлен центральной идеей рассмотрения человека как инициатора собственного жизнеосуществления, что предполагает анализ возможных психологических механизмов, благодаря которым появляются психологические новообразования и изменяется режим функционирования личностной системы в целом. Как подчеркивают Н.М. Юмартова и Н.В. Гришина (2016), осознанность может выступать в качестве характеристики организации психической деятельности в контексте темы «авторства самого субъекта в его собственном развитии, «авторства психической активности»» (Юмартова, Гришина, 2016). По словам М. Уильямса и Д. Пенмана (2016), «осознанность – это совершенно иной способ взаимодействия с миром». Данный способ предполагает развитие непосредственного интуитивного восприятия и осознанного принятия ситуации, что «во-все не означает покорности судьбе – это лишь признание того, что мы получаем некий опыт здесь и сейчас, но вместо того, чтобы дать завладеть ему нашей жизнью, осознанность помогает наблюдать за ним» (Уильямс, 2017).

Феномен психологической разумности, в свою очередь, отражает степень доступности человеку его внутреннего мира (опыта и субъективных переживаний), заинтересованности и включенности в сферу собственных мыслей и чувств, вовлеченности в процесс построения образа «Я». Именно благодаря психологической разумности человек способен к самоанализу и самопониманию, проявляет интенциональность к аффективной и интеллектуальной сферам собственной жизни, идет на «риск познания себя» без чего невозможен процесс становления самосознания. По мнению ряда авторов, именно психологическая разумность обеспечивает толерантность к неопределенности, высокую способность «к интеграции опыта, ведущей к инсайтам, которые, в свою очередь, рассматриваются как необходимые для позитивных изменений» [6, с. 65].

**Материалы и методы.** Апробация программы психолого-педагогического обеспечения профессиональной успешности спортсменов проводилась в период с 2016-2018 гг. на базе Центра современных психологических технологий ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России г. Красноярск в рамках оказания гарантированной амбулаторной помощи спортсменам национальных сборных команд России. В работе было использовано оборудование Лаборатории психологического анализа и тестирования, в том числе комплекс функционального биоуправления

с биологической обратной связью «Реакор», а также интерактивная система виртуальной реальности NIRVANA. Основные результаты апробации программы представлены в наших ранних работах (Севостьянова, Логинова, 2018).

В экспериментальную группу вошли 32 спортсмена с недостаточной профессиональной успешностью. Критериями включения в экспериментальную группу стали:

1. Возраст от 18 до 30 лет
2. Группа психической адаптации ША, ША,Б, ШБ, П (при условии наличия факторов риска развития невротической симптоматики и/или предельно-допустимого функционального состояния ВНС)
3. Снижение или нестабильность демонстрируемых спортивных результатов
4. Низкие показатели устойчивости жизненного мира (ниже 59 баллов), стагнационный или неконструктивный характер ее проявления
5. Согласие и внутренняя мотивация участия в программе
6. Территориальная возможность посещения занятий (жители г. Красноярска)

Контрольную группу составили 26 спортсменов с аналогичными (п. 1-4) характеристиками, однако, не пожелавшие (3 человека) или не имеющие технической возможности (иногородние 23 человека) посещать занятия. Принципиальными критериями исключения стали возраст спортсмена младше 18 и старше 30 лет, а также наличие высоких значений показателя устойчивости жизненного мира.

Для более развернутой оценки эффективности программы с представителями экспериментальной группы также была проведена психологическая диагностика (до и после проведения программы) с применением методик Шкалы «Психологической разумности» Х.Р. Конте с соавторами (Psychological mindedness, Hope R. Conte, R. Ratto, T. V. Karasu, 1990) (адаптация М.С. Новикова и Т.В. Корнилова, 2013) и Пятифакторного опросника осознанности (Five Facet Mindfulness Questionnaire, Baer R. A., Smith G. T., Lykins E., 2008), результаты которой приведены в таблице 1.

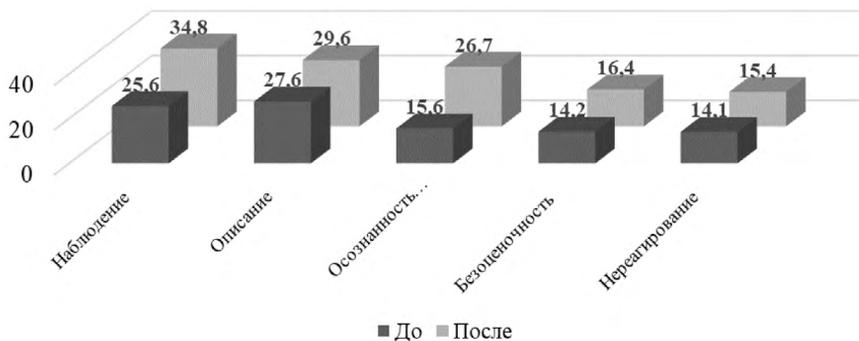
Из таблицы 1 видно, что на момент начала программы у спортсменов больше всего (на фоне остальных факторов) развиты навыки наблюдения (как проявление внимание к собственным телесным ощущениям, чувствам и мыслям) и описания (способность к вербализации своих переживаний), а также открытость изменениям. Меньше всего – готовность обсуждать собственные переживания с окружающими людьми, что, вероятно также связано с непониманием возможной пользы от подобного обсуждения.

**Динамика факторов осознанности и психологической разумности  
до и после программы психолого-педагогического обеспечения  
профессиональной успешности**

Изучаемый параметр	Среднее значение показателя			Тэмп		Статистически достоверные различия		
	до	после						
Факторы осознанности			max значение по шкалам – 40 баллов		Ткритич [0,01; 0,05] при n=32 [140; 175]	значимые		
Наблюдение	25,6±8,0	34,8±7,5					5,5	значимые
Описание	27,6±7,4	29,6±7,3					83	значимые
Осознанность действий	15,6±7,0	26,7±7,5					1,5	значимые
Безоценочность	14,2±4,5	16,4±4,5					31,5	значимые
Нереагирование	14,1±5,0	15,4±4,9					56	значимые
Факторы психологической разумности								
Польза от обсуждения собственных проблем с другими	6,7±3,3	10,0±3,4	max значение по шкалам – 18 баллов	2	Ткритич [0,01; 0,05] при n=32 [140; 175]	значимые		
Субъективная доступность сферы переживаний для понимания и анализа	9,2±3,0	14,4±2,7		1,5			значимые	
Желание и готовность обсуждать свои проблемы с окружающими	4,5±2,4	5,6±2,4		81			значимые	
Открытость изменениям даже если они сопряжены с риском	11,7±3,1	13,8±2,7		30			значимые	
Заинтересованность в сфере субъективных переживаний	9,4±3,2	12,4±2,7		max значение по шкале – 21 балл			6,5	значимые

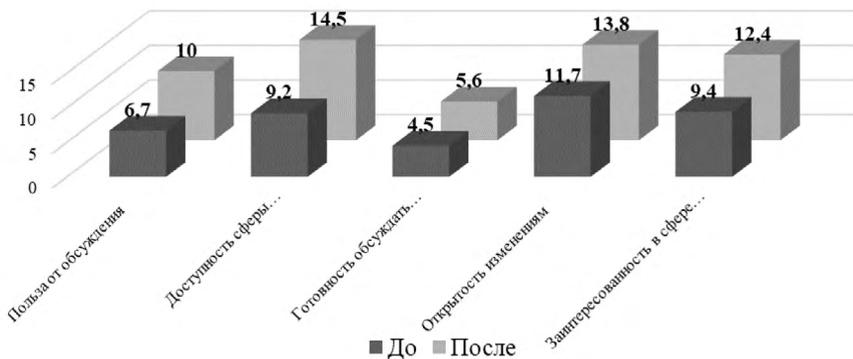
Отметим, что, учитывая поставленную цель и беря во внимание объективные организационные трудности (насыщенный график спортсменов и т.д.), программа реализовывалась в индивидуальном формате для каждого спортсмена, минимальный срок реализации составил 9 месяцев, максимальный – 16, следовательно, рекомендованный оптимальный период расценивается в 12 месяцев. За это время каждый участник проходит в среднем 28 индивидуальных психологических консультаций (39 часов (2340 минут) консультирования) и 4 часа (240 минут) психофизиологического тренинга с биологической обратной связью.

Статистический анализ различий по факторам осознанности и психологической разумности показал, что по окончании программы у представителей экспериментальной группы также достоверно возросли средние значения показателей по всем без исключения шкалам (таблица 1). Так, особенно существенно возросла осознанность поведения, отмечалось значительное снижение машинальных, автоматических действий. Значительно укрепился навык наблюдения за своим внутренним состоянием и вербального описания опыта, возросла степень безоценочности по отношению к собственному опыту и нереагирования на внутренние побуждения и импульсы (рис. 1).



**Рисунок 1.** Динамика изменений показателей по факторам осознанности в экспериментальной и контрольной группах до и после программы

В результате прохождения программы у спортсменов также достоверно возросла заинтересованность в собственных мыслях и чувствах, потребность в самонаблюдении, самопонимании, а главное - субъективная доступность сферы внутренних переживаний для самоанализа и рефлексии на фоне желания и потребности обсуждать свои переживания с другими людьми, вынося из этого пользу. Все это косвенно указывает, в том числе, на рост самоуважения и самопринятия, повышение толерантности к неопределенности (рис. 2).



**Рисунок 2.** Динамика изменений показателей по факторам психологической разумности в экспериментальной и контрольной подгруппах до и после программы

Положительная динамика самочувствия, настроения, а также появление качественно новых психологических образований отмечалось на субъективном уровне и самими участниками программы, что было зафиксировано в письменных самоотчетах спортсменов: «постепенно начинаю понимать, что стал более спокойным и как-то по-другому реагировать на раздражители, появляется какая-то сила и уверенность, при этом чувствую себя бодрым и замотивированным» (из дневника спортсмена К., 24 года, мсмк по подводному спорту); «стал больше обращать внимания на ощущения в собственном теле, стал более наблюдательным, сдержанным, меньше паникую» (из дневника спортсмена Н., 27 лет, мс по вольной борьбе); «начал по-другому относиться к ошибкам, отпустил контроль над ситуацией, зато стал лучше понимать себя, хоть и бывает, что не доволен собой, но знаю – безвыходных ситуаций не бывает» (из дневника спортсмена А., мс по горным лыжам).

**Выводы.** Статистически подтвержденная положительная динамика без исключения всех показателей психологической разумности и факторов осознанности позволяет, с одной стороны, сделать вывод об обоснованности выбора данных психологических характеристик в качестве вспомогательных критериев оценки эффективности апробируемой программы психолого-педагогического обеспечения профессиональной успешности спортсменов спортивных сборных команд России, с другой – подтверждает предположение о возможности опосредованного психотерапевтического воздействия на данные психологические характеристики у спортсменов, что, на наш взгляд, является дополнительным положительным эффектом прохождения данной программы.

## Список литературы

1. Бабушкин Г.Д., Соколова А.Н., Шумилин А.П. Содержание психолого-педагогического обеспечения подготовки юных дзюдоистов к соревнованиям // Омский научный вестник. 2008. № 1(63). С. 130-133.
2. Горбунов Г.Д. Психопедагогика спорта : учеб. пособие. 5-е изд., испр. и доп. М. : Советский спорт, 2014. 328 с.
3. Логинова И.О., Севостьянова М.С. К вопросу психолого-педагогического обеспечения профессиональной успешности спортсменов национальных сборных команд России // Психология обучения. 2018. № 7. С. 85-96.
4. Логинова И.О., Севостьянова М.С. Особенности устойчивости жизненного мира спортсменов сборных команд России с различными сочетаниями показателей спортивной результативности и психической адаптации // Спортивный психолог. 2017. № 3 (46). С. 9-14.
5. Логинова И.О., Севостьянова М.С. Здоровьесбережение как индикатор эффективной профессионализации спортсменов национальных сборных команд России // Комплексные исследования человека: Психология : материалы VII Сиб. психол. форума. Ч. 2. Здоровье человека на пути к постинформационному обществу / под ред. О.М. Краснорядцевой. Томск: Томский государственный университет, 2017. С. 89-93.
6. Новикова М.А., Корнилова Т.В. Психологическая разумность в структуре интеллектуально-личностного потенциала (адаптация опросника) // Психологический журнал. 2013. Т. 34, № 6. С. 63-78.
7. Севостьянова М.С., Логинова И.О. Опыт реализации программы психологического обеспечения профессиональной успешности спортсменов спортивных сборных команд России // Сетевой электронный научно-образовательный журнал «Современные вопросы биомедицины» («Modern issues of biomedicine»). 2018. № 3. URL : <http://svbskfmba.ru/arkhiv-nomerov/14-2018-3/103-sevostyanova> (дата обращения: 23.10.2018).
8. Севостьянова М.С., Логинова И.О. Факторная модель устойчивости жизненного мира профессионально успешных спортсменов национальных сборных команд России // Физическая культура, спорт – наука и практика. 2018. № 2. С. 117-121.
9. Севостьянова М.С., Логинова И.О. «Профессиональная успешность в спорте высших достижений»: исследование смыслового контекста понятия методом контент-анализа // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы IV-й Междунар. научн.-практ. конф. (г. Красноярск, 23-24 ноября 2017 г.) / гл. ред. И.О. Логинова. Красноярск : КрасГМУ, 2017. С. 211-218.
10. Тиунова О.В. Актуальное содержание психолого-педагогического обеспечения спортивной подготовки по данным анкетирования сборных команд страны // Спортивный психолог. 2017. № 3(46). С. 68-70.
11. Уильямс М. Осознанность: как обрести гармонию в нашем безумном мире : пер. с англ. Ю. Цыбышевой ; научн. ред. Н. Никольская. 4-е изд. М. : Манн, Иванов и Фербер, 2017. 288 с.
12. Уляева Г.Г., Раднагуруев Б.Б., Уляева Л.Г. Модель психокоррекционных мероприятий, направленных на повышение психологической готовности спортсменов // Материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием по психологии спорта и физической культуры «Рудиковские чтения – 2015» / под ред. Ю.В. Байковского. М.: ФГБОУ ВПО «РГУФКСМиТ», 2015. С. 250-255.
13. Юмартова Н.М., Гришина Н.В. Осознанность (Mindfulness): психологические характеристики и адаптация инструментов измерения // Психологический журнал. 2016. Т. 37, № 4. С. 105-115.

14. Sevostyanova M. Studying of professional success of russian national teams athletes belonging to different groups of mental health and psychological adaptation // III International Scientific and Practical Conference "Psychological Health of the Person: Life Resource and Life Potential. Krasnoyarsk : Verso, 2016. P. 185-194.

УДК 159.9.07

## **ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ**

**О.П. Стерлигова, М.В. Сокольская**

*Российский университет транспорта (МИИТ), г. Москва, Россия*

**Аннотация.** Современная система высшего образования развивается и функционирует в новых политических и социально-экономических условиях, которые определяют не только пути и направления ее развития, но и связанные с этим проблемы. Отчетливо видны противоречия в образовательном процессетехнического вуза между возрастающими требованиями к профессиональной подготовленности выпускников и реальным уровнем их готовности к профессиональной деятельности. Совершенствование подготовки студентов в условиях современного образования обусловлено многими факторами, среди которых важным является мотивация учебной деятельности студентовтехнического вуза. Успешное решение данного вопроса тесно связано с укреплением и охраной здоровья, повышением работоспособности студенческой молодежи. При подготовке специалистов высокой квалификации необходимо, наряду с профессиональным уровнем, уделять внимание и состоянию здоровья учащейся молодежи. Это является основой качества и творческого долголетия научных кадров. Основная задача организаторов в подготовке молодых специалистов – направить усилия на разработку комплекса научно обоснованных рекомендаций по сохранению и укреплению здоровья студентов, а также осуществлять рациональную организацию их труда и активного отдыха. Цель данного исследования - выявление особенностей мотивации учебно-профессиональной деятельности студентов 1-го и 3-го курсов и динамики ее изменения в конце обучения (на 3-4 курсах бакалавриата). В ходе эмпирического исследования изучалась специфика мотивации учебно-профессиональной деятельности студентов при поступлении в вуз и его окончании. Исследовалась самооценка мотивов учебной и профессиональной деятельности у студентов гуманитарных, технических и управленческих направлений транспортного вуза. Особое

внимание в исследовании было направлено на развитие мотивации учебно-профессиональной деятельности студентов на всем этапе профессионального обучения. Рассматривались факторы формирования положительной мотивации обучающихся к учебной деятельности с точки зрения здоровьесбережения. Результаты исследования показали, что основной особенностью мотивации учебно-профессиональной деятельности у студентов технического ВУЗа является высокий уровень познавательной мотивации и включенность в учебную деятельность.

**Ключевые слова:** обучение, мотивация, мотивы, учебно-профессиональная деятельность, здоровьесберегающие технологии, студенты, мотивационная сфера личности, образ жизни, личность профессионала, динамика мотивации, профессиональная направленность.

**Актуальность.** Проблема мотивации учебной деятельности относится к числу базовых проблем психологии обучения. Такой ее статус объясняется, с одной стороны, тем, что главной психологической характеристикой любой деятельности, в том числе и обучения, является ее мотивация. С другой стороны, управление мотивацией учения позволяет управлять и учебным процессом, что представляется весьма важным для достижения его успешности. Учебно-профессиональная деятельность – это особая форма учебной деятельности, результатом которой является формирование профессиональных компетенций, профессиональных способностей, а также развитие качеств личности профессионала. Учебно-профессиональная деятельность студентов полимотивирована. В настоящее время внимание к проблеме мотивации учебной и профессиональной деятельности вызвано не только актуальной необходимостью адаптации к современным социально-экономическим условиям, но и естественной для молодых людей потребностью найти свое место в жизни. Для молодых людей, поступивших в высшее профессиональное учебное заведение, проблема выбора профессии окончательно не решена. Часть из них разочаровывается в правильности своего выбора уже на первом году обучения, другие – в начале самостоятельной профессиональной деятельности, третьи – после 3-5 лет работы по профессии. Исследования профессиональной мотивации студентов педагогических вузов показали, что на 1-м курсе у студентов наблюдается наличие действительной профессиональной направленности, а на этапе 3-го курса увеличивается число тех, кто указывает на случайность выбора профессии учителя и связывает ее получение лишь с возможностью социального достижения (Белова, 2013).

Основная задача организаторов в подготовке молодых специалистов – направить усилия на разработку комплекса научно обоснованных рекомендаций по сохранению и укреплению здоровья студентов, а также осуществлять рациональную организацию их труда и активного отдыха.

Проблема укрепления здоровья и снижения заболеваемости студентов вузов требует пропаганды здорового образа жизни, усиления борьбы с вредными привычками, улучшения оздоровительной и спортивной работы [6, 7]. Здоровый образ жизни объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях и выражает ориентированность личности в направлении формирования, сохранения как индивидуального, так и общественного здоровья.

Теоретическую и практическую значимость представляет сегодня и рассмотрение учебно-профессиональной мотивации студентов именно транспортного ВУЗа. Проводимое реформирование на железной дороге, связанное с существенным улучшением качества услуг пассажирских перевозок и деятельности железнодорожного транспорта, выдвигает на первое место задачу кадрового обеспечения железнодорожной реформы. Интерес к данной проблеме обуславливается тем, что успешность труда на железной дороге зависит от профессиональной деятельности, которая предъявляет повышенные требования к личности и к профессионально важным качествам специалиста [8]. Актуальность и недостаточная степень изученности проблемы профессионального самоопределения студентов железнодорожного ВУЗа определили выбор темы исследования.

Постановка проблемы. Основные проблемы которыми занимаются психологи изучающие мотивацию в целом и мотивацию учебной деятельности в частности, следующие: разработка понятийного аппарата, относящегося к мотивам и мотивации, определение структурных компонентов мотивации (Б.И. Додонов, Е.П. Ильин, А.Н. Леонтьев, В.Н. Мясищев, С.Л. Рубинштейн, П.В. Симонов, Д.Н. Узнадзе); изучение психологических механизмов мотивации (В.К. Вилюнас, И.Р. Алтунина); исследование мотивации поведения и формирования мотивационной сферы личности (В.Г. Асеев, Л.И. Божович, П.М. Якобсон); формирование и развитие мотивации различных видов деятельности (Л.И. Божович, Р.А. Жданова, Е.П. Ильин, А.К. Маркова, Т.А. Матис, Г.И. Щукина). Исследованию проблемы мотивации учебной деятельности посвящены работы многих психологов и педагогов: А.А. Вербицкого, В.К. Вилюнаса, А.И. Гебос, О.С. Гребенюк, Е.П. Ильина, Т.И. Ильиной А.Н. Леонтьева, Т.И. Лях, А.К. Марковой, Е.Ю. Патяевой, А.А. Реана, П.М. Якобсона, В.А. Якунина и других. Ильин Е.П. рассматривал мотивацию как динамический процесс формирования мотива а мотив как сложное интегральное (системное) психологическое образование, побуждающее к сознательным действиям и поступкам и служащее для них обоснованием.

**Материалы и методы.** Для решения поставленных задач, выявления особенностей и динамики учебно-познавательной деятельности студентов были использованы следующие методики: 1) Профессионально-личностный опросник для студентов (автор Петров В.П.); 2) «Якоря

карьеры» – методика диагностики ценностных ориентаций в карьере (Э. Шейн, перевод и адаптация В.А. Чикер, В.Э. Винокурова); 3) Методика самооценки мотивов профессиональной деятельности, разработанная для студентов А.А. Вербицким; 4) Методика самооценки мотивов учебной деятельности, разработанная для студентов А.А. Вербицким; 5) Опросник, выявляющий особенности профессионального самоопределения студентов, разработанный О.В. Беловой. Проводился также сбор информации по результатам ЕГЭ у студентов при поступлении на выбранное направление. Методы математической статистики (для выявления связей использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена, корреляционный и факторный анализ, с использованием пакетов PASW Statistics 18.0. и «SPSS 09.0»).

Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Российский университет транспорта (МИИТ)» (РУТ (МИИТ)). В исследовании принимали участие студенты Гуманитарного института и института Прикладных технологий РУТ (МИИТ): 270 студентов первого, третьего и четвертого курсов в возрасте от 17 до 21 лет.

Материалы данного исследования могут быть востребованы в практике психологического консультирования по проблемам профессионального самоопределения в юношеском возрасте, в кадровых службах транспортных структур, в работе психологической службы транспортных вузов соответствующего профиля.

**Результаты и их обсуждение.** Для исследования мотивации учебно-профессиональной деятельности студентов разных направлений в период всего процесса обучения был использован метод факторного анализа. Для обоснования полученных данных по методике «Профессионально-личностный опросник» и методике «Якоря карьеры» был проведен факторный анализ. Он позволил рассмотреть специфику становления и развития мотивации учебно-профессиональной деятельности с системных позиций и продемонстрировать взаимосвязи непосредственно измеряемых показателей и перейти к комплексным факторам, за которыми стоят комбинации исходных признаков, выделяемых на основе их внутренних закономерностей и отражающих детерминант профессионального самоопределения.

Мы использовали метод главных компонент, вращение факторов производилось методом Varimax с нормализацией по Кайзеру. Вращение позволяет сделать матрицу факторных нагрузок более «контрастной». Коэффициенты факторных баллов были вычислены методом регрессии. Статистическая обработка производилась с помощью программы STATISICA 10. В качестве значимых рассматривались нагрузки заданий, по абсолютной величине равные и превосходящие 0,50. Данная граница была принята по следующим соображениям: поскольку нагрузка представляет собой коэффициент корреляции задания и фактора, при данном

его объеме такая величина является значимой и достаточно значительной, так как помогает объяснить существующие связи между переменными. В результате факторного анализа профессионально-личностного самоопределения студентов разных специальностей выделены два фактора. В первый фактор с наибольшими весами вошли такие показатели как самостоятельность, уверенность в себе, способность к целеполаганию, стремление к саморазвитию, профессиональная карьера. Студенты гуманитарных, технических и управленческих направлений верят в лучшее будущее, склонны видеть тенденцию к улучшению во всем, так же и в учебной деятельности. Стремление к саморазвитию побуждает студентов работать и развиваться. *Динамика этого фактора позволяет проанализировать личностное развитие студентов от первого к четвертому курсу.* В первый фактор вошел такой показатель, как профессиональная карьера. Это свидетельствует о том, что для студентов гуманитарных, технических и управленческих направлений с первого по четвертый курсы важен поиск направления профессионального развития.

Второй фактор включает знание себя, четкость целей и ценностей, компетентность во времени, устойчивость профессиональной мотивации. Данные показатели представляют собой ценностные составляющие профессионально-личностного самоопределения студентов и характеризуют динамику становления этой характеристики у студентов 1-го, 3-го и 4-ого курсов.

Для анализа полученных факторов по группам, в зависимости от специализации и года обучения, для каждого студента из набора первичных переменных (данных использованных методик) вычислялись факторные баллы, которые затем сравнивались согласно перечисленным критериям группировки (специализация и год обучения).

Результаты исследований показали, что на первом курсе значения его малы у студентов гуманитарных, технических и управленческих направлений. Это можно объяснить тем, что студенты первого курса попадают в новые условия деятельности. Качества личности как самостоятельность, уверенность в себе, способность к целеполаганию, стремление к саморазвитию выражены, но необходимы условия для их формирования.

По 2-му фактору данных показано, что на первом курсе такие качества личности как знание себя, четкость целей и ценностей, компетентность во времени, устойчивость профессиональной мотивации значения малы. Необходимо отметить, что на третьем курсе данные качества личности существенно увеличиваются у испытуемых технических направлений. На четвертом курсе существенно возрастают выделенные качества личности у студентов всех направлений, но меньшую динамику обнаруживают студенты гуманитарных направлений. Это свидетельствует о более четком представлении себя и перспективы профессиональной мотивации, четкость целей и ценностей на более старших курсах. Как

показали результаты исследования, особенно это выражено у студентов технических направлений и управленцев.

Для достижения цели исследования важно выявить и проанализировать взаимосвязь личностных характеристик студентов с результатами ЕГЭ. Показано, что для технических направлений результаты ЕГЭ коррелируют с личностными характеристиками только на 1 курсе, на старших курсах взаимосвязь не выявлена. Это свидетельствует о том, что для студентов первого года обучения мотивация познавательной деятельности является значимой. Для студентов гуманитарных направлений более значимым ЕГЭ оказывается в плане автономности, уверенности, самостоятельности (1 фактор). Для студентов управленческих направлений на первом курсе результаты ЕГЭ не коррелируют с личностными характеристиками. Дальнейший анализ значимости результатов ЕГЭ показал, что на 3 и 4 курсах ЕГЭ у студентов коррелируют с наличием перспектив, целей и представлением о будущем (2 фактор).

Необходимо отметить, что формирование положительной мотивации обучающихся к учебной деятельности дает ряд преимуществ с точки зрения здоровьесбережения: отсутствует нервно-психическое напряжение, отмечается интерес к занятиям, активное включение в учебную деятельность.

**Выводы.** Работа посвящена изучению особенностей мотивации учебно-профессиональной деятельности студентов разных специальностей (технические, гуманитарные и управленческие направления) первого, третьего и четвертого курсов.

Анализ литературы показал, что мотивация учебно-профессиональной деятельности – это, прежде всего, средство побуждения учащегося к продуктивной познавательной деятельности, активному освоению содержания образования. Учебный процесс относят к сложным видам деятельности. При этом мотивов обучения много, и они могут не только проявляться изолированно, но и объединяться, формируя сложные мотивационные системы.

Социально-психологические особенности студенческого (юношеского) возраста связаны с завершением процессов интенсивного физического и физиологического развития, что приводит к расширению возможностей освоения молодым человеком не только учения, но и других видов деятельности, ролей и притязаний. С точки зрения возрастной психологии в этом возрасте изменяются содержание внутреннего мира и самосознания, эволюционируют свойства личности, меняется эмоционально-волевой строй жизни. Именно в юности, пройдя сложный путь идентификации, молодой человек должен приобрести способность к активному нравственному отношению к людям, к самому себе и к природе, способность к усвоению конвенциональных ролей норм, правил поведения в социуме.

В юности с учетом ближней и дальней перспективы решается проблема смысла жизни. Строятся жизненные планы, проявляется установка на сознательное построение собственного жизненного пути. В юности человек стремится к самоопределению как личность и как человек, включенный в общественное производство, в трудовую деятельность. Поиск, выбор и начало освоения профессии – важнейшая проблема юности. Обучение в вузе в этот период становится первым этапом профессионализации. В связи с этим встает вопрос о мотивации выбора профессии и учебной мотивации студента.

Проведенное исследование, посвященное особенностям мотивации учебно-профессиональной деятельности студентов разных направлений, позволяет сделать следующие **выводы**:

1. Студенты технического вуза, включаясь в учебно-профессиональную деятельность, проявляют интерес к выбранной профессии. Обучение в вузе их привлекает, в первую очередь, возможностью подготовки к будущей профессиональной деятельности; академические успехи их мотивируют в значительно меньшей степени.

При наличии достаточно высокого уровня учебно-профессиональной мотивации, студентам первого курса всех направлений личностные качества, необходимые для профессиональной деятельности, выражены в малой степени.

У студентов технических и гуманитарных направлений отмечается устойчивость профессиональной мотивации на старших курсах; устойчивость мотивации наиболее выражена у студентов, выбравших технические специальности, по сравнению со студентами управленческих и гуманитарных специализаций.

2. Как показали результаты факторного анализа, профессионально важные качества личности у студентов всех направлений на первом курсе выражены в малой степени, значительное их увеличение происходит на четвертом курсе у студентов всех направлений.

3. Лонгитюдное исследование динамики мотивации учебно-профессиональной деятельности показало, что устойчивость профессиональной мотивации существенно выражена у студентов третьего курса технической и гуманитарной специализации и значительно усиливается на четвертом курсе. В группе студентов управленческих специализаций наблюдается данная тенденция, но в меньшей степени.

4. Корреляционный анализ выявил взаимосвязь между познавательной деятельностью студентов первого курса с их баллами ЕГЭ при поступлении в вуз. У студентов технических направлений результаты ЕГЭ коррелируют с личностными характеристиками только на первом году обучения в вузе, на старших курсах данная взаимосвязь не прослеживается. У студентов управленческих и гуманитарных направлений старших курсов прослеживается взаимосвязь результатов ЕГЭ с наличием планов на будущее.

## Список литературы

1. Белова О.В. Социально-психологические особенности профессионального самоопределения студентов педагогических вузов : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2013. 27 с.
2. Вербицкий А.А., Бакмаева Н.А. Проблема трансформации мотивов и контекстном обучении. М.: МГУ 2013. 29 с.
3. Климов Е.А. Психология профессионала: Избранные психологические труды. Воронеж : МОДЭК, 2003. 456 с.
4. Меламед Д.Л. Особенности мотивации учебно-профессиональной деятельности разностатусных студентов вуза : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2011. 24 с.
5. Стерлигова О.П. Особенности адаптации студентов к обучению // Акмеология. 2016. № 1 (57). С. 36.
6. Сокольская М.В., Ткаченко А.В. Здоровье профессионала как социально-экономическая категория // Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т.18, № 2. С. 807-811.
7. Сокольская М.В., Смирнов Б.В., Соколова Т.Б. Социально-психологические аспекты здоровья профессионала : учеб. пособие. Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2017. 179 с.
8. Сокольская М.В., Карпов А.В. Психология личного здоровья профессионала: Метасистемный подход : монография. Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2017. 559 с.

УДК 159.963.2:364.048.6

## ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ СНА (НА ПРИМЕРЕ КРАЕВОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «УЮТ»)

Н.В. Тихонова, Н.И. Бондаренко, И.А. Дахнова

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

*Краевой геронтологический центр «Уют», г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлены особенности социально-психологического сопровождения пожилых пациентов с нарушением сна, которые необходимо учитывать при разработке программ реабилитации, что позволит достаточно эффективно решать проблему бессонницы в пожилом возрасте.

**Ключевые слова:** бессонница, пожилой пациент, социально-психологическое сопровождение, реабилитация

**Актуальность.** Большинство исследователей сходятся во мнении, что наиболее важной функцией сна человека является обеспечение

адаптации к изменяющимся условиям внешней среды. Доказано, что нормальный физиологический сон представляет собой важнейший антистрессорный фактор. Полноценный сон обеспечивает высокое качество жизни, дает возможность более полной реализации возможностей человека. Напротив, нарушение процесса сна является одной из наиболее распространенных и важных проблем современной медицины. Недостаток сна при инсомнии проявляется в снижении работоспособности, изменении общего самочувствия, настроения, социальной адаптации, это становится причиной низкого качества жизни, а также, в более редких случаях, может приводить к серьезным последствиям (усилению психических нарушений, снижению познавательных способностей и развитию психосоматических заболеваний). Проблема нарушения сна имеет как медицинские, так и социальные аспекты, важность которых трудно переоценить (Стрыгин, Полуэктов, Левин, 2012).

Одним из наиболее часто встречающихся нарушением сна является бессонница, или правильнее говорить – инсомния. Такое академическое название происходит от латинских терминов *in* – «внутри», *somnus* – «сон». То есть это те расстройства, которые возникают в связи с состоянием сна. Либо это трудности засыпания, либо трудности поддержания сна, например, частые пробуждения, либо ранее утреннее пробуждение, то есть трудности окончания сна (Голенков, Полуэктов, 2012).

**Постановка проблемы.** Сложно установить какие механизмы приводят к проблемам со здоровьем при недостатке сна. Например, только недавно стало известно, что происходит с мозгом во сне: он очищается от продуктов своей жизнедеятельности. «Восстанавливающая природа сна обусловлена интенсивной очисткой мозга от побочных продуктов нервной активности, накапливающихся при бодрствовании», — отметила руководитель исследования Майкин Недергаард (Maiken Nedergaard) из Медицинского центра Университета Рочестера в Нью-Йорке (University of Rochester Medical Center), опубликованы в журнале *Science Translational Medicine* в августе 2012.

Если говорить о физическом состоянии, то оно ухудшается даже после одной бессонной ночи – появляется усталость, раздражительность, уменьшается работоспособность. Дальнейший дефицит сна приводит к ослаблению зрения, появлению галлюцинаций, торможению мозговой деятельности, нарушению концентрации внимания.

Согласно результатам исследования ученых из американского Университета Темпл (Temple University), опубликованным в журнале «*Neurobiology of Aging*» и на официальном сайте университета, люди, испытывающие хронические нарушения сна из-за бессонницы или по другим причинам, могут столкнуться с более ранним развитием деменции и болезни Альцгеймера.

К проблемам, вызванным бессонницей, можно с уверенностью добавить риск развития диабета (Меркола, 2018) и депрессии (Stein, McCarthy, Chen, Jain, Gelernter, He, Heeringa, Kessler, Nock, Ripke, Sun, Wynn, Smoller, Ursano, 2018). Ученые из Университета Пенсильвании (США) выяснили, что недосып вызывает необратимые повреждения клеток мозга. Группа ученых из Гарвардской школы общественного здравоохранения (США) под руководством Сары Маркт выяснила, что недостаток мелатонина, который вырабатывается в организме во время сна, серьезно повышает риск рака предстательной железы у мужчин (2012). Также бессонница может стать причиной развития различных заболеваний внутренних органов и систем. У человека, страдающего от хронической бессонницы, понижается иммунитет и появляется депрессия, возникают психозы и тревожные мысли (Соколова Л.П., Стеблецов С.В., Кислый, 2007).

Бессонница – опасная проблема и с точки зрения социально-экономической сферы. По причине сонного, вялого состояния водителей ежедневно происходит множество ДТП. Последствия бессонницы не проявляются мгновенно, но всегда имеют негативное влияние на все сферы жизни человека.

Проблема нарушений сна у пожилых длительное время оставалась без внимания, несмотря на учащение жалоб на плохой сон и увеличение потребления снотворных. По данным ряда эпидемиологических исследований населения старших возрастных групп (65 лет и старше), до 35% пожилых и стариков обнаруживают проблемы, связанные со сном. Неудовлетворенность сном отмечается у 25% мужчин и 50% женщин пожилого возраста. Более 25% пациентов позднего возраста регулярно или часто употребляют снотворные средства. Нарушение сна выступает одним из факторов в оценке качества жизни пожилых.

Основные проявления нарушений сна у пожилых:

- упорные жалобы на бессонницу;
- постоянные трудности засыпания;
- поверхностный и прерывистый сон;
- наличие ярких, множественных сновидений, нередко тягостного содержания;
- ранние пробуждения;
- ощущение тревожного беспокойства при пробуждениях;
- затруднение или невозможность уснуть вновь;
- отсутствие ощущения отдыха от сна (Морозова, Посохов, Ковров, 2011).

Известно, что циркадные ритмы модулируют когнитивную деятельность человека, причем с возрастом может происходить рассогласование в работе этих систем (Вейн, 2002).

Пожилые пациенты с диссомническими расстройствами пробуждаются чаще в первые часы сна, более тревожны, склонны преувеличивать длительность периода засыпания и преуменьшать продолжительность сна (Михайлова, 2003).

Вместе с тем, данный критерий выступает одним из факторов в оценке качества жизни пожилых людей, так как может приводить к ухудшению состояния здоровья и работоспособности.

У пожилого человека бессонница может быстро приобрести хроническую форму. Происходит это по ряду причин, среди которых: болезненные ощущения в ногах, неврологические расстройства, ночное апное, ишемия, гипертония, стенокардия, сердечная недостаточность, бронхиальная астма, сахарный диабет (Соколова Л.П., Кислый, 2007).

Несмотря на клиническую значимость инсомнии, врачи общей практики редко обращают внимание на жалобы пожилого пациента, касающиеся сна, зачастую списывая их на проявления основного заболевания, в то время как для ее лечения необходим комплексный подход (Ляшенко, Левин, Полуэктов, 2015).

Причиной бессонницы могут быть проблемы с физическим здоровьем. К заболеваниям, которые часто приводят к бессоннице, относятся:

- сердечнососудистые заболевания,
- нарушение функций щитовидной железы,
- расстройства работы почек, печени,
- атеросклероз,
- нарушение дыхательной функции,
- болезнь Паркинсона,
- гипертрофия предстательной железы,
- астма,
- артрит,
- апноэ.

Последствия инсомнии можно разделить на две группы – медицинские и социальные. Социальные последствия включают в себя сонливость в дневное время, являются причиной трудностей в выполнении повседневных дел, затруднения в управлении транспортным средством. С медицинской точки зрения нарушения сна влекут за собой повышение риска развития артериальной гипертензии, хронического гастрита, бронхиальной астмы.

Хроническую инсомнию можно разделить на две большие группы – первичную и вторичную.

Первичная бессонница является самостоятельным заболеванием, точную причину которого назвать часто затруднительно. Эта форма инсомнии также имеет различные подвиды:

- Адаптационная бессонница – самая частая форма нарушений сна. Возникает на фоне стрессовой ситуации, эмоциональных переживаний и депрессии. Трудности со сном в этом случае являются следствием повышенной активности нервной системы. Длительность подобных нарушений в среднем не превышает 3 месяца.
- Психофизиологическая бессонница развивается в том случае, когда проблемы со сном длятся долгое время и к ним присоединяются психологические нарушения. Чаще всего это боязнь перед процессом засыпания – пытаясь заснуть, человек начинает делать много активных движений и возбуждает нервную систему, тем самым усугубляя ситуацию и усиливая страх к засыпанию на следующий день.
- Псевдобессонница – искажение объективного восприятия сна, то есть человеку кажется, что он практически не спит, при этом исследованиями подтвержден факт длительности сна более 6 часов. Периоды бодрствования запоминаются лучше и кажутся бесконечными, в то время как период сна забывается.

Вторичная инсомния связана с какими-либо заболеваниями, чаще всего – с психоневрологическими патологиями. Около 70% пациентов с неврозами и депрессиями отмечают у себя расстройство сна, при этом, по их мнению, бессонница и является причиной их неблагоприятного состояния. Инсомния часто развивается у больных сахарным диабетом, артериальной гипертонией, заболеванием печени или почек.

Изучение возрастных изменений структуры сна, его гомеостаза и механизмов влияния сна на когнитивные процессы позволит разработать подход к диагностике и лечению нарушений сна у пожилых людей.

**Материалы и методы.** Исследование методом тестирования и анкетирования пожилых пациентов (от 60 до 86 лет) в количестве 209 человек, проведенное на базе Краевого геронтологического центра «Уют», свидетельствует о том, что жалобы на ухудшение сна имеют более половины пациентов (58%). Большинство пациентов, предъявляющих жалобы на ухудшения сна, это женщины старческого возраста. Таким образом, бессонница для пожилых пациентов является одной из самых важных и зачастую нерешаемых проблем, поскольку она неотрывно связана с качеством их повседневной жизни и оказывает значительное влияние на самочувствие и работоспособность.

**Результаты и их обсуждение.** В первую очередь необходимо обратить внимание специалистов учреждения на фармакологические основы решения проблемы нарушений сна. Применение препаратов, указанных в клинических рекомендациях по диагностике и лечению хронической бессонницы у взрослых имеет ряд негативных последствий. Например, применение бензодиазепинов или агонистов бензодиазепиновых рецеп-

торов часто сопровождается развитием зависимости, когнитивных нарушений, постуральной неустойчивости и падений. Альтернативой указанным снотворным может служить мелатонин, физиологический регулятор сна и циркадного ритма. Применение мелатонина при инсомнии, особенно в пожилом возрасте, когда его секреция закономерно снижается, приводит к ускорению засыпания и улучшению качества сна, отсутствию сонливости на следующий день, повышению качества жизни. Клинический эффект может развиваться в течение нескольких дней. Препарат мелатонина (Мелаксен) не вызывает привыкания и рикошетного эффекта, не вступает во взаимодействие с антигипертензивными, антидиабетическими, гиполипидемическими и противовоспалительными средствами.

Психология бессонницы уделяет первостепенное значение определению факторов, влияющих на сбой «биологических часов» организма. В процессе исследования были выявлены психологические факторы возникновения бессонницы у пожилых пациентов:

- стрессы, переживания (постоянное обдумывание сложных ситуаций в жизни, событий дня, часто подводим итоги и вспоминаем неприятные моменты);
- внутренние страхи (могут быть связаны с изменениями в жизни, с прогнозами на будущее, боязнь за близких, отношения, здоровье, вопросы жизни и смерти);
- информационное влияние (в течение дня накопилось большое количество образов, мыслей, событий, которые требуют осмысления, не дают покоя);
- негативный настрой, неумение отсекавать прошлое (человек прокручивает часто перед сном события «минувших дней», возможно — лет, не может простить себя или других людей за ошибки — обиды, муки совести не способствуют спокойному сну);
- недостаток уверенности (необходимость принятия важного решения, внутренний конфликт, отсутствие решительности в действиях ведёт к постоянному напряжению, мыслительному процессу даже в ночное время);
- отсутствие удовлетворённости (человек пытается решить вопросы самореализации, любви, поиска спутника жизни, изменения профессиональной деятельности).

В таких случаях психологическая терапия безопасна и эффективна. Психолог центра определяет психологическую причину бессонницы и помогает избавиться от нее в максимально возможные короткие сроки.

«Сон — не только очень тонкий, деликатный, чувствительный процесс восстановления. Это еще и мощная система, которую сложно пол-

ностью сломать, — убежден врач-невролог, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии ФППО Геннадий Васильевич Ковров. — Сон старается подстроиться к тем условиям, которые человек ему навязывает» (Морозова, Посохов, Ковров, 2011). В этом есть как минусы – нарушения сна возможны из-за неблагоприятных условий жизни и поведения самого человека, так и плюсы – меняя эти условия можно добиться восстановления или, как минимум, улучшения качества сна.

Так как данная тема является частой причиной обращения за индивидуальной психологической консультацией, можно сделать вывод о ее высокой актуальности среди пожилых пациентов. Подавляющее большинство обратившихся с данным запросом жалуются на очень длительный процесс засыпания и на то, что беспричинно просыпаются среди ночи. Было замечено, что практически все обратившихся за консультацией имели повышенную тревожность, связанную с низким качеством ночного сна, основанную на стереотипах, недостоверной информации и ошибочных выводах относительно своего состояния. В связи с этим психолог Центра вынес данную тему на групповое занятие, которое носит просветительский характер и состоит из двух частей – теоретической и практической.

Теоретическая часть включает краткое знакомство пациентов с физиологическими процессами, протекающими в организме человека во время сна, в том числе с циркадными ритмами, рассматривает структуру и фазы сна, влияние особенностей организма и условий среды на продолжительность и качество сна, обзор лекарственных и биоактивных препаратов, влияющих на сон, а также психологические особенности и привычки. Информация, предоставляемая в теоретической части, призвана снизить уровень тревожности по поводу бессонницы за счет предоставления достоверных научных сведений о сне как о процессе, и разрушения сложившихся стереотипов. На этом этапе происходит изменение установок пациентов, снижая тревогу, что само по себе несет улучшение качества сна.

Вторая часть – практическая – знакомит пациентов с простейшими приемами саморегуляции. Пациенты учатся приемам аутотренинга, регуляции дыхания, растягивающей гимнастике и самомассажу.

Общие рекомендации по преодолению бессонницы путем психологического воздействия включают:

- режим сна и бодрствования,
- приемы управления эмоциями,
- гигиену сна (организацию пространства, режим питания и распределения физической нагрузки, исключение факторов окружающей среды, негативно влияющих на сон и т.п.),
- использование дополнительных приемов релаксации (ароматерапия, анималотерапия,
- профилактика стресса.

В случае индивидуальных особенностей, при которых общих правил и приемов улучшения сна, представленных на групповом занятии, было недостаточно для ощутимых положительных изменений, пациенты обращаются на индивидуальную консультацию, во время которой выявляются нетипичные причины нарушений сна: психологические особенности пациента, его жизненные ситуации, с высокой вероятностью оказавшие влияние на ухудшение сна, его способ взаимодействия с другими людьми и другие.

**Выводы.** Таким образом, в связи с актуальностью и высокой значимостью проблемы бессонницы в пожилом возрасте дальнейшая работа в части социально-психологического сопровождения реабилитации лиц пожилого возраста должна заключаться не только в психологическом консультировании или немедикаментозной психотерапии, но и в маршрутизации пациента в случаях, когда проблема нарушения сна вызвана непсихологическими факторами.

Преобладающее большинство обратившихся клиентов уже после первой консультации отмечали улучшение качества сна: укорачивалось время засыпания, снижались тревожные ожидания бессонницы и ее вредного воздействия на здоровье, улучшалось настроение в течение дня, улучшались когнитивные процессы (концентрация внимания, память, восприятие) и эмоциональная саморегуляция.

Конечно, полноценная психотерапевтическая помощь в условиях полустационарного обслуживания пожилых получателей социальных услуг Центра невозможна. Однако в консультативной практике предлагается ряд простых, но действенных правил, выполнение которых качественно изменит процесс сна обратившегося за помощью пациента:

1. Позже ложиться спать. Эта рекомендация связана с тем, что пациенты с инсомнией из-за боязни не уснуть стараются лечь пораньше, иногда даже в 21.00, чтобы подготовиться ко сну и заснуть в 23–24.00, что нарушает принципы гигиены сна и приводит к увеличению времени нахождения в постели.

2. Раньше вставать (поздний подъем связан с желанием пациентов выспаться, но тоже вреден, хотя ранний подъем может сочетаться с увеличением уровня тревоги у пациентов).

3. Не ложиться в постель и не спать днем, избегать состояния дремоты и условий, которые не способствуют нормальному сну.

4. Отказаться от употребления кофе, никотина и алкоголя за 4-6 часов до сна.

5. Уменьшить потребление жидкости и количества принятой перед сном пищи.

6. Избегать тяжелых физических нагрузок и стимулирующих занятий в вечернее время.

7. Снизить эмоциональную нагрузку (просмотр телепередач, общение с неприятными людьми, решение важных вопросов и проч.)

8. Использовать приемы эмоциональной саморегуляции, аутотренинга, самомассажа, дыхательные и медитативные упражнения.

Таким образом, социально-психологическое сопровождение пожилых пациентов имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при разработке программ реабилитации пациентов данной возрастной группы. Данное направление позволяет достаточно эффективно решать проблему бессонницы в пожилом возрасте без привлечения специальных медицинских средств и госпитализации, что позволяет снизить затраты на оказание дорогостоящей медицинской помощи лицам пожилого возраста.

### Список литературы

1. Вейн А.М. Медицина сна: проблемы и перспективы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Прил.: Сборник клинических лекций «Медицина сна: новые возможности терапии. 2002. С.3-16.

2. Голенков А.В., Полуэктов М.Г. Особенности и нарушения сна в пожилом и старческом возрасте // Клиническая геронтология. 2012. № 7-8. С. 8-13.

3. Ляшенко Е.А., Левин О.С., Полуэктов М.Г. Расстройства сна у пожилых пациентов // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2015. № 2. С. 3-9.

4. Меркола Д. Клетка «на диете». Научное открытие о влиянии жиров на мышление, физическую активность и обмен веществ : монография ; пер. с англ. Л. Мироновой. М., 2018. 400 с.

5. Михайлова Н.М. Лечение нарушений сна. Клинические рекомендации // РМЖ. 2003. № 2. С. 85-88.

6. Морозова Л.Г., Посохов С.И., Ковров Г.В. Особенности субъективной оценки при нарушении качества сна и бодрствования у больных с психофизиологической инсомнией // Неврологический журнал. 2011. Т. 16, № 5. С. 30-34.

7. Соколова Л.П., Кислый Н.Д. Нарушения сна у пожилых: особенности терапии // Consilium medicum. 2007. Т.9, № 2. С. 133-137.

8. Соколова Л.П., Стеблецов С.В., Кислый Н.Д. Нарушения сна в клинике внутренних болезней // Consilium Medicum. 2007. Т. 9, № 8. С. 98-102.

9. Стрыгин К.Н., Полуэктов М.Г., Левин Я.И. Формы инсомнии и возможности ее медикаментозного лечения // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2012. № 3. С. 38-43.

10. Stein M.B., McCarthy M.J., Chen C.Y., Jain S., Gelernter J., He F., Heeringa S.G., Kessler R.C., Nock M.K., Ripke S., Sun X., Wynn G.H., Smoller J.W., Ursano R.J. Genome-wide analysis of insomnia disorder // Molecular Psychiatry. 2018. Vol. 23, № 8. P. 639-647.

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ СНА

(на примере Краевого геронтологического центра «Уют»)

Тихонова Н.В., Кирсанова В.А., Бондаренко Н.И., Дахнова И.А

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

*Краевой геронтологический центр «Уют», г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Бессонница в пожилом возрасте является одной из самых важных проблем, на которую в настоящее время практическое здравоохранение обращает мало внимания. В связи с этим решение этой проблемы при оказании медико-социальной помощи представляет особую актуальность. Современные социально-психологические подходы решения проблемы нарушения сна, предлагаемые в статье, позволяют эффективно решать эту проблему в пожилом возрасте.

**Ключевые слова:** социально-психологическая реабилитация, пожилой пациент, нарушение сна

**Актуальность.** Одним из наиболее часто встречающихся нарушений сна является бессонница, или правильнее говорить – инсомния, то есть это те расстройства, которые возникают в связи с состоянием сна. Либо это трудности засыпания, либо трудности поддержания сна, например, частые пробуждения, либо раннее утреннее пробуждение, то есть трудности окончания сна (Голенков, Полуэктов, 2012).

Согласно результатам исследования ученых из американского Университета Темпл люди, испытывающие хронические нарушения сна из-за бессонницы или по другим причинам, могут столкнуться с более ранним развитием деменции и болезни Альцгеймера. Если говорить о физическом состоянии, то оно ухудшается даже после одной бессонной ночи – появляется усталость, раздражительность, уменьшается работоспособность. Дальнейший дефицит сна приводит к ослаблению зрения, появлению галлюцинаций, торможению мозговой деятельности, нарушению концентрации внимания.

К проблемам, вызванным бессонницей, можно с уверенностью добавить риск развития диабета и депрессии (Меркола, 2018). Ученые из Университета Пенсильвании (США) выяснили, что недосып вызывает необратимые повреждения клеток мозга. Группа ученых из Гарвардской школы общественного здравоохранения (США) под руководством Сары Маркт выяснила, что недостаток мелатонина, который вырабатывается в организме во время сна,

серьезно повышает риск рака предстательной железы у мужчин (2012). Также бессонница может стать причиной развития различных заболеваний внутренних органов и систем. У человека, страдающего от хронической бессонницы, понижается иммунитет и появляется депрессия, возникают психозы и тревожные мысли (Соколова, Стеблецов, Кислый, 2007).

Проблема нарушений сна у пожилых пациентов длительное время оставалась без внимания, несмотря на учащение жалоб на плохой сон и увеличение потребления снотворных. По данным ряда эпидемиологических исследований населения старших возрастных групп (65 лет и старше), до 35% пожилых и стариков обнаруживают проблемы, связанные со сном. Неудовлетворенность сном отмечается у 25% мужчин и 50% женщин пожилого возраста. Более 25% пациентов позднего возраста регулярно или часто употребляют снотворные средства. Нарушение сна выступает одним из факторов в оценке качества жизни пожилых.

Известно, что циркадные ритмы модулируют когнитивную деятельность человека, причем с возрастом может происходить рассогласование в работе этих систем (Вейн, 2002).

Пожилые пациенты с диссомническими расстройствами пробуждаются чаще в первые часы сна, более тревожны, склонны преувеличивать длительность периода засыпания и преуменьшать продолжительность сна (Михайлова, 2003).

У пожилого человека бессонница может быстро приобрести хроническую форму. Происходит это по ряду причин, среди которых: болезненные ощущения в ногах, неврологические расстройства, ночное апное, ишемия, гипертония, стенокардия, сердечная недостаточность, бронхиальная астма, сахарный диабет (Соколова, Кислый, 2007). Несмотря на клиническую значимость инсомнии, врачи общей практики редко обращают внимание на жалобы пожилого пациента, касающиеся сна, зачастую списывая их на проявления основного заболевания, в то время как для ее лечения необходим комплексный подход (Ляшенко, Левин, Полуэктов, 2015). Изучение возрастных изменений структуры сна, его гомеостаза и механизмов влияния сна на когнитивные процессы позволит разработать подход к диагностике и лечению нарушений сна у пожилых людей.

Исследование пожилых пациентов в количестве 209 человек, проведенное на базе Краевого геронтологического центра «Уют», свидетельствует о том, что жалобы на ухудшение сна имеют более половины пациентов (58%). Большинство пациентов, предъявляющих жалобы на ухудшения сна, это женщины. Таким образом, бессонница для пожилых пациентов является одной из самых важных и зачастую нерешаемых проблем, поскольку она неотрывно связана с качеством их повседневной жизни и оказывает значительное влияние на самочувствие и работоспособность.

В первую очередь необходимо обратить внимание специалистов учреждения на фармакологические основы решения проблемы нарушений сна. Применение препаратов, указанных в клинических рекомендациях по диагностике и лечению хронической бессонницы у взрослых имеет ряд негативных последствий. Например, применение бензодиазепинов или агонистов бензодиазепиновых рецепторов часто сопровождается развитием зависимости, когнитивных нарушений, постуральной неустойчивости и падений. Альтернативой указанным снотворным может служить мелатонин, физиологический регулятор сна и циркадного ритма. Применение мелатонина при инсомнии, особенно в пожилом возрасте, когда его секреция закономерно снижается, приводит к ускорению засыпания и улучшению качества сна, отсутствию сонливости на следующий день, повышению качества жизни. Клинический эффект может развиваться в течение нескольких дней. Препарат мелатонина (Мелаксен) не вызывает привыкания и рикошетного эффекта, не вступает во взаимодействие с антигипертензивными, антидиабетическими, гиполипидемическими и противовоспалительными средствами.

В «КГЦ «Уют» широко используются методы воздействия физических факторов (физиотерапия) – тепла, света, воды, электрического тока, которые способны значительно улучшить состояние пожилого человека при бессоннице. Физиотерапевтическое лечение отлично помогает тем, кто в силу слабости здоровья не может принимать лекарства или заниматься физическими упражнениями. Физиотерапия безопасна и не имеет побочных эффектов.

Наиболее значимыми причинами возникновения бессонницы являются психологические факторы:

- стрессы, переживания (постоянное обдумывание сложных ситуаций в жизни, событий дня, часто подводим итоги и вспоминаем неприятные моменты);
- внутренние страхи (могут быть связаны с изменениями в жизни, с прогнозами на будущее, боязнь за близких, отношения, здоровье, вопросы жизни и смерти);
- информационное влияние (в течение дня накопилось большое количество образов, мыслей, событий, которые требуют осмысления, не дают покоя);
- негативный настрой, неумение отсекать прошлое (человек прокручивает часто перед сном события «минувших дней», возможно — лет, не может простить себя или других людей за ошибки — обиды, муки совести не способствуют спокойному сну);
- недостаток уверенности (необходимость принятия важного решения, внутренний конфликт, отсутствие решительности в действиях ведёт к постоянному напряжению, мыслительному процессу даже в ночное время);

- отсутствие удовлетворённости (человек пытается решить вопросы самореализации, любви, поиска спутника жизни, изменения профессиональной деятельности).

В таких случаях широкий спектр методов психологической терапии, предлагаемый в учреждении, безопасен и эффективен. Специалист-психолог определяет психологическую причину бессонницы и помогает избавиться от нее в максимально возможные короткие сроки. «Сон — не только очень тонкий, деликатный, чувствительный процесс восстановления. Это еще и мощная система, которую сложно полностью сломать, — убежден врач-невролог, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии ФППО Геннадий Васильевич Ковров. — Сон старается подстроиться к тем условиям, которые человек ему навязывает» (Морозова Л.Г., Посохов С.И., Ковров, 2011). В этом есть как минусы – нарушения сна возможны из-за неблагоприятных условий жизни и поведения самого человека, так и плюсы – меняя эти условия можно добиться восстановления или, как минимум, улучшения качества сна.

Тема бессонницы является наиболее частой причиной обращения за индивидуальной психологической консультацией, можно сделать вывод о ее высокой актуальности среди пожилых пациентов. Подавляющее большинство обратившихся с данным запросом жалуются на очень длительный процесс засыпания и на то, что беспричинно просыпаются среди ночи. Было замечено, что практически все обратившиеся за консультацией имели повышенную тревожность, связанную с низким качеством ночного сна, основанную на стереотипах, недостоверной информации и ошибочных выводах относительно своего состояния. В связи с этим психолог Центра выносит данную тему на групповое занятие, которое носит просветительский характер и состоит из двух частей – теоретической и практической.

Теоретическая часть включает краткое знакомство пациентов с физиологическими процессами, протекающими в организме человека во время сна, в том числе с циркадными ритмами, рассматривает структуру и фазы сна, влияние особенностей организма и условий среды на продолжительность и качество сна, обзор лекарственных и биоактивных препаратов, влияющих на сон, а также психологические особенности и привычки. Информация, предоставляемая в теоретической части, призвана снизить уровень тревожности по поводу бессонницы за счет предоставления достоверных научных сведений о сне как о процессе, и разрушения сложившихся стереотипов. На этом этапе происходит изменение установок пациентов, снижая тревогу, что само по себе несет улучшение качества сна.

Вторая часть – практическая – знакомит пациентов с простейшими приемами саморегуляции. Пациенты учатся приемам аутотренинга, регуляции дыхания, растягивающей гимнастике и самомассажу.

В случае индивидуальных особенностей, при которых общих правил и приемов улучшения сна, представленных на групповом занятии, было

недостаточно для ощутимых положительных изменений, пациенты обращаются на индивидуальную консультацию, во время которой выявляются нетипичные причины нарушений сна. Дальнейшая работа может заключаться не только в психологическом консультировании или немедикаментозной психотерапии, но и в маршрутизации пациента в случаях, когда проблема нарушения сна вызвана непсихологическими факторами.

Преобладающее большинство обратившихся клиентов уже после первой консультации отмечали улучшение качества сна: укорачивалось время засыпания, снижались тревожные ожидания бессонницы и ее вредного воздействия на здоровье, улучшалось настроение в течение дня, улучшались когнитивные процессы (концентрация внимания, память, восприятие) и эмоциональная саморегуляция.

Кроме того, в консультативной практике в условиях полустационарно-го обслуживания пожилых пациентов предлагается ряд простых, но действенных правил, выполнение которых качественно меняет процесс сна:

- позже ложиться спать. Эта рекомендация связана с тем, что пациенты с инсомнией из-за боязни не уснуть стараются лечь пораньше, иногда даже в 21.00, чтобы подготовиться ко сну и заснуть в 23–24.00, что нарушает принципы гигиены сна и приводит к увеличению времени нахождения в постели;
- раньше вставать (поздний подъем связан с желанием пациентов выспаться, но тоже вреден, хотя ранний подъем может сочетаться с увеличением уровня тревоги у пациентов);
- не ложиться в постель и не спать днем, избегать состояния дремоты и условий, которые не способствуют нормальному сну;
- отказаться от употребления кофе, никотина и алкоголя за 4-6 часов до сна;
- уменьшить потребление жидкости и количества принятой перед сном пищи;
- избегать тяжелых физических нагрузок и стимулирующих занятий в вечернее время;
- снизить эмоциональную нагрузку (просмотр ТВ, общение с неприятными людьми, решение важных вопросов и проч.);
- использовать приемы эмоциональной саморегуляции, аутотренинга, самомассажа, дыхательные и медитативные упражнения.

Реализация данных социально-психологических подходов в реабилитации пожилых пациентов позволяет достаточно эффективно решать проблему бессонницы в пожилом возрасте

Кроме того, такие современные подходы к реабилитации лиц пожилого возраста без привлечения специальных медицинских средств и госпитализации, позволяет значительно снизить нагрузку на дорогостоящую медико-социальную помощь, что свидетельствует об их высокой экономической эффективности.

## Список литературы

1. Вейн А.М. Медицина сна: проблемы и перспективы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Прил.: Сборник клинических лекций «Медицина сна: новые возможности терапии». 2002. № 3. С. 16-21.
2. Голенков А.В., Полуэктов М.Г. Особенности и нарушения сна в пожилом и старческом возрасте // Клиническая геронтология. 2012. № 7. С. 8-13.
3. Ляшенко Е.А., Левин О.С., Полуэктов М.Г. Расстройства сна у пожилых пациентов // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2015. № 2. С. 4-9.
4. Меркола Д. Клетка «на диете». Научное открытие о влиянии жиров на мышление, физическую активность и обмен веществ : пер. с англ. / под ред. Л. Мироновой. М.: Эксмо, 2018. 400 с.
5. Михайлова Н.М. Лечение нарушений сна. Клинические рекомендации // РМЖ. 2003. № 2. С. 85-88.
6. Морозова Л.Г., Посохов С.И., Ковров Г.В. Особенности субъективной оценки при нарушении качества сна и бодрствования у больных с психофизиологической инсомнией // Неврологический журнал. 2011. Т. 16, № 5. С. 30-34.
7. Соколова Л.П., Кислый Н.Д. Нарушения сна у пожилых: особенности терапии // Consilium Medicum. 2007. № 9 (2). С.133-137.
8. Соколова Л.П., Стеблецов С.В., Кислый Н.Д. Нарушения сна в клинике внутренних болезней // Consilium Medicum. 2007. № 9 (8). С. 98-102.
9. Chronic sleep disturbance might trigger onset of Alzheimer's [Electronic resource]. URL: <https://news.temple.edu/news/2014-03-18/chronic-sleep-disturbance-might-trigger-onset-alzheimer's> (date of access: 24.08.2018).

## УДК 159.9

# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) И СХОДНЫХ СОСТОЯНИЙ.

**Е.А. Черенёва**

*Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева,  
г. Красноярск, Россия*

*Международный институт аутизма, г. Красноярск, Россия*

**М.С. Спиридонова**

*Клиника современных коррекционных и развивающих технологий,  
г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** РАС представляют собой группу первазивных нарушений развития, основными проявлениями которых являются отсутствие способности к социальному взаимодействию, нарушение общения и стереотипность поведения. при общепризнанной практической и теоретической значимости изучения механизмов формирования, до сих пор остается мало изученной.

В статье представлены некоторые подходы дифференциальной диагностики аутизма и сходных состояний. Авторами предпринята попытка выявить основные причины столь значимого прироста пациентов с данным заболеванием. Целью статьи является анализ существующих исследований и представление результатов комплексной диагностики и механизмов формирования нарушения. При решении задач исследования механизмов формирования РАС использовались клинические данные, сбор данных анамнеза пациентов, выявление отягощающих факторов со стороны наследственности и течения пренатального, натального и постнатального периодов.

По результатам исследования авторами разработаны: технология дифференциальной диагностики РАС и сходных состояний, выделены диагностические маркеры и алгоритм разработки психолого-педагогических программ коррекции нарушений.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра (РАС), диагностика, синдром скотопической чувствительности, нейроэневрокартирование (НЭК).

**Введение (актуальность).** Расстройство аутистического спектра является довольно распространённым заболеванием. По данным ВОЗ каждый 166-ой ребёнок имеет диагноз аутизм (Морозов С.А., 2015). Симптомы данного заболевания впервые описаны в работах психологов в 20-х годах 20-го века. Впервые признаки необычного психического расстройства у детей представлены в работах советского психолога Груни Ефимовны Сухаревой (Морозов С.А., 2015). Многие отмечают, что данное заболевание распространяется со скоростью эпидемии. Некоторыми исследователями отмечается чрезмерная тревожность врачей, которая приводит к передиагностированию тех заболеваний, которые имеют схожие симптомы. Например, при сенсо-моторной алалии у детей также, как при аутизме нарушена коммуникация, при дизартрии снижен социальный интеллект и может наблюдаться избыток стереотипий, при мутизме у ребёнка может разрушиться речь, как при РДА. Некоторые исследования посвящены аутоиммунной, вирусной и бактериальной природе аутизма (Яхно Н.Н., Штульмана Д.Р., 2001). Учитывая столь широкий спектр заболеваний, которые имеют схожую симптоматику весьма актуальной является разработка и внедрение дифференциальной диагностики, позволяющей выявить ключевое звено патогенеза у конкретного индивида (Черенёва Е.А., Володенкова Е.А., 2016). Это позволит выработать более точный и эффективный маршрут реабилитации ребёнка с расстройством аутистического спектра (Черенёва Е. А., Богдашина О. Б., Казанова М., Ли С., 2016).

**Постановка проблемы.** Впервые идентифицированный в 1943 году, аутизм был описан как «редкое нарушение» (Каппер, 1943). В течение

многих лет наиболее известной статистикой была та, в которой указывалось, что аутизм встречается 4–5 раз на 10 000 рождений. В 1966 году Лоттер опубликовал первые результаты эпидемиологического исследования детей с синдромом Каннера в бывшем графстве Мидлэссекс. Данное исследование показало коэффициент распространенности этого нарушения между 3,0 и 4,5 на 10000 (Lotter, 1966). Распространенность аутизма у мальчиков, как сообщалось, в четыре раза выше, чем у девочек. С тех пор было проведено много исследований, дающих показатели распространенности в пределах от 3,3 до 16,0 на 10 000. С 1971 по 1973 год Винг и Гоулд (1979) исследовали распространенность аутизма в Камбервелле. Они изучали детей, IQ которых был ниже 70, и обнаружили 22 ребенка аутистического спектра на 10000. Эхлерс и Гиллберг (1993) исследовали детей с IQ 70 или выше в школах в Готенбурге и обнаружили такую распространенность – 36 аутичных детей на 10 000 рожденных между 1975 и 1983 годами. Кроме того, они же выявили детей с нарушениями социального взаимодействия, которые, однако, не проявляли полной симптоматики синдрома Аспергера: 35 на 10 000. Добавление цифр от этих двух исследований дает следующую распространенность – 91 на 10 000, т. е. почти 1 % населения в целом. На основании своего исследования в Карлштаде (Швеция) Кадесо, Гиллберг и Хагберг (1999) сообщают о следующей распространенности для всех расстройств аутистического спектра, для всех уровней IQ – 1,21 %.

Аутизм может быть повсюду, но он не обнаружен / диагностирован везде с одинаковым уровнем распространенности (Eyal et al., 2010). Например, у шведских детей есть намного больше шансов быть диагностированными как аутичные, чем у детей в других странах. Так, эпидемиологическое исследование 1997 года, проводимое на западном побережье Швеции, выявило следующую распространенность аутизма – 46,4 случаев на 10 000. В 1998 году на южном побережье Швеции эпидемиологическое исследование при использовании несколько различных диагностических критериев определило соотношение 72,6 на 10 000, в то время как в Норвегии – только 5,2 на 10 000 (Fombonne, 2003). С другой стороны, в Украине в 2011 году было официально диагностировано только 1500 случаев (с населением приблизительно в 43 миллиона). В 2011 году южнокорейские исследователи, непосредственно обследовавшие приблизительно 55 000 школьников на предмет расстройства аутистического спектра, выявили распространенность нарушения у каждого 38-го ребенка. 2/3 этих детей учились в обычных школах, где ранее аутизм не был выявлен и никакие услуги не предоставлялись (Kim et al., 2011).

Возникают вопросы: действительно ли количество случаев аутизма растет или же повышаются только интерес к нему и «узнаваемость» этого состояния? Если это рост количества людей с аутизмом, то чем это вызвано?

Существует несколько возможных объяснений того, что может способствовать предполагаемому увеличению случаев заболевания аутизмом:

- в настоящее время определение РАС гораздо шире, чем первоначальное определение «раннего детского аутизма», описанного Каннером;
- разработаны более точные классификации диагностики по сравнению с более ранними годами;
- много людей, у которых сегодня были бы диагностированы аутистические расстройства, в прошлом были определены как умственно отсталые, имбецилы, шизофреники и т. д.;
- действительно есть реальное увеличение, но причины пока неизвестны.

Некоторые исследователи полагают, что увеличение случаев аутизма на самом деле происходит, и это не просто увеличение нашего знания об этом нарушении. Римланд (1994), например, указывает на несколько возможных гипотез для объяснения этого явления: 1) повышенное использование антибиотиков для лечения ушных инфекций и подобных проблем в раннем детском возрасте; побочный эффект антибиотиков – быстрое увеличение дрожжей, таких как *candida albicans*, которые вызывают нейротоксины; 2) прививки; 3) загрязнение окружающей среды (Богдашина, 2014).

В литературе представлены единичные исследования, посвящённые генетической, психиатрической, вирусной, бактериальной, аутоиммунной и биохимической природе аутизма. В публикациях последних лет исследователи связывают аутизм проблемами пищеварения, непереносимостью глютена и казеина. В некоторых исследованиях показана связь аутизма с нарушением метаболизма аминокислот с нарушением метаболизма витаминов группы В. Также в литературных данных встречается информация об увеличении содержания тяжёлых металлов в волосах детей с аутизмом, особенно ртути. Однако эти данные довольно разрозненные и статистически имеют низкую значимость. Поэтому, в задачи нашего исследования входит сбор данных анамнеза, выявление отягощающих факторов со стороны наследственности и течения пренатального, натального и постнатального периодов. Определение неврологического статуса ребёнка. Проведение анализа гематологических данных ребёнка с момента рождения до момента исследования. Иммунологические исследования, включая бактериальный и вирусный скрининг (PANDAS синдром и энцефалитический синдром). Также, мы проводим оценку работы головного мозга с помощью ЭЭГ для выявления особенностей коры головного мозга, омегаметрию, для оценки работы ствола головного мозга. Кроме того, мы оцениваем уровень энергообмена корковых структур с использованием нейроэнергокартирования.

**Материалы и методы.** На базе Международным института аутизма КГПУ им. В.П. Астафьева совместно с МИП «Клиника современных коррекционных и развивающих технологий» была разработана и апробирована технология дифференциальной диагностика РАС и схожих состояний. Выборка составила 70 детей в возрасте от 1,5 до 5 лет. Из них 10 девочек и 60 мальчиков. Данные анамнеза собирались путём опроса родителей ребёнка и анализа медицинских карт детей. Гематологические исследования проводились с использованием данных клинических анализов крови детей, которые были предоставлены родителями детей. ЭЭГ проводилось с использованием энцефалографа «Мицар» врачом функциональной диагностики. Нейроэнергокартирование проводилось на пятиканальном нейроэнергокартографе НЭК-5 (разработан на базе НИИ Института Мозга человека). НЭК основан на принципе фиксации устойчивых потенциалов, которые регистрируются от ионов водорода в цикле образования АТФ из глюкозы, при её окислении клетками головного мозга. Иммунный статус детей оценивался по данным иммунограмм, которые были проведены на базе гематологических лабораторий г. Красноярска. Статистически данные обрабатывались с использованием программы *Statistica 6,0*.

**Результаты и их обсуждение.** У 100% детей, входящих в исследовательскую выборку, выставлен официальный диагноз – атипичный аутизм. У всех детей выявлены нарушения когнитивной, коммуникативной и эмоциональной сферы. У 40% детей отсутствует речь, причём речь нарушена по типу сенсомоторной алалии. У 60% детей речь есть, но она не используется для коммуникации имеет эхολаличный характер. У 95% детей присутствуют различные виды сенсорных нарушений, а также множественные стереотипии и аутоstimуляции. У 80% детей есть трудности самообслуживания и проблемы с освоением туалета/горшка. В 75% случаев аутизма возник в возрасте 1,5 лет после периода нормального развития, родителями отмечается откат в развитии речи, поведении и др. характеристик. В 20% случаев родителями отмечалось появление нарушения сна на фоне аутистического регресса. По данным ЭЭГ у детей обнаружено преобладание тета-ритмов над альфа, в 2% случаев присутствуют дельта-ритмы. У одного ребёнка в выборке длительное время регистрировалась пароксизмальная активность. У некоторых детей выявляется снижение электрогенеза коры головного мозга и изменения волновой активности в лобной, затылочной и височных долей.

Полученные данные не подвергались закону нормального распределения, поэтому, достоверность различия результатов оценивалась с помощью непараметрической статистики с применением критерия Вилкоксона. По данным гематологических исследований выявлено, что у 90% детей с момента рождения до момента обращения в клинику есть стойкие нарушения гематологической картины, проявляющееся в сни-

жении концентрации гемоглобина, в повышении ширины распределения эритроцитов, лимфоцитозе и нейтропении. Так, для нормальной оксигенации органов и тканей организма в детском возрасте необходимо 130 – 140 г/л гемоглобина, у детей исследовательской выборки снижение гемоглобина происходило в среднем до  $110 \pm 7$  г/л, что на фоне изменения скорости кровотока по позвоночным артериям (в 80% случаев снижение магистральной скорости кровотока по ПА составило 30 – 40%), может драматически сказываться на кислородном обеспечении клеток головного мозга ребёнка. Снижение гемоглобина часто сопровождалось изменением размера эритроцитов, так в 50% случаев ширина распределения эритроцитов превышала норму и достигала в отдельных случаях 15%. Такой показатель, как ширина распределения эритроцитов может увеличиваться за счёт уменьшения объёма эритроцита, а также за счёт изменения его формы. В обоих случаях возникает анемическое состояние, сопровождающееся гипоксией тканей и органов.

Эти данные согласуются с признаками нарушения энергообмена головного мозга, которые можно выявить с помощью нейроэнергокартирования (НЭК). Так, у 95% детей выявлены признаки частичного кислородного голодания в основном височных и лобных долей головного мозга, у двух детей (1,4%) обнаружено тотальное снижение энергообмена коры головного мозга, которое также сопровождалось увеличением продуктов гипоксического расщепления глюкозы – лактата в крови и выведением увеличенной фракции компонентов цикла Кребса с мочой.

У 97% детей по данным развёрнутого анализа крови выявляется хроническое нарушение работы иммунной системы, проявляющееся в лимфоцитозе и нейтропении. В целом по литературным данным, для младенцев характерен лимфоцитоз с нейтропенией, но не выходящие за рамки нормы. В нашей исследовательской группе количество нейтрофилов в крови достигало  $10 \pm 5\%$ , а количество лимфоцитов  $70 \pm 9\%$ , что свидетельствует о нарушении иммунного гомеостаза крови детей, обусловленного либо врождённым, либо приобретённым иммунодефицитом. При этом, в 100% случаев у детей в период с года до трёх лет отмечается эпизод вирусного заболевания, зафиксированного педиатром, сопровождавшегося увеличением температуры, вплоть до 40 градусов С, а также ростом количества моноцитов до  $16 \pm 5$ , некоторые случаи сопровождалось резким снижением или увеличением количества клеток среднего размера. Данные иммунограммы выявило в 100% случаев снижение фагоцитирующей активности клеток крови, подавление гуморального иммунитета, особенно за счёт IgA, а также чрезмерное увеличение количества Т-лимфоцитов на фоне нормального или немного пониженного количества В-лимфоцита, также существенного понижения натуральных киллеров. У 50% детей из исследовательской выборки сделан иммуноферментный анализ крови к Ig G:M на вирусы семейства герпесов. У

10% детей выявлен вирус Эпштейн-Барра (ВЭБ), у 10% детей обнаружен цитомегаловирус (ЦМВ), ещё у 10% детей обнаружены вирусы герпеса 1 и/или 6 герпеса. У остальных 20% детей обнаружены различные комбинации сочетания вирусов ЦМВ+ВЭБ, ЦМВ+ВЭБ+Герпес 6 типа, Герпес 1, 2 и 6 типа+ ЦМВ и/или ВЭБ. У 6-ти детей (8,5%) сдан анализ на авидность, который показал либо отсутствие авидных тел к вирусам, либо присутствие низко авидных тел. Снижение авидности иммуноглобулинов к вирусам приводит к хронизации герпетической инфекции. Известно, что обозначенные выше вирусы способны вызывать хронический вирусный энцефалит головного мозга, который сопровождается симптомами, характерными для РАС. В литературе представлены МРТ и КТ-признаки протекающего вирусного энцефалита, который зачастую вовлекает в патогенез лобную, затылочную и височные доли, также отмечают появление ЭПИ-волн в височных долях при герпесе 1 и 2 типа человека (Яхно Н.Н., Штульмана Д.Р., 2001). Патогенез в лобной доле приводит к нарушению эмоционально-волевой сферы. Вовлечение в патогенез височных долей приводит к нарушению понимания и воспроизведения речи. Патогенетичность теменной области приводит к сенсорным нарушениям. Нарушение работы затылочной доли приводит к возникновению синдрома скотопической чувствительности (синдром Ирлен). Противовирусное лечение у иммунолога трёх детей привело к снижению проявлений признаков аутизма у этих детей. Это косвенно подтверждает вирусную природу патогенеза аутизма. Последующие исследования будут включать хемилуминесцентный анализ, который позволит оценить интенсивность процессов свободнорадикального окисления (СРО), протекающих в организме детей с РАС.

Около 70 % информации поступает к нам через зрение. Искаженное зрительное восприятие приводит ко многим проблемам в различных сферах деятельности. Синдром скотопической чувствительности (Scotopic Sensitivity Syndrome - SSS), сейчас более известный как синдром Ирлен, - это дисфункция зрительного восприятия, не зависящая от остроты зрения, определяемого традиционными оптометрическими и офтальмологическими методами, которая проявляется в различной степени у 20 % людей. Люди, страдающие синдромом Ирлен, видят мир не так, как мы. Страдающие очень тяжелой формой синдрома могут испытывать трудности в восприятии людей, т. е. видеть мир фрагментарно, маленькими «кусочками», пока они не подойдут к ним на достаточно близкое расстояние. Другие могут испытывать сложности в восприятии печатного текста: расплывчатость, слияние, кажущееся движение букв и слов на странице и т. д. Легкая форма синдрома проявляется в частых головных болях, быстрой утомляемости при чтении, неспособности определить пространственные расстояния, плохой координации движений и т. д.

Синдром Ирлен может встречаться и в соединении с другими нарушениями, такими как дислексия, дисграфия, диспраксия, дисфазия, задержка развития, гиперактивность, аутизм и пр. Этот синдром был впервые описан в 1983 году Хелен Ирлен, она доказала, что дисфункция зрительного восприятия поддается 100 % коррекции путем подбора линз определенного оттенка. Хотя пока не известно, как использование цветных очков нормализует зрительное восприятие, исследования продолжаются и есть надежда, что в недалеком будущем ответ на этот вопрос будет найден. Около 20 % населения планеты страдает от этого расстройства. Иногда Синдром Ирлен называют также «визуальной дислексией» т.к. он чаще всего встречается среди дислексиков. Хелен Ирлен в своей книге «Reading by the Colours» сделала вывод о том, что 46 % людей с трудностями чтения имеют также и это расстройство. Многие люди, пытающиеся избавиться от дислексии, не достигают поставленных результатов только потому, что причиной является синдром Ирлен. Вот почему в рамках коррекции дислексии и других нарушений учебной деятельности важно точно распознать страдает ли человек также и синдромом скопотической чувствительности. Исследование синдрома Ирлен также подтвердило взаимосвязь с другими расстройствами, включая синдром хронической усталости, депрессия, СДВГ и аутизм.

Синдром определяется по множеству различных симптомов, основными из которых являются: светочувствительность; проблемы с концентрацией внимания и его удержанием; головные боли и мигрень, вызванные светом; искажения букв или фона в тексте; напряжение и усталость во время чтения; проблемы с оценкой глубины пространства; у людей с расстройством аутистического спектра (РАС) – фрагментарность (мозаичность) восприятия.

На сегодняшний день более 100 научных исследований, подтверждающих возникновение трудностей перцептивной обработки, связанных с синдромом Ирлен (Богдашина, 2014). Сейчас уже не вызывает никаких сомнений тот факт, что применение линз Ирлен помогает определенным людям скорректировать зрительное восприятие, причем эффект варьируется от некоторого улучшения до значительного. Однако в большинстве случаев, коррекция синдрома Ирлен путем цветных фильтров должна сопровождаться коррекционной работой по развитию определенных навыков и способностей, развитие которых было прежде затруднено искаженным восприятием. Фильтры Ирлен не снимают проблему, они лишь облегчают ее решение, устраняя зрительные искажения.

### **Выводы**

Клинические проявления аутизма, фиксируемые в области нарушения эмоционально-волевой сферы, сопровождаются ЭЭГ-признаками нарушения работы коры головного мозга. Следовательно, ЭЭГ может быть использован, как диагностический метод при коррекции аутизма.

По данным НЭЖ, у детей с аутизмом присутствуют признаки частичного или тотального нарушения энергообмена головного мозга, проявляющиеся в снижении выработки АТФ в разных долях коры головного мозга. Это может быть обусловлено нарушением кровотока в сосудах шейного отдела позвоночника, в сосудах головного мозга. Поэтому, НЭЖ может быть использован в диагностике расстройства аутистического спектра для определения тактики коррекционных воздействий.

По гематологическим данным, у детей выявлено нарушение гомеостаза внутренней среды организма за счёт снижения гемоглобина, изменения формы и объёма эритроцита, а также за счёт иммунной дисфункции, проявляющейся в лимфоцитозе и нейтропении. Таким, образом, развёрнутый анализ крови может быть ранним диагностическим критерием патогенеза РАС.

По данным иммунограммы у детей с РАС регистрируется вторичный иммунодефицит, на фоне которого может возникать хроническая герпетическая инфекция, которая, в свою очередь способна вызывать хронический энцефалит головного мозга, проявления которого схожи с РАС.

По результатам исследования синдрома скотопической чувствительности (синдрома Ирлен) выявлено, что у 80 % респондентов он встречается. Это говорит о том, что у большинства исследуемых респондентов наблюдается дефицитарность деятельности зрительной коры головного мозга, что в свою очередь влияет на формирование восприятия и обработки зрительной информации.

### Список литературы

1. Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра. М. : Медиа-Книга, 2015. С. 24-33.
2. Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра : учеб.-метод. пособие. М.: Медиа-Книга, 2015. С. 143-153.
3. Болезни нервной системы / под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. М.: Медицина, 2001. Т. 1. С. 48-49.
4. Черенёва Е.А. Володенкова Е.А. Межведомственная модель организации системы помощи детям с РАС в Красноярском крае // Аутизм и нарушения в развитии. 2016. Т. 14, № 4. С. 15-25. doi: <http://dx.doi.org/10.17759/autdd>
5. Черенёва Е.А., Богдашина О.Б., Казанова М., Сяюли Л. Модернизация идей исследования аутизма и развития системы помощи людям с аутизмом в России: от региональной инициативы к глобализации решений // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21, № 3. С. 131-140. doi: [10.17759/pse.2016210315](https://doi.org/10.17759/pse.2016210315)
6. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // Nervous Child. 1943. № 2. P. 217-250.
7. Болезни нервной системы / под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. М.: Медицина, 2001. Т. 1. С. 48-49.
8. Lotter V. Epidemiology of autistic conditions in young children – 1. Prevalence // Social Psychiatry. 1966. № 1 (3). P. 124-135.
9. Wing L., Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification // Journal of Autism and Development Disorders. 1979. № 9 (1). P. 11-29.

10. Eyal G., Hart B., Onculer E., Oren N., Rossi N. The Autism Matrix. Cambridge: Polity Press, 2010. 312 p.
11. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2003. № 33 (4). P. 365-382.
12. Kim Y.S., Leventhal B.L., Koh Y.J. [et al.] Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample // Am. J. Psychiatry. 2011. № 168 (9). P. 904-912.
13. Rimland B. Recovery from autism is possible // ARRI. 1994. № 8 (2). P. 3.
14. Богдашина О. Расстройства аутистического спектра: введение в проблему аутизма: учеб. пособие / под науч. ред. Е.А. Черенёвой. Красноярск : КГПУ им. В.П. Астафьева, 2014. 248 с.
15. Влияние глутена и казеина на формирование мозга (обзор статей) [Электронный ресурс]. URL : <http://www.elinahealthandbeauty.com/forum/viewtopic.php?t=8867>.
16. Богдашина О. Сенсорно-перцептивные проблемы при аутизме : учеб. пособие / под науч. ред. Е.А. Черенёвой. Красноярск : КГПУ им. В.П. Астафьева, 2014. 180 с.
17. Черенёва Е.А., Володенкова Е.А. Межведомственная модель организации системы помощи детям с РАС в Красноярском крае // Аутизм и нарушения в развитии. 2016. Т. 14. № 4. С. 15-25. doi: <http://dx.doi.org/10.17759/autdd>

УДК 159.9.316.6

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СОТРУДНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ «ВОЛГОФАРМ» В СВЕТЕ ТРУДОВЫХ ЦЕННОСТЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТИМУЛОВ**

**Т.В. Черникова**

*Волгоградский государственный социально-педагогический университет,  
г. Волгоград, Россия*

**А.К. Балабаева**

*Университет «Туран», г. Алматы, Казахстан*

**Аннотация.** Парадоксальная ситуация деятельности аптечных организаций и фармацевтических предприятий сложилась таким образом, что финансовое и в целом экономическое благополучие работников напрямую зависит от неблагополучия населения в плане здоровья. Увеличением затрат людей на медицинские препараты стимулируется развитие фармацевтической сферы и расширение профессиональных возможностей ее сотрудников. В работе с кадровым составом требуются мониторинговые мероприятия по отслеживанию трудовых ценностей и профессиональных стимулов труда для выявления нарушений психологического здоровья, связанных с усилением корыстной и карьеристской ориентации. Описанное в статье исследование было направлено на изучение ценностно-мотивационных факторов профессиональной деятельности, обусловленных

сферой производства, возрастным и статусным положением 469 сотрудников Волгоградского предприятия «Волгофарм». Диагностическим методом исследования послужила процедура экспертной оценки девяти трудовых ценностей, основанных на предложенных Н.А. Жданкиным показателях измерения группового мотивационного баланса. Перечень трудовых ценностей был выверен авторами статьи в соответствии с положениями теории Ф. Герцберга, дифференцировавшего потребности работников, и соотнесены с мотивационными комплексами К. Замфира.

Анализ полученных результаты позволил сделать выводы о том, что: а) по причине значимых различий в области ценностно-мотивационных устремлений может иметь место противостояние работников различного возрастного статуса; б) трудовые ценности старшей возрастной группы, составляющей более двух третей всех сотрудников, позитивно влияют на психологическое здоровье и служат залогом производственно-технологической безопасности на предприятии; в) при выдвижении на управленческие должности следует рассматривать кандидатуры работников с большим трудовым стажем в качестве обладателей ценностей, альтернативных индивидуалистическим устремлениям, молодых сотрудников. Результаты проведенного исследования могут служить основанием для разработки и корректировки дифференцированных программ централизованного повышения квалификации и внутриорганизационного обучения на местах. Что касается обучения по совместным программам, то его реализация позволит организовать передачу просоциально ориентированных ценностей и средств профессионального труда как залога сохранения психологического здоровья.

**Ключевые слова:** профессиональные стимулы, социальные деформации личности, трудовая мотивация, факторный анализ, ценностная ориентация труда.

**Актуальность.** Материалы исследований по проблемам ценностных ориентаций и ведущих мотивационных стимулов труда работников свидетельствуют о динамике произошедших в стране изменений. Их вектор направлен в сторону редукции трудовых ценностей и усиления прагматизма на фоне угрозы безработицы при кризисном состоянии экономики. Изменения коснулись работников аптечных организаций и предприятий фармацевтического профиля. Парадоксальная ситуация их деятельности заключается в том, что финансово-экономическое благополучие сотрудников напрямую зависит от неблагополучия других людей в плане здоровья. Чем хуже обстоят дела в этой сфере у основной массы населения, тем выгоднее это для работников фармацевтической области производства и торговли. В связи с этим при работе с кадровым составом требуются специальные мониторинговые мероприятия по изучению трудовых ценностей и профессиональных стимулов труда, с тем чтобы иметь возможность отслеживать первые признаки нарушения психологического

здоровья личности (социальных деформаций) и предупреждать их развитие. Возможные деформации могут быть связаны с усилением корыстной ориентации, с одной стороны, и карьеристской, с другой.

Постановка проблемы. Описанное в статье исследование осуществлено на базе Волгоградского областного государственного унитарного предприятия «Волгофарм», объединяющего серию аптек и аптечных производств. Пути скоростного карьерного продвижения открыты в настоящее время в городе в связи со строительством фармацевтического комбината лекарственных препаратов и подготовкой в Волгоградском государственном социально-педагогическом университете кадров на фармацевтическом факультете. Ориентированные в большей степени на взаимодействие с препаратами, молодые люди, столкнувшись на производственных практиках с посетителями аптек, демонстрируют на выходе из вуза самый высокий по сравнению с другими факультетами уровень эмоционального выгорания (прежде всего, за счет показателей тестовой шкалы «Деперсонализация») (Черникова, Болучевская, 2014).

Материалы проведенного исследования вписываются в проблематику ценностных ориентаций труда и мотивов профессиональной деятельности, изученных в плане их содержательного сдвига за последние два-три десятилетия. Дополняя западную концепцию отечественными результатами изучения возрастной динамики внутренней и внешней мотивации трудовой деятельности, российские исследователи определили главные ее доминанты. Независимо от возрастного статуса работников два общих трудовых мотива проходят через всю профессиональную биографию работника – деньги и уважение (Прохорова, Прохоров, 2015). Как оказалось, трудовые мотивы «деньги» и «уважение» для персонала аптечных предприятий муниципальной и частной форм собственности рассматриваются как альтернативные. Если для сотрудников муниципальных аптек актуальными явились материальные стимулы профессиональной деятельности (Мороз, 2011), то для работников коммерческих аптечных предприятий особую значимость приобрели нематериальные факторы поощрения за труд. Для них, в частности, фото на доске почета важнее, чем оплата проезда (бензина) или отдельный рабочий кабинет (Гришин, Лузянина, 2010). В идеальном варианте рассматривается сбалансированный комплекс материальных и нематериальных факторов, влияющих на субъективное восприятие ценности профессиональной деятельности в фармацевтической сфере.

Целью проведенного на выборке сотрудников фармацевтического предприятия «Волгофарм» г. Волгограда исследования стал анализ ценностно-мотивационных факторов профессиональной деятельности с учетом возрастного и статусного положения работников. В нем приняли участие 469 человек, 18 мужчин и 451 женщина в возрасте от 20 до 63 и более лет. Полученные результаты планировалось учитывать в качестве оснований для выбора содержания внутриорганизационного

обучения персонала, в том числе резерва управленческих кадров (Яхонтова, 2003). Подбор кадрового резерва руководителей как специальной задачи в свете ценностно-мотивационных устремлений работников был вызван результатами исследования Ю.Д. Красовского (2012). Им было обнаружено, что первые рейтинговые места у руководителей занимают ценности эгоцентрические (ориентация на себя и свои потребности) и инструментальные (решение задач достижения успеха).

**Методы.** Диагностическим методом исследования послужила процедура экспертной оценки девяти трудовых ценностей. В модифицированном виде факторы методики измерения группового мотивационного баланса Н.А. Жданкина (2010) были представлены как трудовые ценности и выверены авторами статьи по классическому варианту теории Ф. Герцберга (1966; 2010), дифференцировавшего потребности работников по мотивационным комплексам, и соотнесены с мотивационными комплексами К. Замфира (1983).

**Результаты.** В силу того, что 96,17% респондентов были женщины, анализ результатов по полоролевому составу не проводился. Стандартизация значений по шкалам по выборке в целом и по возрастам испытуемых представлена в табл. 2.

Таблица 2

**Средние значения и стандартные отклонения по шкалам  
(трудовым ценностям) у сотрудников различного возраста  
и организационного статуса**

Возраст	Показатели	Трудовые ценности								
		1.ПРО	2.ЭУД	3.ПКл	4.УТр	5.НСП	6.ОТр	7.СВР	8.ПСр	9.КРо
До 35	Ср.знач	9,00	9,41	9,54	9,93	9,44	9,85	9,37	9,56	9,39
	Ст.откл	1,88	1,53	1,45	0,35	1,40	0,69	1,30	0,71	1,09
После 35	Ср.знач	9,00	9,26	9,63	9,56	9,43	9,77	8,97	8,81	7,74
	Ст.откл	1,50	1,31	0,85	0,91	1,26	0,87	1,40	1,68	2,52
Рук.	Ср.знач	9,09	9,53	9,54	9,67	9,21	9,87	9,06	9,13	8,59
	Ст.откл	1,59	1,24	1,27	0,76	1,43	0,41	1,27	1,35	1,55
Исп.	Ср.знач	8,96	9,22	9,62	9,58	9,44	9,78	9,03	8,88	7,92
	Ст.откл	1,49	1,30	0,84	0,87	1,26	0,83	1,35	1,66	2,51
Все	Ср.знач	8,98	9,26	9,61	9,59	9,41	9,79	9,03	8,91	8,02
	Ст.откл	1,50	1,29	0,91	0,85	1,29	0,78	1,34	1,61	2,40

**Условные обозначения:**

ПРО – Перспективы развития организации; ЭУД – эффективность управленческой деятельности; ПКл – Психологический климат; УТр – Условия труда; НСП – Наличие социального пакета; ОТр – Оплата труда; СВР – содержание выполняемой работы; ПСр – Профессиональная самореализация; КРо – Карьерный рост

Сравнение размещенных в табл. 2 значений для лиц в возрасте до 35 лет (154 чел.) и после 35 лет (315 чел.) показывает, что в целом сотрудники предприятия «Волгофарм» дают высокую экспертную оценку всем трудовым ценностям из предложенного им списка. Они едины в том, какие из них считать приоритетными. Это имеющие индивидуалистическую направленность трудовые ценности «Оплата труда» и «Условия труда». Во всей выборке трудовая ценность «Психологический климат» оценена самым высоким баллом, хотя для лиц в возрасте до 35 лет она не является приоритетной. В данном случае сказалась особенность группы респондентов, более двух третей которой (67,16%) находилась в возрастном диапазоне от 35 до 63 и более лет. В силу того, что почти вся выборка является женской со смещением в сторону старшего возраста, ведущей характеристикой ее ценностных устремлений в трудовой деятельности является удовлетворенность своей профессиональной занятостью и комфортными условиями ее осуществления в коллективе. Немаловажное значение имеет производственная доступность средств заботы о своем здоровье и здоровье родных. Заметное различие в показателях связано с трудовой ценностью «Карьерный рост». У старших по возрасту работников значимость этой ценности снижена. Однако при этом отмечается самое высокое значение стандартного отклонения. Оно отражает широкий разброс оценок, т.е. разнородность отношения к данной ценности от явных карьерных устремлений до их дискредитации.

Результаты факторного анализа, полученного по итогам обработки данных с помощью программы IBM SPSS Statistika 25, показал дифференциацию факторов для выборки в возрасте до 35 лет и сосредоточенность их содержания на ожидании лояльности от сотрудников и организации в целом в деле собственного карьерного продвижения. Эти показатели отличались от тех, которые были получены на выборке работников старше 35 лет. Они свидетельствовали о совмещении карьерного роста (0,836) с профессиональной самореализацией в труде (0,764). Результаты сравнительного анализа независимых выборок, полученного после применения непараметрического U-критерия Манна-Уитни, показали значимые различия в пользу старшей выборки по итогам оценки трудовых ценностей «Карьерный рост» (средние ранги 269,67 и 218,05; значение 0,000) и «Профессиональная самореализация» (средние ранги 253,41 и 226,00; значение 0,026).

Сравнение значений табл. 2 для выборок руководителей (70 чел.) и исполнителей (399 чел.) по степени значимости для каждой из них трудовых ценностей, при общности трудовой ценности «Содержание выполняемой работы», показывает явные различия. Прежде всего, следует указать на возрастной дисбаланс руководителей и исполнителей. В возрасте до 35 лет руководителем низового или среднего зве-

на являлся каждый четвертый работник, в то время как среди коллег старше 35 лет только каждый десятый. С учетом уже обнаруженного дисбаланса трудовых ценностей сложившееся положение можно рассматривать как предпосылку скрытого или явного недовольства руководящих и рядовых работников друг другом. Руководители отличались от исполнителей ориентацией на перспективное развитие организации и усиление эффективности своей руководящей работы. Они видят перспективы своего карьерного роста как пространство для профессиональной самореализации. При этом, в отличие от рядовых сотрудников, они недооценивают значение психологического климата на производстве, высоко ценимого рядовыми работниками. Интерпретируя самый высокий по старшей выборке показатель стандартного отклонения по трудовой ценности «Карьерный рост» (2,51), можно говорить о готовности какой-то части сотрудников с большим стажем принять на себя обязанности руководителя. При этом легко предположить, что фармацевтическое производство с его строгими требованиями нуждается в руководителях, ориентированных на ценность «Содержание выполняемой работы» в большей степени, чем на ценности управленческой деятельности самой по себе.

Факторный анализ показал большую дифференциацию трудовых ценностей у руководителей. При этом ведущий фактор (суммарный процент 28,85), в отличие от остальных двух второстепенных (19,80 и 19,25), отражал совокупность ценностей, обеспечивающих производственный комфорт за счет психологического климата (0,848), перспектив организационного развития (0,852) и работы под эффективным управлением (0,892). Что касается рядовых сотрудников, то два практически равнозначных фактора (суммарные проценты 28,09 и 26,96), во-первых, фокусировали на себе трудовые ценности карьерного роста (0,818) за счет профессиональной самореализации (0,786) в ходе качественно выполняемой работы (0,701); во-вторых, отражали ценностное отношение к комфортным условиям (0,772) оплачиваемого труда (0,651) в психологически удовлетворительном климате (0,748). Сравнительный анализ диагностических результатов, полученных на независимых выборках руководителей и подчиненных с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни, показал значимые различия по ценности «Эффективность управленческой деятельности», отражающей зависимость результативности работы от руководства ею (средние ранги 261,25 и 230,39; значение 0,038) в пользу сотрудников со значительным стажем.

В итоге следует специально подчеркнуть, что осуществление административных функций представителями старшей возрастной группы, демонстрирующей просоциально ориентированный характер ценностно-мотивационных устремлений, снизит риск профессиональных

деформаций, направленных в сторону эгоцентрических притязаний на власть и материальный статус.

**Выводы.** Проведенное среди сотрудников предприятия «Волгофарм» исследование позволяет обобщить полученные результаты.

1. Анализ ценностно-мотивационных факторов профессиональной деятельности с учетом возрастного и статусного положения работников дал возможность утверждать, что трудовые ценности старшей возрастной группы сотрудников позитивно влияют на психологическое здоровье и служат залогом производственно-технологической безопасности на предприятии.

2. В силу того, что у работников до 35 и после 35 лет имеются значимые различия в том, какие ценности являются ведущими и каковы средства их реализации, может иметь место некоторое противостояние работников различного возрастного статуса. В силу численного преимущества старшей возрастной группы и доминирования реализуемых ими ценностей будут поддерживаться производственные отношения, позитивные в плане влияния на психологическое здоровье сотрудников.

3. В дополнение к традиции выдвигать на управленческие должности лиц в возрасте до 35 лет как имеющих длительную временную перспективу для развития карьеры, следует также рассматривать кандидатуры работников с большим трудовым стажем. С годами они набирают высокий профессионализм и становятся достойными претендентами на руководящие места. Приняв должность, они, в отличие от своих молодых коллег, не будут нуждаться в самоутверждении через амбициозно-доминирующее поведение, не разрушат в угоду ему сложившийся психологический климат в коллективе.

**Заключение.** Диагностические результаты изучения трудовых ценностей и мотивационных стимулов профессиональной деятельности могут служить основанием для разработки рекомендаций по реализации дифференцированных программ на курсах повышения квалификации и/или корпоративного обучения (стажировки) на местах.

Учитывая, что молодые сотрудники активно откликаются на материальные стимулы и перспективы профессионального роста, учебную работу с ними можно выстраивать в соревновательном режиме по созданию коллективных и индивидуальных проектов по реализации авторских идей (в том числе инновационных, грантовых), направленных на улучшение обслуживания, просвещение и профилактику населения.

В силу того, что пребывание сотрудников со значительным трудовым стажем в статусе резерва руководящих кадров характеризуется недооценкой ими перспектив развития организации, именно в этом

направлении следует проводить с ними учебную работу. Повышение осведомленности (в том числе с использованием информационных ресурсов) о месте предприятия в условиях перспективного развития фармацевтической отрасли повысит их готовность профессионально соответствовать предстоящей перестройке деятельности.

Обучение по совместным программам позволит сотрудникам старшей возрастной категории продемонстрировать образцы служения делу и передать ценностно-мотивационные основы профессии. Для работников (особенно руководителей) с небольшим стажем работы станут полезными психологические средства, обеспечивающие способы самопознания и восполнения собственных эмоционально-личностных ресурсов.

**Благодарности.** Авторы выражают глубокую благодарность оказавшим организационную помощь в сборе эмпирических материалов: В.В. Болучевской, канд. психол. наук, доценту Волгоградского государственного медицинского университета; М.А. Плясуновой, начальнику отдела по управлению персоналом ГУП «Волгофарм»; Н.А. Штаймец, руководителю аптечной группы Представительства ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) в Волгограде.

### Список литературы

1. Гришин А.В., Лузянина Е.С. Анализ эффективности применения поощрений для трудовой мотивации специалистов аптечного предприятия // Бюллетень сибирской медицины. 2010. № 1. С. 119-126.
2. Жданкин Н.А. Мотивация персонала: измерение и анализ. М. : Финпресс, 2010. 272 с.
3. Замфир К. Удовлетворенность трудом: мнение социолога. М. : Политиздат, 1983. 142 с.
4. Красовский Ю.Д. Управленческие ценности руководителей // Социология и жизнь. 2012. № 2. С. 149-154.
5. Мороз Т.Л. Анализ групповой мотивации персонала муниципальной аптеки // Сибирский медицинский журнал. 2011. № 6. С. 169-171.
6. Прохорова М.В., Прохоров В.М. Возрастная динамика внутренней и внешней мотивации трудовой деятельности // Вестн. Южно-Урал. гос. ун-та. 2015. Т. 8, № 3. С. 57-64.
7. Черникова Т.В., Болучевская В. В. Психология эмоционального выгорания. Волгоград : Изд-во Волгогр. гос. мед. ун-та, 2014. 296 с.
8. Яхонтова Е.С. Управление ценностями как элемент управления человеческими ресурсами компании [Электронный ресурс]. URL : <http://www.mevriz.ru/articles/2003/4/1784.html> (дата обращения: 11.09.2018).
9. Herzberg F., Mausner B., Snyderman B. The motivation to work. 12th ed. New Brunswick (USA); London (UK): Translation Publishers, 2010. 180 p.
10. Herzberg F. Work and The nature of Man. Cleverland, OH: The World Publishing Company, 1966. 203 p.

# ПРОБЛЕМА МОДИФИКАЦИИ МЕТОДОВ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ К РАЗЛИЧНЫМ ТИПАМ НОЗОЛОГИЙ (НА ПРИМЕРЕ ОРГАНИЧЕСКИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ)

Н.В. Шмакова

*Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В настоящее время когнитивно-поведенческая психотерапия является эффективным средством психологической помощи при различных видах нарушений. В то же время существует проблема адаптации «классической» когнитивно-поведенческой психотерапии к различным видам нозологических расстройств с целью учета индивидуальных особенностей пациентов и повышения эффективности лечения. Например, при органических поражениях ЦНС отмечается утяжеление клинико-психопатологических проявлений тревожно-депрессивных расстройств за счет астенических, вегетативных и когнитивных нарушений. Вследствие чего методы психотерапии должны быть адаптированы с учетом психофизиологических особенностей пациентов данной группы. В предлагаемой статье на основе сравнительного анализа данных литературы и результатов исследований обсуждены возможности адаптации и модификации когнитивно-поведенческих методов интервенции к нуждам и специфическим особенностям пациентов данной группы. Модификация должна проводиться в следующих направлениях: изменение организации сессий, изменение характера воздействия, учет особенностей когнитивных интервенций.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая психотерапия, органические непсихотические расстройства, когнитивно-поведенческая психотерапия «третьей волны».

**Актуальность.** В настоящее время когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП) является эффективным средством психологической помощи при различных видах нарушений. Особенно много исследований, доказывающих эффективность КПП в работе с аффективными (тревожными, депрессивными) и обсессивно-компульсивными расстройствами.

Однако, как мы видим на практике, тревожные и депрессивные расстройства часто возникают у пациентов на базе более фундаментальных нарушений: органического поражения ЦНС, расстройств зрелой личности, расстройств шизофренического спектра. Генез, динамика, клинические проявления данных нарушений имеют свои существенные отличия и

особенности. Отсюда возникает проблема модификации «классической» КПП, т.к. не все ее методы и подходы могут быть одинаково эффективны в различных нозологиях с учетом различной базы возникновения расстройств, особенностей их протекания, степени выраженности и особенностей дезадаптации. Различия могут выражаться как в системе организации психологического сеанса, так и в выборе мишеней терапии, вплоть до разработки отдельных специализированных направлений КПП, адаптированных для работы с различными нозологическими формами. Таким образом, существует проблема адаптации «классической» КПП к различным видам нозологических расстройств с целью повышения эффективности терапии, учета индивидуальных особенностей пациентов.

В консультационной практике психологов и психотерапевтов довольно высокий процент принадлежит обращениям пациентов с органической недостаточностью ЦНС. Органические непсихотические расстройства представляют собой группу разнообразных нервно-психических нарушений, обусловленных относительно стойкими последствиями органических поражений головного мозга, которые являются биологическим фактором, способствующим хронизации и утяжелению течения невротических расстройств, влияющих на социальную адаптацию пациентов. Как правило, в картине болезни прослеживается цефалгический синдром, синдром когнитивных, личностных и эмоционально-волевых нарушений. Показано, что под влиянием органической недостаточности ЦНС структура личности пациента усложняется, дополняется акцентом на epileptoидных, истероформных, астено-органических чертах (Цыганков, Иванова, Гаджиева, 2015)

Данная категория пациентов считается сложной для психотерапии ввиду клинико-психологических особенностей: снижения мыслительных функций, нарушений внимания и памяти, снижения в сфере произвольной регуляции поведения, усиления ригидности аффекта и т.д. Наличие резидуальной органической симптоматики в картине тревожных и депрессивных расстройств усложняет ее за счет соматизации аффекта, астенических, вегетативных и когнитивных нарушений с истощаемостью внимания и мнестических функций (Иванова, 2016). В других исследованиях было отмечено, что основными психоэмоциональными особенностями больных с ранней стадией сосудистых заболеваний головного мозга является повышенная тревожность, алекситимия и одновременно рентно-ипохондрические тенденции, что может затруднять психотерапевтический процесс (Голубев, 2009).

Между тем, методы когнитивно-поведенческой терапии могут быть достаточно эффективны для пациентов данной группы, если они адаптированы к их клинико-психологическим особенностям. В исследовании Голубева М.В., направленном на сравнительную оценку эффективности различных методов КПП (БОС – терапии, когнитивной терапии,

когнитивной гипнотерапии) у больных с ранней стадией хронических сосудистых заболеваний головного мозга, показано, что улучшение психоэмоционального состояния, достигнутое при проведении курсов стандартной терапии, БОС-терапии и когнитивной гипнотерапии, через год наблюдения нивелировалось. Сохранить его удалось лишь у больных, занимавшихся когнитивной терапией. При этом использовалась специально адаптированная когнитивная терапия (Голубев, 2009). Таким образом, введение адаптированной когнитивной терапии в протоколы лечения данной категории больных позволяют сохранить терапевтический результат на достаточно длительный срок.

В зарубежной литературе опубликованы работы, описывающие возможности КПП при коррекции тревожно-депрессивных расстройств в неврологической практике: к примеру, при черепно-мозговых травмах, болезни Паркинсона, рассеянном склерозе, эмоциональных нарушений после ОНМК. В отечественной научной литературе перечень исследований применения когнитивно-поведенческой терапии у больных с органическим поражением ЦНС невысок, несмотря на то, что пациенты этой группы имеют особые нужды, обусловленные, в т.ч., церебрастеническими и когнитивными нарушениями. Мы можем также взять на вооружение рекомендации, данные в исследованиях особенностей психотерапии пациентов пожилого возраста, так как в этом возрасте доля органических расстройств составляет 60% (Захарченко, Петриков, 2018).

Задача данной работы - обобщить ряд исследований и опыт применения КПП для коррекции аффективных нарушений больных с органическим поражением ЦНС и описать возможные пути адаптации методов КПП к специфическим особенностям пациентов этой группы.

Как уже упоминалось, наиболее важными психофизиологическими особенностями пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, которые могут оказать влияние на успешность психотерапии, являются снижение когнитивных функций (памяти, внимания, мышления), повышенная истощаемость психических процессов. Исходя из этого, проведению психотерапии должна предшествовать детальная патопсихологическая диагностика, что связано с необходимостью выявления степени эмоциональных, когнитивных и личностных расстройств. Большинство пациентов при обращении высказывает жалобы на головные боли, частые состояния тревоги и пониженного настроения, недостаточную удовлетворенность отношениями в семье и собственным образом жизни. По цели психотерапия должна строиться как купирующая и поддерживающая, так как положительный прогноз от реконструктивных направлений маловероятен в силу снижения подвижности психических процессов (Соловьев, Новикова, Местечко, 2015).

Сравнительный анализ данных литературы и результатов исследований позволил выделить направления модификации методов КПП для

пациентов с органическими расстройствами. Модификация КПП должна проводиться в следующих направлениях: изменение организации сессий, изменение характера воздействия, учет особенностей когнитивных интервенций.

Изменение в организации сессий заключается в снижении их продолжительности, введении перерывов, ограниченном количестве пунктов на повестке дня с регулярным выделением ключевых моментов, обязательном ведении записей. Обсуждаемые вопросы должны быть важны и понятны для пациента, иметь отношение к его повседневной жизни. Интенсивность работы не должны быть высокой, необходимо регулярно возвращаться к уже имеющимся результатам. В некоторых случаях целесообразно отказаться от домашних заданий, выполняя работу совместно с пациентом, так как ее самостоятельное выполнение может быть затруднено.

Изменение в процессе терапии заключается, прежде всего, в смещении фокуса работы с когнитивных интервенций на поведенческие. Поведенческие интервенции могут быть ориентированы как на развитие навыков решения конкретных проблем, так и на общую активизацию пациента (что имеет большое значение, например, при депрессивных расстройствах). Начать необходимо с простых задач, которые смогут повысить уверенность пациента в собственных силах, укрепить его мотивацию. При этом следует четко определить шаги, необходимые для проведения интервенций, они должны быть записаны. Задания следует ранжировать по уровню сложности. Градуированная поведенческая интервенция должна строиться вокруг значимого для пациента занятия, быть простой для реализации. Такого рода задания активизируют пациента, повышают фон настроения, развивают навыки планирования и решения проблем, позволяют пациенту чувствовать свою состоятельность (Захарченко, Петриков, 2018).

Для организации поведенческих интервенций может быть полезна теория селективной оптимизации и компенсации. Селекция заключается в выборе наиболее значимых форм активности (отказ от тех видов активности, которые имеют меньшую ценность, чтобы уделить больше времени тем, которые пациент считал более значимыми). Оптимизация - распределение ресурсов, прежде всего, энергии: продумать (вместе с пациентом), как сделать задачу выполнимой с точки зрения энергозатрат. Значимая активность может стать более короткой, редкой или включать те действия, которые пациенту даются наиболее хорошо. Компенсация - найти способы поведения, позволяющие восстановить силы в данный момент, компенсировать их дефицит, в частности, если пациент ощутит, что энергозатраты превысили ожидаемые. Это могут быть паузы в ходе выполнения деятельности, обращение за помощью, чередование задач по уровню сложности и т. д. (Baltes, 1997).

Необходимо выделить также особенности когнитивных интервенций. Существуют общие закономерности формирования эмоциональных нарушений в парадигме КПП. У пациентов с органическими расстройствами чаще наблюдаются следующие мыслительные паттерны, основанные на неверных интерпретациях происходящих событий: катастрофизация и предсказание негативного будущего, дихотомическое мышление, негативный фильтр, обесценивание, персонализация. (Захарченко, Петриков, 2018). Поэтому важно обсуждать с пациентом возможные последствия его образа мышления, насколько оно соответствует реальности и полезно ли для него, какие преимущества и недостатки имеет. Необходимо обучение пациентов самостоятельной коррекции дезадаптивных когнитивных конструкций (работа с автоматическими мыслями), обучение саморегуляции (коррекция вегетативного дискомфорта, навыки совладания с негативными эмоциями). Таким образом, мы решаем следующие задачи: повышение самостоятельности пациентов, принятие ответственности за свое поведение и самочувствие, создание адекватного представления о собственной жизни, эмоциональных и физических возможностях, освоение адекватных копинг-стратегий (Цыганков, Иванова, Гаджиева, 2015).

У пациентов с соматической патологией часто выявляется тревожное усиление внимания к симптомам, ожидание ухудшения состояния, искаженные представления к своему заболеванию и методах лечения, алекситимия, рентно-ипохондрические тенденции. Голубев М.В. в своем исследовании предлагает включить в психотерапевтический процесс анализ внутренней картины болезни, рассмотрение ее когнитивной и поведенческой составляющей, выявление автоматических мыслей и иррациональных убеждений относительно своего заболевания и формулирование объективной картины ситуации. Следует ожидать, что включение в курс когнитивной терапии отдельной программы формирования оптимальной внутренней картины болезни будет способствовать повышению эффективности лечения (Голубев, 2009).

По нашим наблюдениям и практическому опыту, начинать работу лучше с поведенческих методов, направленных на снятие беспокоящих симптомов, так как сугубо когнитивные техники (выделение и анализ автоматических мыслей, иррациональных убеждений, их диспутирование и формулирование адекватных реальности форм когнитивного реагирования) требуют времени и достаточных интеллектуальных и энергетических ресурсов, их практические результаты не сразу могут быть очевидны для пациента. В то время как некоторое облегчение симптоматики с помощью практик осознанности, упражнений на регуляцию эмоционального состояния повышают мотивацию пациентов, формируют позитивный опыт и ресурс для более глубокого терапевтического вмешательства, направленного на причины эмоциональных расстройств и

их предупреждение. При этом работы на уровне психообразования, обучения анализу ситуации, выделению автоматических мыслей и дисфункциональных убеждений, их переформулированию и поиску альтернатив часто бывает достаточно, так как для пациента осознать когнитивную модель возникновения эмоциональных расстройств и увидеть (а затем и сформулировать для себя, и проверить на практике) альтернативные способы реагирования - уже большое достижение, позволяющее более гибко реагировать, улучшить навыки самоконтроля, осознанности, прогнозирования и планирования собственного поведения и эмоциональных реакций, что позволяет (при регулярном практическом применении) улучшить навыки в сфере общения и эмоциональное самочувствие. Именно ригидность и автоматизированность когниций является базой для формирования и поддержания дисфункциональных убеждений и схем. В данном случае КПП – обучение более гибкому способу мышления, следовательно, – профилактика эмоциональных и поведенческих нарушений.

Для работы с пациентами с органическими расстройствами допустимо привлечение ряда методов «третьей волны» КПП: когнитивной терапии, основанной на осознанности (МВСТ), диалектико-поведенческой психотерапии (ДПТ, хотя изначально это направление было разработано для лечения пограничного расстройства личности). Конкретные упражнения, взятые из этих направлений, могут быть успешно использованы для данной категории пациентов вследствие их структурированности, простоты освоения, четкой теоретической обоснованности, доступной для понимания, быстрого эффекта по облегчению симптомов,

Например, когнитивная терапия, основанная на осознанности (МВСТ) ставит своей задачей «вернуть человека в настоящее». Этот метод фокусирует внимание человека на проживании настоящего момента для того, чтобы избавить его от избыточной стереотипичности и автоматизированности мышления, содержащего дисфункциональные паттерны. В данном подходе тренируется неосуждающее и безоценочное восприятие явлений окружающего мира, в том числе собственных негативных эмоциональных переживаний, физиологических дисфункций. Приемы МВСТ позволяют снизить использование дисфункциональных автоматических мыслей и повысить осознанность каждого проживаемого момента и совершаемого выбора, тренируют способность занимать рефлексивную позицию по отношению к потоку своего мышления (Ковпак, 2016).

Диалектико-поведенческая терапия (ДПТ) включает в себя использование некоторых упражнений из практик осознанности (навыки психической вовлеченности), четко и пошагово прописывая их применение, а также представляет программу-тренинг обучения навыкам

эмоциональной саморегуляции и эффективных межличностных отношений.

**Выводы.** Когнитивно-поведенческая психотерапия пациентов с органическими непсихотическими расстройствами представляется перспективной в том случае, если ее методы будут адаптированы и модифицированы в соответствии с клинико-психопатологическими особенностями пациентов данной группы. При этом необходимы изменения в организации сессий (в частности, их продолжительности, периодичности и темпа), и в самом процессе терапии (упор на поведенческие техники), а также учет особенностей когнитивных интервенций. Следует ожидать, что включение в курс когнитивной терапии отдельной программы формирования оптимальной внутренней картины болезни будет способствовать повышению эффективности лечебного процесса. Допустимо привлечение ряда методов «третьей волны» КПП (терапия, основанная на осознанности, диалектико-поведенческая психотерапия) в силу их структурированности, простоты освоения, четкой теоретической обоснованности, доступной для понимания, быстрого эффекта по облегчению симптомов.

### Список литературы

1. Голубев М.В. Когнитивно-поведенческая психотерапия при ранней стадии хронических сосудистых заболеваний головного мозга : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.13, 19.00.04. М., 2009. 36 с.
2. Захарченко Д.А., Петриков С.С. Возможности применения когнитивно-поведенческой терапии в коррекции депрессивных и тревожных нарушений после инсульта // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 1. С. 95-111.
3. Иванова Г.Р. Психотерапия в комплексном лечении больных с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне резидуально-органической недостаточности центральной нервной системы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06, 19.00.04. М., 2016. 26 с.
4. Ковпак Д.В. Суицидальное поведение и ключевые концепты «третьей» волны когнитивно-поведенческой терапии // II Международный съезд Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии : сб. науч. ст. / авт.-сост. Д.В. Ковпак, А.И. Ковпак. СПб. : СИНЭЛ, 2016. С. 33-56.
5. Соловьев А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В. Психотерапия лиц пожилого возраста с пограничными психическими расстройствами // Вестник психотерапии. 2015. № 54 (59). С. 19-32.
6. Цыганков Б.Д., Иванова Г.Р., Гаджиева У.Х. Возможности психотерапии тревожно-депрессивных расстройств, протекающих на фоне резидуально-органической недостаточности ЦНС [Электронный ресурс] // XVI Съезд психиатров России: Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», г. Казань, 23-26 сент. 2015 г. : тезисы / под общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб. : Альтра Астра, 2015. С. 735-736.
7. Baltes P.B. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory // American Psychologist. 1997. Vol. 52, № 4. P. 366-380.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, ВЫСШИХ МОЗГОВЫХ ФУНКЦИЙ, ПРОФИЛЯ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ И КОМОРБИДНОСТЬ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Л.С. Эверт<sup>1</sup>, С.А. Бахшиева<sup>1,2</sup>, Н.Ю. Гришкевич<sup>1,2</sup>, Н.С. Шибанова<sup>1,2</sup>,  
Т.В. Потупчик<sup>1,2</sup>, Ю.Р. Ахмельдинова<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера,  
г. Красноярск, Россия

<sup>2</sup>Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

**Аннотация.** Цель работы: изучить особенности психоэмоционального статуса, высших мозговых функций (ВМФ) и профиля межполушарной асимметрии (МПА) у детей с астеническим синдромом (АС), проанализировать коморбидность данного синдрома с психосоматическими расстройствами. Новизна: оценена и показана целесообразность применения методологического подхода с использованием авторской программы ЭВМ для оценки психоэмоционального статуса, ВМФ и профиля МПА у детей и подростков. Выводы: выявлена сопряженность АС с повышенным уровнем стрессового напряжения, большей частотой тревоги, депрессии и соматизации. Установлена коморбидность астенического синдрома с различными видами психосоматических расстройств: выявлена более частая ассоциация АС с синдромом вегетативной дисфункции (СВД) смешанного и ваготонического типа, артериальной гипертензией (АГ), паническими расстройствами (ПР), синкопальными состояниями (СС), частой эпизодической и хронической головной болью напряжения (ГБН). По мере нарастания частоты эпизодов цефалгии увеличивается доля пациентов с астеническим синдромом среди данного контингента.

**Ключевые слова:** астенический синдром, психоэмоциональный статус, высшие мозговые функции, психосоматические состояния, профиль межполушарной асимметрии, дети и подростки.

**Актуальность.** Актуальность данного исследования для педиатрической практики обусловлена необходимостью решения задач ранней диагностики и коррекции различных видов нарушений психоэмоционального статуса (тревоги, депрессии, уровня стрессового напряжения) у детей и подростков, в том числе – детей с астеническим синдромом, потребностью разработки эффективных способов предупреждения их трансформации в разнообразные формы психосоматической патологии с целью

сохранения здоровья детского населения и профилактики развития у них социально-психологической дезадаптации (Калинина, 2012; Васильева, 2014, 2015; Лифинцева, 2015; Brit A Blaauw, 2014; C Rousseau-Salvador, 2014). Недостаточная методологическая и методическая разработка этой проблемы сдерживает решение фундаментальных задач оптимизации профилактики данных видов патологии у детей. Решение этих вопросов, несомненно, представляет научно-практический интерес и обусловило необходимость проведения данного исследования (Лебедева, 2012).

**Цель исследования:** изучить особенности психоэмоционального статуса, высших мозговых функций и профиля межполушарной асимметрии у детей с астеническим синдромом, проанализировать коморбидность данного синдрома с психосоматическими расстройствами. Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие *Задачи*:

1. Оценить особенности психоэмоционального статуса: наличие и степень выраженности тревоги (личностной и реактивной), уровень депрессии и стрессового напряжения у детей и подростков с наличием и отсутствием астенического синдрома.

2. Проанализировать направленность изменений высших мозговых функций (памяти, внимания, мышления) у детей с АС и без АС.

3. Изучить особенности профиля межполушарной асимметрии у детей и подростков с АС, сопоставить полученные данные с аналогичными характеристиками пациентов без АС.

4. Проанализировать у обследованных пациентов коморбидность астенического синдрома с психосоматическими расстройствами: АГ, СВД, СС, ПР и рецидивирующими болевыми синдромами.

**Материалы и методы исследований.** Обследованы дети и подростки 7-17 лет (мальчики и девочки) – пациенты дневного стационара педиатрического отделения в количестве 102 человек. Состояние психоэмоционального статуса изучалось с использованием программы для ЭВМ «Оценка психоэмоционального статуса, латерального фенотипа и высших мозговых функций у детей и подростков» (Эверт, 2016).

- *Уровень тревожности* у детей 7-11 лет – оценивался путем внесения в соответствующее диалоговое окно программы для ЭВМ вариантов ответов пациента на вопросы «Шкалы явной тревожности «SMAS»». На основании полученной шкальной оценки программой делался вывод об уровне тревожности.

- *Уровень тревожности (личностной и ситуационной)* у детей 12-17 лет – оценивался путем внесения вариантов ответов пациента на вопросы «Теста Спилбергера-Ханина» в соответствующее диалоговое окно программы ЭВМ. На основании полученной шкальной оценки программой делался вывод об уровне тревожности.

- *Уровень тревоги и уровень депрессии* оценивались путем внесения вариантов ответов опросника Госпитальная шкала «HADS» в соответствующее диалоговое окно программы с последующей оценкой наличия и степени выраженности данных характеристик по включенным в модуль программы критериям бальной оценки.

- *Уровень стрессового напряжения* оценивался путем внесения вариантов ответов пациента на вопросы анкеты для родителей «Социальные факторы и стресс» в соответствующее диалоговое окно программы ЭВМ. На основании полученной шкальной оценки программой делался вывод об уровне стресса.

- *Уровень дистресса, депрессии, тревоги и соматизации* определялся по «Четырехмерному опроснику» (B. Terluin, 2006).

- *Оценка профиля межполушарной асимметрии (МПА)* - проводилась путем выполнения ряда проб, которые выполнялись в присутствии врача-исследователя, с последующим внесением результатов тестирования в соответствующее диалоговое окно программы ЭВМ. Оценивалась моторная асимметрия (по величине коэффициента функционально преобладающей руки и ноги), сенсорная асимметрия (по величине коэффициента функционально преобладающего глаза и уха), функциональная асимметрия (с выделением правого профиля функциональной межполушарной асимметрии (ФМА), левого профиля ФМА, смешанного профиля ФМА и амбидекстрального профиля ФМА).

- *Оценка высших мозговых (когнитивных) функций:*

1) *Оценка вербально-логического мышления* – осуществлялась путем внесения в соответствующее диалоговое окно программы результатов обследования пациента по тесту «Исключение понятий». Тест проводился в присутствии врача-исследователя.

2) *Оценка кратковременной памяти* – осуществлялась путем внесения в соответствующее диалоговое окно программы результатов обследования пациента по тесту «Запоминание чисел».

3) *Оценка объема внимания* – осуществлялась путем внесения в соответствующее диалоговое окно программы результатов обследования пациента по тесту «Воспроизведение фигур, крестиков».

- *Диагностика психосоматических расстройств:*

Сбор необходимой информации о наличии у обследованных детей и подростков психосоматических расстройств осуществлялся методом анкетирования. Анкетный опрос проводился после получения письменного информированного согласия на участие в обследовании родителей детей младше 15 лет или самих пациентов в возрасте старше 15 лет. Для выявления и верификации клинических вариантов психосоматических рас-

стройств (психосоматических синдромов) использовалась скрининговая анкета и критерии, разработанные С.Ю. Терещенко (2013).

Оценивалось наличие у детей АГ, СВД, первичной цефалгии, рецидивирующих болей в животе (РБЖ), болей в различных отделах позвоночника (шейном, грудном, поясничном) – дорсалгий, АС, панических расстройств (ПР). Для верификации вида цефалгии использовался диагностический алгоритм, разработанный на основе международной классификации головной боли (2005).

Наличие астенического синдрома и панических расстройств верифицировалось после предварительной оценки (в баллах) диагностически значимых для АС и ПР признаков. Для АС максимальное количество баллов составляло 21, при сумме баллов < 10 диагноз АС исключался, при сумме баллов  $\geq 10$  выставлялся диагноз АС. При оценке наличия или отсутствия ПР максимальная сумма баллов составляла 13, при ее величине < 4 – диагноз ПР исключался, при величине суммы баллов  $\geq 4$  делали заключение о наличии у обследуемого ПР.

Частота головной боли оценивалась по следующим критериям: за последние 3 месяца голова болела не чаще 1 раза в месяц или не болела вообще – нет РГБ, голова болела от 1 до 15 раз в месяц – эпизодическая головная боль напряжения (ЭГБН), голова болела чаще 15 раз в месяц – хроническая головная боль напряжения (ХГБН). Частота болей в животе (РБЖ) и спине (шейном, грудном и поясничном отделе позвоночника) оценивалась по следующим критериям: в течение последних 3-х месяцев боли не беспокоили – нет РБЖ и/или болей в спине, боли беспокоили 1-2 раза в месяц – редкие боли, чаще 2-х раз в месяц – частые боли в животе и/или спине.

Статистическая обработка проведена на персональном компьютере с применением пакета прикладных программ «Statistica 12.0 for Windows». Анализ статистической значимости различий качественных бинарных признаков проведен с помощью критериев  $\chi^2$  Пирсона, а для малых выборок – двусторонний точный критерий Фишера.

### **Результаты и обсуждение**

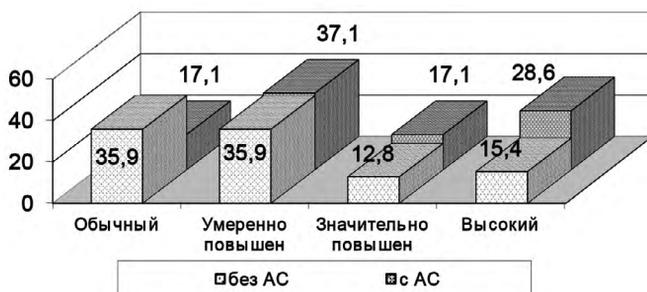
*Особенности психоэмоционального статуса, ВМФ и профиля МПА у детей и подростков с астеническим синдромом*

Уровень личностной тревожности, оцененный по тесту Спилбергера-Ханина, был в пределах допустимого (нормального) уровня у всех обследованных. Умеренно выраженный уровень реактивной (ситуационной) тревожности выявлен у 5,6% пациентов с АС, в группе без АС таких лиц не было.

По госпитальной шкале «HADS» уровень клинически выраженной тревоги имел место только у пациентов с АС (5,7%), доля пациентов с субклинически выраженной тревогой была больше среди пациентов с АС, чем без АС (соответственно 20,0% и 2,7%).

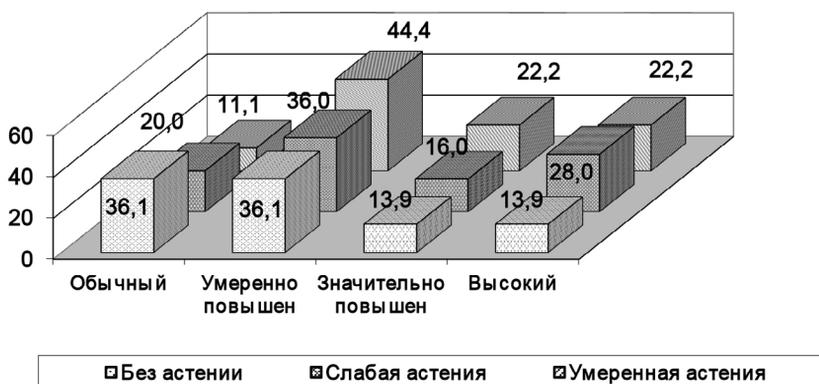
Согласно оценкам данной шкалы, клинически выраженная депрессия регистрировалась значительно чаще у пациентов с АС в сравнении с группой без АС (62,9 и 13,5%), количество пациентов с субклинически выраженным уровнем депрессии было сопоставимым в обеих сравниваемых группах (20,0 и 24,3%). В группе с АС было значительно меньше пациентов, не имевших клинических проявлений депрессии, в противоположность группе без АС, где доля таких лиц была значительно больше (соответственно 17,1% и 62,2%).

Значительно повышенный и высокий уровень стрессового напряжения чаще регистрировался у детей с астеническим синдромом (рис. 1).



**Рис. 1.** Распределение детей с различным уровнем стрессового напряжения в группах с АС и без АС (%)

Умеренно повышенный уровень стрессового напряжения был чаще характерен для детей с умеренно выраженной астенией – у 44,4% (рис. 2).

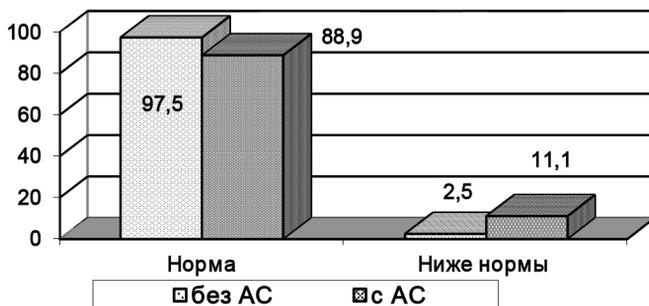


**Рис. 2.** Распределение детей с различным уровнем стрессового напряжения в группах с различной степенью выраженности АС и без АС (%)

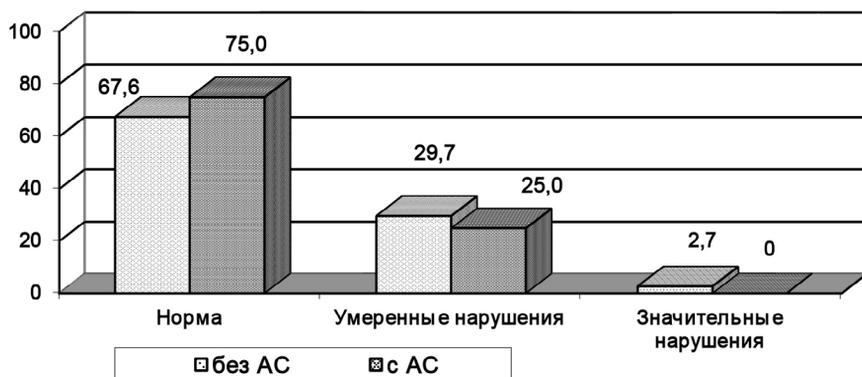
При оценке состояния одной из характеристик ВМФ (кратковременной памяти) было установлено, что в группе с АС чаще встречались пациенты с уровнем памяти ниже нормы (рис. 3).

При сравнительном анализе особенностей вербально-логического мышления в группах пациентов с АС и без АС значимых различий выявлено не было (рис. 4).

Объем внимания был в пределах нормы у всех пациентов с АС, а в группе без АС часть детей (5,0%) имели уровень данного показателя ниже нормы.



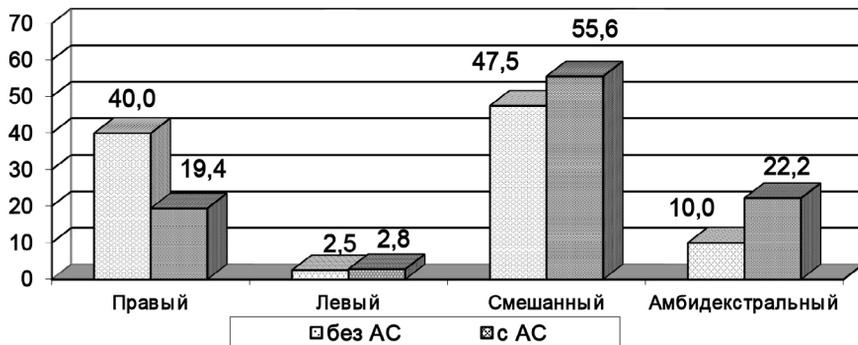
**Рис. 3.** Распределение детей с различным уровнем кратковременной памяти в группах с АС и без АС (%)



**Рис. 4.** Распределение детей с различным уровнем вербально-логического мышления в группах с АС и без АС (%)

Распределение пациентов по профилю межполушарной асимметрии иллюстрирует рисунок 5. Преобладающим видом латерального фенотипа у пациентов обеих групп был смешанный и праволатеральный, несколько реже определялся амбидекстральный фенотип (он в 2 раза чаще

имел место в группе с АС) и минимальное число обследованных характеризовалось леволатеральным профилем межполушарной асимметрии (рис. 5).



**Рис. 5.** Распределение детей с различным профилем межполушарной асимметрии в группах с АС и без АС (%)

#### *Коморбидность АС с другими психосоматическими синдромами и состояниями*

На момент обследования клинические проявления астенического синдрома различной степени выраженности имели место у 60,7% пациентов с АГ и у 43,7% – без АГ ( $p=0,1536$ ). Слабо выраженная астения чаще регистрировалась у пациентов с АГ (48,1%) в сравнении с группой без АГ (29,5%), показатели умеренно выраженной астении были сопоставимыми в обеих группах (14,8 и 13,6%).

СВД смешанного типа была сопряжена с наличием АС у 54,5% пациентов, а СВД ваготонического типа – у 41,2% пациентов. При этом в обеих группах преобладала астения слабой степени выраженности и реже регистрировалась умеренная астения.

Сравнительный анализ наличия проявлений АС у пациентов с различными клиническими вариантами головных болей показал, что по мере нарастания частоты эпизодов цефалгии увеличивалось число пациентов с АС – у 20,0% без РГБ, у 43,5% – с эпизодической ГБН и у 70,0 – с хронической ГБН. Умеренно выраженная астения чаще регистрировалась в группе с хронической ГБН (25,0%), реже – с эпизодической ГБН (10,9%), слабо выраженная астения регистрировалась у 45,0% пациентов с ХГБН и у 32,6% - с ЭГБН.

Проанализирована сопряженность АС с паническими расстройствами, установлено, что частота встречаемости АС была значительно выше у пациентов с ПР, чем без ПР (соответственно 78,6% и 29,2%,  $p<0,0001$ ). Умеренно выраженная астения значительно чаще выявлялась у пациен-

тов с ПР (28,6%) в сравнении с группой без ПР (4,2%), также в 2 раза чаще имели пациенты с ПР слабую степень астении – 50,0% против 25,0%.

Наличие АС диагностировалось у 50,0% обследованных с частыми болями в животе, у 41,7% - с редкими абдоминальными болями и у 52,2% - без РБЖ. Частота встречаемости АС различной степени выраженности (умеренной и слабой) оказалась сопоставимой в группах пациентов с разной частотой эпизодов абдоминальных болей.

Астенический синдром в большей степени был характерен для пациентов с синкопальными эпизодами в анамнезе, чем без синкопе (соответственно 65,0 и 46,1%). Пациенты с синкопальными состояниями отличались от группы без синкопе большей частотой слабо выраженной астении (57,9 и 31,2%), частота встречаемости умеренно выраженного уровня астении была сопоставимой в обеих сравниваемых группах (10,5 и 14,6%).

#### **Выводы:**

1. Астенический синдром чаще ассоциировался с наличием умеренно выраженной реактивной (ситуационной) тревожности, субклинически- и клинически выраженной тревоги, клинически выраженной депрессии.

2. Астенический синдром ассоциировался с высоким уровнем стрессового напряжения. Как умеренно-, так и значительно повышенный уровень стрессового напряжения, был сопряжен с наличием у детей астенического синдрома.

3. Преобладающим видом латерального фенотипа у пациентов с АС и без АС был смешанный и праволатеральный, несколько реже определялся амбидекстральный фенотип (он в 2 раза чаще имел место в группе с АС) и минимальное число обследованных характеризовалось левым профилем межполушарной асимметрии.

4. При анализе структуры нарушений психоэмоционального статуса подростков 12-17 лет установлено, что у 54,4% обследованных отмечался низкий уровень дистресса, у 24,05% – умеренно повышенный и у 21,5% – значительно повышенный уровень дистресса; у 10,13% отмечался умеренно повышенный и у 21,52% – значительно повышенный уровень депрессии; у 7,59% диагностирован умеренно повышенный и у 11,39% – значительно повышенный уровень тревоги.

5. У половины всех обследованных подростков (53,2%) проявлений соматизации не отмечалось, у 34,2% степень выраженности соматизации достигала умеренно повышенного уровня и у 12,7% – значительно повышенного уровня. Для 45,6% были характерны клинические проявления астенического состояния, при этом у 32,9% астения была слабой степени выраженности и у 12,7% - умеренно выраженной.

6. АС чаще был сопряжен с наличием СВД смешанного (54,5%) и ваготонического (41,2%) типа, АГ (48,1% и 29,5%), ПР (78,6% и 29,2%,  $p < 0,0001$ ), синкопальных эпизодов в анамнезе (65,0% и 46,1%), частой

эпизодической и хронической ГБН. По мере нарастания частоты эпизодов цефалгии увеличивается доля пациентов с АС – у 20,0% без РГБ, у 43,5% – с эпизодической ГБН и у 70,0% – с хронической ГБН.

Таким образом, в разработанной авторами и реализованной в данном исследовании программе ЭВМ включены модули, содержащие алгоритм оценки основных характеристик психоэмоционального статуса с использованием валидизированных и апробированных психологических тестовых опросников, модуль оценки ВМФ и профиля МПА. Данный методологический подход можно оценить, как инновационный. Целесообразно его использование в практической деятельности врачей педиатров, неврологов и клинических психологов.

### Список литературы

1. Васильева Л.В., Эверт Л.С., Терещенко С.Ю., Горбачева Н.Н., Мочалкина И.М. Генерализованная тревожность и депрессия у школьников // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115, № 4. С. 16-19.
2. Васильева Л.В., Эверт Л.С., Терещенко С.Ю., Горбачева Н.Н., Шубина М.В. Панические расстройства у школьников Сибири (на примере г. Красноярска) // Профилактическая и клиническая медицина. 2014. № 2 (51). С. 93-96.
3. Калинина М.А., Баз Л.Л. О психосоматических нарушениях у детей в условиях педиатрического стационара // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2013. Т. XX, № 4. С. 84-86.
4. Лебедева О.Д., Яковлев М.Ю., Бельчаева Ю.В. Разработка алгоритмов для оценки психологического и психофизиологического статуса организма человека [Электронный ресурс]. URL : www. Рос. Мед. портал. (дата обращения: 12.03.2012).
5. Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б. Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 1(84). С. 70-83.
6. Эверт Л.С., Покидышева Л.И., Егоров А.А., Зайцева О.И., Игнатова И.А., Реушева С.В., Паничева Е.С., Ахмельдинова Ю.Р. Оценка психоэмоционального статуса, латерального фенотипа и высших мозговых функций у детей и подростков [Электронный ресурс] : программа для ЭВМ / ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера». Красноярск, 2016. программа для ЭВМ № гос. рег. 2016614566.
7. Blaauw B.A., Dyb G., Hagen K., Holmen T.L., Linde M., Wentzel-Larsen T., Zwart J.A. Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: the Young-HUNT study // J. Headache Pain. 2014. Vol. 15. P. 38. doi: 10.1186/1129-2377-15-38
8. Rousseau-Salvador C., Amouroux R., Annequin D., Salvador A., Tournaire B., Rusinek S. Anxiety, depression and school absenteeism in youth with chronic or episodic headache // Pain Res. Manag. 2014. Vol. 19, № 5. P. 235-240.
9. Terluin B., van Marwijk H.W.J., Adèr H.J., de Vet H.C.W., Penninx B.W.J.H., Hermens M.L.M., van Boeijen C.A., van Balkom A.J.L.M., van der Klink J.J.L., Stalman W.A.B. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization // BMC Psychiatry. 2006. Vol. 6. P. 34.

УДК 159.9.075

**ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
КОРРЕКЦИИ ТИПА ОТНОШЕНИЯ  
К БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН**

**Р.М.Аббасова, М.А. Лисняк**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно - Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье приводятся результаты исследования типов отношения к беременности, сделана попытка проследить взаимосвязь типа отношения к беременности с акцентуацией личности женщины. Приведена примерная психокоррекционная программа, направленная на изменение типа отношения к беременности.

**Ключевые слова:** внутренний конфликт, беременная женщина, тип отношения к беременности.

**Актуальность.** В современном мире во многих странах, за исключением стран третьего мира, очень сложная демографическая ситуация: детей рожают мало, возраст деторождения сдвигается все к более зрелому, что также создает проблемы с ростом численности населения.

С одной стороны, беременность – это естественный физиологический процесс для женского организма. Но, с другой стороны, беременность для современной женщины – это серьезное испытание для соматического здоровья и психического равновесия (Woods D., 2014) Период вынашивания ребенка сопровождается как физическими изменениями женского тела (растет живот, увеличивается грудь), так и психическими метаморфозами: переоценка ценностей, изменение интересов и увлечений, изменение образа жизни целом (Абдурахманов Ф. М. и др., 2011). Далеко не все современные женщины, которые имеют высокий уровень образования и профессиональной подготовки, готовы отказаться от карьерных амбиций и духовной самореализации в пользу семьи и воспитания детей. Возникает порой серьезный внутренний конфликт, когда женщина желает сохранить свою семью и родить ребенка, и в то же время боится «выпасть из обоймы» в профессиональном плане. (Беляева О. А., 2009) Поэтому иногда известие о беременности воспринимается женщиной неоднозначно.

До недавнего времени, работая с беременными женщинами, врачи и психологи обращали в основном внимание на ее физиологическое со-

стояние, заботились о сохранении плода на соматическом уровне. Практически не обращали внимание на психологическое состояние будущих мам, не задумывались о том, как психологическая готовность женщины к беременности и родам может повлиять на процесс вынашивания и родоразрешения, а также на здоровье матери и ребенка в постнатальном периоде (Киселев А.Г. и др., 2011).

Добряков И.В. (Добряков И. В., 2010) выделил 5 типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный. Типы отношений к беременности имеют устойчивую связь с шевелениям и развитием плода, а также связан с эмоциональным сопровождением женщиной процесса взаимодействия с ребенком.

Оптимальный тип ПКГД - этот тип отмечается у тех женщин, которые относятся к своей беременности ответственно и без лишней тревоги воспринимает свое новое состояние. Беременность желанная. Женщина рада скорому появлению малыша, относительно легко и быстро адаптируется к новому положению, необходимости изменить образ жизни и скорректировать планы. Она спокойно и ответственно подходит к беременности и необходимости наблюдаться у врача, следит за своим здоровьем.

Гипогестогнозический тип ПКГД (игнорирующий тип) часто встречается у женщин увлеченных работой, не закончивших учебу. Зачастую это незапланированная беременность. Будущая мама такого типа продолжает жить как жила раньше, ее образ жизни практически не корректируется. На учет в женскую консультацию она не становится или становится поздно, если ходит к врачу, то редко, решая прибыть в роддом уже непосредственно «по делу». Юные студентки не желают брать академический отпуск и продолжают жить «небеременной жизнью». Женщины, увлеченные работой, как правило в возрасте около 30 лет, нередко занимают руководящие посты. Как правило, эти женщины не склонны менять свой жизненный уклад и часто у них «не хватает времени» на посещение врачей и выполнение их рекомендаций.

Эйфорический тип ПКГД преобладает у женщин, которые долго не могли забеременеть, у длительно лечившихся от бесплодия. Также этот тип отмечается у женщин с истерическими чертами личности. Такая беременность не только желанная, но и долгожданная. Поэтому, когда женщина узнает о своем интересном положении, ее восторга, счастья, эйфории хватает практически на весь период беременности. Для такой мамочки беременность – праздник. Женщины с эйфорическим типом требуют повышенного внимания к себе и незамедлительное исполнение любых прихотей.

Тревожный тип ПКГД У беременной женщины ярко выражен высокий уровень тревоги и это сказывается и на физическом здоровье. Это

может быть и вполне оправданная тревога – наличие заболеваний, проблемы в семье, материально-бытовые трудности и т.д.). Но чаще всего, женщина либо переоценивает данные проблемы, либо и вовсе не может объяснить причину своей тревоги. Женщина беспокоится по поводу и без, она суетится и тревожится, сомневается и боится. Больше всего ее одолевает страх родов, она боится за себя и за ребенка. Такой тип отношения к беременности самый «любопытный». Беременная стремится получить максимум информации от своего врача, родственников, знакомых, Интернета. Но знания часто становятся лишь дополнительной причиной беспокойств

Депрессивный тип ПКГД Худший тип отношения к беременности. Женщина в состоянии депрессии не приемлет беременности и будущего ребенка. Характеризуется сниженным фоном настроения у беременных. Бывает так, что женщина, которая желала ребенка, теперь не хочет его, сомневается в том, что сможет выносить и родить здорового малыша, боится смерти в родах. Женщины с депрессивным типом часто недовольны своей внешностью и другими изменениями, которые происходят с ней во время беременности. Подобное поведение женщины в некоторых семьях может ухудшить ее отношения с близкими. Специалистам, которые наблюдают женщину во время беременности, очень важно своевременно выявить данную симптоматику и направить женщину к психологу или психотерапевту для оказания необходимой помощи (Добряков И. В., 2010).

Был использован опросник на тип отношения к беременности у женщин и тест на акцентуацию характера по К. Леонгарду. Всего было опрошено 50 беременных женщин, из них оказались 25 первородящие, остальные рожали повторно.

Таблица 1

### Результаты по опроснику ТОБОЛ

	Тревожный тип	Оптимальный тип	Гипогестогонический тип	Тревожный тип	Эйфорический тип
Первородящие	13 (52 %)	6 (24 %)	3 (12%)	2 ( 8%)	1 (4%)
Повторнородящие	4 (16%)	13 (52%)	3 (12%)	0 (0%)	5 (20%)

Ожидаемо, что у женщин, которые повторно рожают процент тревожного и депрессивного типа отношения к беременности существенно ниже, чем у первородящих. Эти женщины прекрасно осведомлены о всех изменениях в организме, которые происходят во время беременности, на личном опыте знают, как протекает процесс родоразрешения. Тем не менее, у части повторнородящих сохраняется тревожное отношение к беременности.

Все женщины заполнили опросник Леонгарда на акцентуацию характера, установлено, что 39 человек (78 %) не имеют выраженной акцентуации, 11 чел ( 22 %) показали наличие акцентуированной личности. Среди акцентуаций были следующие виды: циклоидный, гипертимный, возбудимый, застревающий, демонстративный, тревожный, интровертированный, экзальтированный.

Без выраженной акцентуации выявлено 39 женщин, в этой группе преобладают следующий процент типов отношений к беременности:

Оптимальный тип	– 42%
Тревожный тип	– 36%
Гипогестогнозический тип	– 12%
Эйфорический тип	– 8%
Депрессивный тип	– 2%

Таблица 2

**Выраженные акцентуации (по опроснику К. Леонгарда) и тип отношения к беременности (в процентах)**

Акцентуация характера	Тип отношения к беременности у женщин				
	Оптимальный тип	Гипогестогнозический тип	Тревожный тип	Депрессивный тип	Эйфорический тип
Гипертимный	9,1	0	0	9,1	0
Циклоидный	9,1	0	0	0	9,1
Возбудимый	0	9,1	0	0	0
Застревающий	0	0	9,1	0	0
Тревожный	0	0	18,2	0	0
Демонстративный	0	0	0	0	9,1
Экзальтированный	9,1	0	0	0	0
Интровертированный	0	0	0	0	9,1

В группе с выраженными акцентуациями следующий процент типов отношений к беременности у беременных женщин :

Эйфорический тип	– 32 %
Тревожный тип	– 32%
Оптимальный тип	– 32 %
Гипогестогнозический тип	– 9 %
Депрессивный тип	– 9 %

У беременных женщин с акцентуациями реже наблюдался оптимальный тип (32%), по сравнению с женщинами, не имеющими акцентуаций (42%). Зато значительно больше в этой группе было депрессивного типа (9% против 2% в группе без акцентуаций). Это свидетельствует о том, что на переживания о текущей беременности могут значительно влиять

характерологические особенности женщины. Таким образом, работая с беременными женщинами следует определять наличие акцентуации и учитывать ее тип при организации психологической работы.

Для коррекции тревожного и депрессивного типа отношения к беременности мы предлагаем использовать специальную психокоррекционную программу, которая рассчитана на 10 занятий, длительностью 45-55 минут. Оптимальным будет начать занятия с первых дней обращения женщины в женскую консультацию и постановку на учет по беременности, периодичность занятий 1 раз в неделю.

На первом занятии психолог, возможно совместно с врачом акушером-гинекологом, рассказывает женщинам о физиологических изменениях в ее теле во время беременности. Тем самым происходит психологическая подготовка к физическим изменениям: увеличение живота, нарастание массы тела и др. Важно развеять страхи некоторых женщин о том, что в этот период они потеряют физическую привлекательность для своих супругов. А также страх, что эти изменения останутся с ними и после родов.

На втором занятии психолог информирует беременных о симптомах депрессии и тревоги. Разбираются возможные причины тревожно-депрессивных состояний. Обсуждаются наиболее типичные ситуации, в которых может возникнуть тревога либо депрессивные переживания. На группе можно моделировать отдельные ситуации и проигрывать способы совладания с неприятными переживаниями.

На третьем и четвертом занятии психолог рассказывает и показывает разные способы, методики, с помощью которых женщина в положении сможет дома настроиться на определенные положительные эмоциональные состояния. С помощью несложных приемов психической саморегуляции беременная женщина сможет устранять негативные эмоциональные состояния. Более того, через приятные воспоминания формировать положительные эмоциональные состояния, которые актуальны не только в период беременности, так и после родов.

На пятом занятии психолог обсуждает с беременными принятие себя в новой роли – роли матери. Физическое рождение ребенка не влечет за собой автоматическое принятие данной роли. Некоторые женщины не могут представить себя в новой роли, не могут смириться с тем, что на какой-то период весь уклад их жизни будет подчинен ребенку, уходу за ним. Психологическая проработка этих затруднений в жизни женщины очень важна для дальнейшей жизни семьи, в частности для выстраивания адекватных детско – родительских отношений.

На шестом занятии психолог знакомит беременных женщин с дыхательной гимнастикой. Традиционно одним из легких и безболезненных способов родов является правильное дыхание, этой технике обучают всех будущих мам. Правильное дыхание актуально как в период беременно-

сти, насыщая организм беременной кислородом в достаточной мере, так и как во время родов, помогая процессу плодоизгнания.

На седьмом и восьмом занятии психолог рассказывает о способах и методах, которые помогут корректировать уровень тревоги и депрессии у беременной женщины. Особенно это важно для тех беременных женщин, которым диагностируют такие типы отношений к беременности как тревожный и депрессивный. Адекватная коррекция эмоциональных нарушений оптимизирует не только психический статус беременной, но и часто помогает более легко переживать физический дискомфорт, обусловленный гормональными перестройками в организме беременной женщины, а порой и проявления токсикоза.

Девятое занятие вновь рекомендуется посвятить приемам психической саморегуляции. Даже нормально физиологически протекающая беременность, особенно первая, вызывает значительный стресс у будущих мам. Неизбежны переживания за ее исход, за здоровье ребенка и свое состояние после родов. Освоив приемы психической саморегуляции, женщина получает возможность прожить период беременности спокойно и счастливо, и вспоминать о нем с радостью. На последнем, десятом занятии, подводятся итоги, отвечают на возникшие вопросы, даются рекомендации по индивидуальной психокоррекции.

Таким образом, психокоррекционная программа органично впишется в предродовую подготовку беременной, которую осуществляют в женской консультации. Предполагается, что данная программа поможет корректировать неблагоприятные типы отношений к беременности у женщин. Оптимальный тип отношения к беременности поможет не только преодолеть возможные затруднения при вынашивании ребенка, но и сформирует благоприятное отношение к новорожденному, а в отдаленной перспективе мотивирует женщину на следующую беременность и роды.

### Список литературы

1. Абдурахманов Ф.М., Мухамадиев И.М., Рафиева З.Х. Влияние психоэмоционального стресса на течение и исходы беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. 2011. № 3. С. 38-41.
2. Беляева О.А. Психическое состояние беременных женщин и их коррекция в условиях организованного обучения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2003. 18 с.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб. : Питер, 2015. 347 с.
4. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. 2-е изд. М. : Джангар, 2012. 864 с.
5. Жупиева Е.И. Укрепление и сохранение здоровья ребенка с точки зрения перинатальной психологии // Сборник конференций НИЦ Социосфера. 2012. № 18. С. 57-58.
6. Киселев А.Г., Варганова И.В., Знаменская С.И., Максимова И.М. Особенности психоэмоционального состояния беременных и его динамика в зависимости от срока гестации // Тольяттинский медицинский консилиум. 2011. № 3-4. С. 103-111.
7. Woods D. Psychotherapist Small children and their mothers. 2014. Vol. 20, № 3. P. 177-181.

## ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИИ СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ

Г.А. Айвазова, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет  
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье рассматривается проблема эмпатии в двух ее аспектах: сопереживание и сочувствие, а также рассматриваются виды и формы эмпатии, уровни ее проявления. Показано, что в настоящее время в отечественной и зарубежной психологии отсутствует общепринятое представление об эмпатии. Представлены различные трактовки термина.

**Ключевые слова:** эмпатия, сочувствие, сопереживание, понимание

**Актуальность.** Слово эмпатия происходит от греческого *empathia*, что означает сопереживание. В современной психологии, эмпатия обозначает способность человека представить себя на месте другого человека, понять чувства, желания, идеи и действия другого, на произвольном уровне, положительно относиться к ближнему, испытывать сходные с ним чувства, понимать и принимать его актуальное эмоциональное состояние. Проявить эмпатию по отношению к собеседнику - значит посмотреть на ситуацию с его точки зрения, уметь «вслушаться» в его эмоциональное состояние. Термин «эмпатия» был введен в психологию Э.Титченером для обозначения внутренней активности, результатом которой становится интуитивное понимание ситуации другого человека.

В настоящее время в отечественной и зарубежной психологии отсутствует общепринятое представление об эмпатии. Среди исследователей мы можем наблюдать различные трактовки и интерпретации этого понятия.

Т.П. Гаврилова рассматривает эмпатию как эмоциональное явление, проявляющееся в способности отзываться на переживания другого человека.

А.В. Петровский называет эмпатию процессом постижения эмоционального состояния, проникновения, вчувствования в переживания другого человека, то есть постижение индивидом эмоциональных состояний других людей.

В.В.Бойко определяет эмпатию как «форму рационально-эмоционально-интуитивного отражения другого человека, которая является тонким средством «вхождения» в психоэнергетическое пространство другого человека».

Даймонд определяет эмпатию как воображаемое перенесение себя в мысли, чувства и действия другого человека и структурирование мира по его образцу.

Т. Липпс понимает под эмпатией особого рода психический акт, суть которого заключается в том, что воспринимая предмет, субъект проецирует на него свои чувства, свое эмоциональное состояние.

К. Рокджерс, рассматривая проблему эмпатии, пишет: «Быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Как будто становишься этим другим, но без потери ощущения «как будто». Так, ощущаешь радость или боль другого, как он их ощущает, и воспринимаешь их причины, как он их воспринимает. Но обязательно должен оставаться оттенок «как будто»: как будто это я радуюсь или огорчаюсь. Далее он описывает эмпатию как процесс: «Эмпатический способ общения с другой личностью имеет несколько граней. Он подразумевает вхождение в личный мир другого и пребывание в нем, как «дома». Он включает постоянную чувствительность к меняющимся переживаниям другого – к страху, гневу, растроганности, стеснению, одним словом, ко всему, что испытывает он или она. Это означает временную жизнь другой жизнью, деликатное пребывание в ней без оценивания и осуждения. Это означает улавливание того, что другой сам едва осознает. Но при этом отсутствуют попытки вскрыть совершенно неосознаваемые чувства, так как они могут оказаться травмирующими. Это включает сообщение ваших впечатлений о внутреннем мире другого, когда вы смотрите свежим и спокойным взглядом на те его элементы, которые волнуют или пугают вашего собеседника».

Таким образом, отечественными и зарубежными психологами понятие эмпатии понималось как переживание эмоционального состояния, в котором находитесь другой; активность по реконструкции чувств другого человека при помощи воображения; размышления о том, как человек повел бы себя на месте другого (принятие роли).

Эмпатию можно рассматривать через различные ее аспекты.

Н.Н. Обозов рассматривает эмпатию как процесс и включает в него три уровня: первый уровень – когнитивная эмпатия, проявляющаяся в виде понимания психического состояния другого человека без изменения своего состояния; второй уровень – эмоциональная эмпатия, не только в виде понимания состояния другого человека, но и сопереживания и сочувствия ему; третий уровень эмпатии — высшая форма, включающая когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Она в полной мере выражает межличностную идентификацию, которая является не только мысленной (воспринимаемой и понимаемой) и чувственной (сопереживаемой), но и действительной. На этом уровне эмпатии проявляются реальные действия и поведенческие акты по оказанию помощи и

поддержки партнеру по общению (иногда такой стиль поведения называется помогающим). Между тремя формами эмпатии существуют сложные взаимозависимости.

Виды эмпатии: 1) эмоциональная эмпатия основана на механизмах проекции и подражания моторным и аффективным реакциям другого человека; 2) когнитивная эмпатия базируется на интеллектуальных процессах – сравнение, аналогия и т. п.; 3) предикативная эмпатия проявляется, как способность человека предсказывать аффективные реакции другого человека в конкретных ситуациях.

Л.М. Аграмакова рассматривает феномен эмпатии через уровни ее осуществления. Так, она выделяет подсознательный и сознательный уровни эмпатии и. На подсознательном уровне она имеет импульсивный характер и выступает в виде сопереживания. На сознательном же уровне она носит регулируемый характер и проявляется у одних людей в развитии общих интеллектуальных способностей, у других – как сопереживание и прочие нравственные качества, у третьих – оптимальное сочетание и того, и другого.

Существуют различные формы эмпатии: а) сопереживание – переживание субъектом тех же эмоциональных состояний, которые испытывает другой человек, через отождествление с ним; б) сочувствие – переживание собственных эмоциональных состояний по поводу чувств другого человека.

В.В. Бойко выделяет различные каналы эмпатии:

- рациональный канал эмпатии характеризует направленность внимания, восприятия и мышления человека на понимание сущности любого другого человека, на его состояние, проблемы и поведение. Это спонтанный интерес к другому, открывающий возможность эмоционального и интуитивного отражения партнера. В данном компоненте эмпатии не следует искать логику или мотивацию интереса к другому. Партнер привлекает внимание своей бытийностью, что позволяет эмпатирующему объективно выявлять его сущность;

- эмоциональный канал эмпатии позволяет определить способность эмпатирующего входить в эмоциональный резонанс с окружающими – сопереживать, соучаствовать. Эмоциональная отзывчивость становится средством вхождения в энергетическое поле партнера. Понять внутренний мир другого человека, прогнозировать его поведение и эффективно воздействовать возможно только в случае, если произошла энергетическая подстройка к партнеру. Соучастие и сопереживание выполняет роль связующего звена между людьми;

- интуитивный канал эмпатии позволяет человеку предвидеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании. На

уровне интуиции замыкаются и обобщаются различные сведения о партнерах;

- установки, способствующие или препятствующие эмпатии. Эффективность эмпатии снижается, если человек старается избегать личных контактов, считает неуместным проявлять любопытство к другой личности, убедил себя спокойно относиться к переживаниям и проблемам окружающих. Подобные умозрения резко ограничивают диапазон эмоциональной отзывчивости и эмпатического восприятия;

- проникающая способность в эмпатии расценивается как важное коммуникативное свойство человека, позволяющее создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Расслабление партнера содействует эмпатии, а атмосфера напряженности, неестественности, подозрительности препятствует раскрытию и эмпатическому постижению;

- идентификация - важное условие успешной эмпатии. Это умение понять другого на основе сопереживаний, постановки себя на место партнера. В основе идентификации легкость, подвижность и гибкость эмоций, способность к подражанию.

Ф. Александер установил, что степень эмпатической включенности в мир другого человека может быть различной. И поскольку эмпатия – это навык, ей можно научиться. Ф.Александер считает, что сообщение понимания необязательно предполагает выражение посредством слов. Имея достаточно времени, люди могут создать то, что называется «эмпатические отношения», в которых понимание сообщается с помощью множества разнообразных, иногда едва уловимых, невербальных способов (взгляда, жеста и т.п.). Кроме того, эмпатическая способность индивидов возрастает с увеличением жизненного опыта. К тому же, эмпатия легче реализуется в случае сходства поведенческих и эмоциональных реакций субъектов.

На основе идеи Alexander F. в современной литературе можно выделить три уровня эмпатии, которые человек приобретает в течении жизни посредством общения с окружающими его людьми:

- самый глубокий уровень – это «способ бытия» (way of being), способ «быть вместе» с другим человеком, способ понимания нюансов и сложностей его внутреннего мира;

- второй уровень — эмпатия как способ профессионального присутствия, способ профессионального контакта с людьми как клиентами, внутренняя жизнь которых сложна и многообразна;

- последний уровень – это эмпатия как коммуникативный навык, использованию которого можно научиться; но технология сообщения эмпатии будет бесполезна до тех пор, пока она не будет выражением способа бытия консультанта, то есть эмпатирующего.

Эмпатия способствует сбалансированности межличностных отношений. Она делает поведение человека социально обусловленным. Развитая у человека эмпатия - ключевой фактор успеха в тех видах деятельности, которые требуют вчувствования в мир партнера по общению, прежде всего в обучении и воспитании. Поэтому эмпатия рассматривается как профессионально важное качество психолога и педагога. Как отмечал В.А. Сухомлинский, «учителю следует начинать с элементарного, но вместе с тем и наитруднейшего - с формирования способности ощущать душевное состояние другого человека, уметь ставить себя на место другого в самых разных ситуациях». И далее: «Глухой к другим людям - останется глухим к самому себе: ему будет недоступно самое главное в самовоспитании - эмоциональная оценка собственных поступков».

Для исследования уровня эмпатии студентов-клинических психологов мы использовали тест - опросник «Оценка уровня эмпатии» И.М. Юсупова. Данный опросник содержит 6 диагностических шкал эмпатии, которые выражают отношение личности к родителям, животным, старикам, детям, героям художественных произведений, знакомым и незнакомым людям.

В исследовании приняли участие 15 студентов из 4 курса специальности клиническая психология.

#### **Результаты исследования:**

33% испытуемых (5 чел.) набрали от 63 до 81 балла - высокая эмпатичность. Такие люди чувствительны к нуждам и проблемам окружающих, великодушны, склонны многое им прощать. Им свойственно «читать» лицо собеседника. Также, присущи эмоциональная отзывчивость, способность находить общий язык с людьми.

54% испытуемых (8 чел.) набрали от 37 до 62 баллов – средний уровень эмпатичности. Данной группе испытуемых не чужды эмоциональные проявления, но в большинстве своем они находятся под самоконтролем. В межличностных контактах они проявляют внимательность, понимание и сопереживание.

13% испытуемых (2 чел.) набрали от 12 до 36 баллов – низкий уровень эмпатии. Такие люди испытывают затруднения в установлении контактов с людьми, неуютно чувствуют себя в многолюдной компании. Эмоциональные проявления в поступках окружающих зачастую кажутся им непонятными и лишёнными смысла.

Таким образом, важно отметить эффективность профессиональной деятельности психолога находится в прямой зависимости от уровня сформированности у него способности к сопереживанию и сопереживанию. Эмпатичность для психолога является одним из важных способов эффективного взаимодействия с человеком. Выявленные нами результаты исследования свидетельствуют о преобладании высокого уровня эмпатии у студентов психологов.

## Список литературы

1. Басова А.Г. Понятие эмпатии в отечественной и зарубежной психологии // Молодой ученый. 2012. № 8. С. 254-256.
2. Гаврилова Т. П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии. Исторический обзор и современное состояние проблемы // Вопросы психологии. 1975. № 2. С. 147-156.
3. Липпс Т. Руководство к психологии. СПб. : Наука, 2008. 394 с.
4. Обозов Н.Н., Щекин Г.В. Психология работы с людьми. М. : МАУП, 2004. 228 с.
5. Роджерс К. Взгляд на психотерапию, становление личности. М. : Прогресс, 1994. 480 с.
6. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб. : Питер Ком, 1999. 741 с.
7. Юсупов И. М. Психология эмпатии (Теоретические и прикладные аспекты) : дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2010. 252 с.

УДК 159.923-053.6

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ

М.В. Алькина, И.О. Кононенко

*Красноярский государственный медицинский университет  
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г.Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются психологические особенности пациентов с хронической болью. Хроническая боль является распространенным явлением. Она представляет собой устойчивый сигнал, возбуждающий нервную систему в течение дней, недель, месяцев и даже лет, что представляет угрозу психологическому состоянию человека, в результате истощения внутренних ресурсов. Важной особенностью является невозможность контролировать боль и уменьшить ее в течение длительного времени.

**Ключевые слова:** хроническая боль, депрессия, качество жизни, катастрофизация

**Актуальность.** Несмотря на то что, боль достаточно изучена, ее лечение остается актуальной проблемой. К хронической относят боль, которая продолжается более 6 месяцев и не в полной мере поддается обычному медикаментозному лечению, эффективному при острой боли.

Анализ качества жизни у больных с хронической болью свидетельствует о значительном ухудшении показателей как за счёт физического, так и за счет психологического компонентов здоровья. У таких пациентов в большей степени страдает психическое здоровье, что можно объяснить истощением резервных ресурсов организма, в частности эмоциональных и психических, нарушением социального функционирования.

**Постановка проблемы.** Для многих пациентов боль является катастрофическим фактором, ведь она накладывает на их жизнь массу ограничений и некоторых даже приводит к инвалидности, оказывая негативное влияние на их психическое здоровье, ухудшая их социально-экономический статус и качество жизни в целом.

Лечение данной категории больных представляет собой большую трудность и требует особых подходов. В последнее время в Европе и Соединенных Штатах Америки получили распространение мультидисциплинарные специализированные центры для лечения пациентов, страдающих хронической болью. В основе лечебных программ, которые используются в этих центрах, лежит биопсихосоциокультурный подход.

По данным научных исследований у пациентов с хронической болью развиваются специфические психологические проблемы, связанные с отсутствием облегчения боли. Что приводит к постоянному дискомфорту, безысходности и чрезмерному вниманию к боли, боль становится доминантой в жизни пациентов, что отражается на всех сферах жизнедеятельности.

Часто у таких пациентов отмечается катастрофизация боли (КБ). Несмотря на значительный прогресс в понимании природы боли, ее лечение остается актуальной проблемой современной медицины. Так, например, КБ может ограничивать функциональные возможности пациентов. Уровень КБ положительно коррелирует со снижением мышечной силы. Серьезным следствием КБ в спине является кинезиофобия - боязнь расширения и поддержания привычного объема двигательной активности. Она значительно затрудняет реабилитацию пациентов с люмбагией. Последнее время большое внимание уделяется психологическим механизмам в развитии болевых синдромов. КБ является одним из психологических феноменов, который потенциально может обострить восприятие болевых ощущений и усугубить влияние боли на повседневную жизнь.

Конечно, боль является исключительно субъективным, личным переживанием, но она неизменно описывается в терминах сенсорных и эмоциональных свойств. К эмоциональным компонентам боли относится множество различных эмоций, но они носят главным образом негативный характер.

К настоящему времени накоплено большое количество данных, свидетельствующих о существенном влиянии эмоций на восприятие боли. Известно, что высокий уровень тревожности способствует повышению интенсивности боли. Депрессия часто предшествует развитию хронической боли либо развивается в процессе хронизации боли и является важным фактором, способствующим снижению качества жизни. Очень часто у пациентов с хронической болью отмечается раз-

дражительность. Фрустрация, связанная с наличием симптомов, ограниченная информация о причине боли и многочисленные неудачи при лечении наряду с раздражением по отношению к лечащим врачам, к системе оказания медицинской помощи, к членам семьи и к самим себе — все это приводит к дисфорическому настроению у пациентов.

Связанный с болью страх и озабоченность тем, как избежать вредного воздействия, усугубляют симптомы. Существует взаимосвязь между эмоциональным состоянием и когнитивно-интерпретационными процессами, в результате чего размышления влияют на настроение, настроение влияет на оценки и, в конечном итоге, на переживание боли. Угроза сильной боли притягивает внимание, и его трудно переключить.

Хорошо отмечается при исследованиях на группах больных с хроническими болевыми синдромами – то обстоятельство, что более эффективными и способными сохранять более высокий уровень работоспособности и даже добиваться стойкого снижения уровня боли, а иногда и полного излечения или достаточно долгой ремиссии оказались люди с активной жизненной позицией. То есть те больные, которые использовали разнообразные стратегии при работе с болью, не сдавались, искали новые комбинации поведенческих и умственных стратегий. Общий вывод всех исследований, проводившихся в этой области, гласит: адаптивность, способность к приспособлению и изменению пациентов с синдромом хронической боли прямо зависит от позитивности или негативности их мышления. Именно мышление оказалось тем фактором, который вел к прогрессированию боли или избавлению от нее. Негативное мышление ведет к боли, позитивное – от нее. Это раз за разом подтверждалось в различных исследованиях на пациентах с разными заболеваниями: онкология, хроническая боль в спине, хроническая головная боль, остеоартрит, ревматоидный артрит и др.

### Список литературы

1. Голубев В.Л., Данилов Б.А. Эмоциональные, социо-культурные факторы и хроническая боль // РМЖ. 2014. № 0. С. 6.
2. Данилов, А. Б. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль // Российский журнал боли. 2010. № 1 (26). С. 3-7.
3. Данилов Б.А. Новые подходы в лечении пациентов с хронической болью // Лечащий врач. 2009. № 4. С. 34-38.
4. Дюкова Г.М. Новые перспективы лечения хронической боли и депрессии // Consilium Medicum. 2007. № 8. С. 85-88.
5. Комлева Н.Е., Спиринов В.Ф. Качество жизни у пациентов с болью в спине // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2013. № 3-1(91). С. 19-22.

## ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

М.В. Алькина, И.О. Кононенко, В.В. Хиновкер

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются возможности психологического сопровождения пациентов с хронической болью. На данный момент уже имеется положительный опыт применения психотерапии и психологической помощи в работе с такими пациентами. В основном специалисты работают в когнитивно-поведенческом направлении. Психологическая помощь для больных данной категории является обоснованной, т.к. весомая роль в течение заболевания относится к настрою пациента, его психоэмоциональному состоянию.

**Ключевые слова:** хроническая боль, качество жизни, психологическое сопровождение, адаптация

**Актуальность.** Исследованиями установлено, что при пассивном отношении к боли, без настойчивых систематических попыток изменить свое состояние, испробовать новые поведенческие стратегии, научиться по-новому реагировать на боль люди склонны застревать в однажды найденной стратегии поведения, несмотря на ее явную неэффективность. Это постоянство однажды найденного стиля поведения не связано с ухудшением или улучшением течения болезни. Просто человек однажды среагировал на боль определенным образом и теперь всегда так реагирует, иногда просто потому, что по-другому не умеет.

Неэффективная стратегия поведения подкрепляет пессимистический настрой, который при своем усилении ведет к ухудшению общей способности адаптироваться, принимать перемены и активно участвовать в них. Возникает порочный круг: пессимизм ухудшает способность к адаптации – боль усиливается – пессимизм укрепляется – адаптация снижается еще больше... Человек с пессимистическим, негативным настроением склонен консервировать существующее положение вещей. И даже удавшиеся попытки улучшить свое состояние воспринимает как исключение, которое только подтверждает правило, а каждую неудачу встречает с удовлетворением: «Ну вот! Я же говорил!»

**Постановка проблемы.** Следует ожидать, что внедрение программы психологического сопровождения пациентов с хронической болью окажется эффективным в лечении.

Для реализации поставленных целей была составлена программа психологического сопровождения данной категории пациентов.

**Цель:** Улучшение качества жизни, появление чувства контроля над болью, смена неэффективных стратегий поведения.

**Задачи:**

1. Изменение отношения пациентов к заболеванию.
2. Осознание пациентом механизмов формирования отношения к болезни, формирование адекватных отношений к заболеванию и лечению.
3. Раскрытие внутренних ресурсов.

Структура работы: 5 занятий по 60 минут. Возможность проведения в группе или индивидуально.

**Содержание занятий программы**

*Занятие 1.*

Упражнение 1 «Глубокое дыхание»

Время: 2-3 минуты.

Цель: регуляция вегетативной нервной системы. Расслабление. Сосредоточение и осознание своих ощущений.

Сядьте в кресло, спина прямая и расслабленная. Положите руки на грудь, так, чтобы средние пальцы касались друг друга в центре груди. Дышите свободно. Отметьте, в какой момент соединенные средние пальцы рук начнут расходиться. Усиьте это движение, вдыхая более глубоко. Повторяйте вдохи-выдохи в течение 2-3 минут.

Упражнение 2 «Обострение ощущения тела»

Время: 10 минут.

Сосредоточьтесь на своих телесных ощущениях в целом. Дайте своему вниманию блуждать по различным частям тела, «пройдите» вниманием все тело. Какие части у себя вы чувствуете? Отметьте боли и зажимы, которых вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Не старайтесь их расслабить, дайте им продолжиться. Постарайтесь определить их точное местоположение. Обратите внимание на ощущение кожи. Чувствуете ли вы свое тело, связь головы с туловищем, ваши конечности? Полностью ли вы осознаете себя? Какие «белые пятна», «пустоты» отмечаете в своем теле?

Упражнение 3 Визуализация

Время: 30 минут.

Навыки, развиваемые этим упражнением, помогут вам, когда вы испытываете боль, физический дискомфорт. Постарайтесь добиться расслабления, насколько возможно...

Чтобы усилить оздоровительный эффект и ускорить исчезновение боли, упражнение можно соединить с «Дыханием через ладони». Для этого необходимо приблизить к больному месту ладонь (или обе ладони, если его площадь велика) и как бы дышать через них одновременно. Между ладонью и поверхностью кожи должен оставаться промежуток около 1 см, при этом на вдохе можно слегка приближать ладонь к больному месту, на выдохе – отодвигать (так, чтобы объем движений не превышал 0,5 – 1 см). Можно и просто наложить ладонь (обычно правую – более «нагретую») на больное место. Постарайтесь почувствовать, как во время выдоха ладонь прогревает больной участок. Попробуйте представить, что ладонь словно «излучает» нечто (тепло, «энергию»), входящее в тело, рассеивающее боль.

Рефлексия (10 мин).

### *Занятие 2*

Упражнение 1 «Глубокое дыхание»

Время: 2-3 минуты.

Цель: регуляция вегетативной нервной системы. Расслабление. Сосредоточение и осознание своих ощущений.

Упражнение 2 «Обострение ощущения тела»

Время: 10 минут.

Сосредоточьтесь на своих телесных ощущениях в целом. Дайте своему вниманию блуждать по различным частям тела, «пройдите» вниманием все тело. Какие части у себя вы чувствуете? Отметьте боли и зажимы, которых вы обычно не замечаете. Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Не старайтесь их расслабить, дайте им продолжиться. Постарайтесь определить их точное местоположение. Обратите внимание на ощущение кожи. Чувствуете ли вы свое тело, связь головы с туловищем, ваши конечности? Полностью ли вы осознаете себя? Какие «белые пятна», «пустоты» отмечаете в своем теле?

Упражнение 3 Визуализация

Время: 30 минут.

Сосредоточьтесь на боли. Какого она цвета? Постарайтесь поточнее увидеть ее цвет, размер и форму (Это может быть ярко-красный шар, размером с теннисный мяч или грейпфрут). 3 Мысленно удалите этот шар из своего тела и поместите его на расстоянии метров трех от вас. 4 Мысленно увеличьте этот шар до размера баскетбольного мяча. Затем уменьшите его до размеров горошины. Теперь пусть он станет такого размера, как ему хочется. Обычно он возвращается к тому размеру, с которого началась визуализация. Начните изменять цвет шара. Сделайте его сперва розовым, затем бледно-зеленым. Теперь возьмите зеленый шар и поместите его обратно, в первоначальное место. Обратите внимание, не удалось ли вам уменьшить боль...

...Наблюдайте, как все меньше и меньше боли остается внутри, все больше и больше собирается снаружи... до тех пор, пока полностью от нее избавитесь (при выдохе можно использовать вокализацию). Сделайте глубокий вдох, откройте глаза и возвращайтесь к каждодневным занятиям

Рефлексия (10 мин).

### *Занятие 3*

Упражнение 1 Арт-техники

Время: 40-50 минут.

Цель: Выявление и формирование отношения к болезни, здоровью, лечению. Представление о боли. Планирование изменений.

Пациентам предлагается нарисовать рисунки на тему «Мое состояние сейчас» либо «Моя болезнь», «Мое здоровье», «Мои ресурсы, помощники»).

В упражнении используются краски и цветные карандаши, каждый участник может использовать инструменты по своему желанию, изображая те образы, что приходят ему в голову. В упражнении не только можно показать разницу между образом «болезни» и «здоровья», но и прибегнув к возможности исправлений на рисунке увидеть методы и стратегии выздоровления. После того как все рисунки будут закончены переходим к обсуждению.

Упражнение 2 «Якорение ресурсного состояния»

Время: 10 минут.

Участникам предлагается во время рассказа о рисунке сосредоточиться на своих положительных ощущениях и закрепить их с помощью жестов, слов, ассоциирующихся с данным состоянием.

### *Занятие 4*

Упражнение 1 «Дыхание»

Время: 5-10 минут.

Цель: нормализация психологического состояния, расслабление.

Сделайте свободный вдох на счет 1-2, небольшая пауза и выход длиннее чем вдох на счет 1-2-3-4, повторите упражнение 5-7 раз.

Упражнение 2 «Жизненные цели»

Время: 25–35 минут

Цель: Упражнение помогает выработать жизненные цели.

Шаги 1-5 – проработка и осознание целей

Подведение итогов упражнения:

- Как вы себя ощущаете после упражнения?
- Какие интересные выводы вы для себя сделали?

- Что было неожиданным для вас?
- Что было труднее всего? Почему?
- Кто составил реалистичный план и готов ему следовать?

Рефлексия 10 минут.

### *Занятие 5*

Упражнение 1 «Дыхание»

Время: 5-10 минут.

Цель: нормализация психологического состояния, расслабление.

Сделайте свободный вдох на счет 1-2, небольшая пауза и выход длиннее чем вдох на счет 1-2-3-4, повторите упражнение 5-7 раз.

Упражнение 2 «Визуализация»

Время: 30-40 минут.

Цель: найти ресурсное состояние, расслабление.

Во время этого упражнения нужно лечь или сесть наиболее комфортно, можно включить музыку или запись звуков природы (шум волн, дождь, пение птиц, ночь в джунглях), а также воспользоваться ароматической лампой с маслом или понюхать любимый аромат. Эти мероприятия должны содействовать расслаблению мышц и отвлечению от болевых ощущений. Можно вспомнить что-то приятное, что происходило с Вами раньше и предельно четко вспомнить детали и ощущение этого момента.

Рефлексия 10 минут.

Разработанная программа сопровождения может использоваться как инструмент при лечении больных с хронической болью. Безусловно медикаментозное лечение нельзя отменить, но учитывая, что к данной категории пациентов нужен особый подход, учитывающий все особенности психики, физического и эмоционального состояний, поддержка психолога является необходимой. Психологический компонент не менее важен, чем физическое восстановление и определенно послужит хорошей опорой на пути к выздоровлению.

### **Список литературы**

1. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. М. : Изд-во Эксмо, 2005. 170 с.
2. Томас Р. Боль: Новейшие методы преодоления / отв. ред. О. А. Дыдыкина. М. : Мир книги, 2003. 176 с.
3. Ульянова И.И. Хроническая боль. Эффективные решения проблемы. М. : Рипол Классик, 2010. 256 с.
4. Голубев В.Л., Данилов А.Б. Эмоциональные, социокультурные факторы и хроническая боль // РМЖ. 2014. Т. 22, № 32. С. 6-9.

## УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ УСЛОВИЯМИ ТРУДА КАК ФАКТОР БЛАГОПОЛУЧИЯ СОТРУДНИКОВ ОРГАНИЗАЦИЙ

А.К. Балабаева

*Университет «Туран», г. Алматы, Республика Казахстан*

**Аннотация.** Рассмотрена проблема удовлетворенности трудом, одной из составляющих которой является психологический климат в организации как залог благополучия сотрудников. Уникальность работы состоит в исследовании феномена удовлетворенности трудом у сотрудников, работающих в сфере предоставления услуг населению. Выявлено существование взаимосвязи между удовлетворенностью комфортным психологическим климатом и ценностью сохранения благополучия людей. Чем выше уровень удовлетворенности сотрудников межличностными отношениями в коллективе, тем выше стремление сохранить такие отношения, при которых главными выступают общечеловеческие ценности: доброта, честность, любезность, снисходительность. Результаты исследования могут быть применены при формировании ключевых ценностей организации и включены в профессионально-этический кодекс. При проведении программ адаптации и повышения уровня лояльности сотрудников к организации.

**Ключевые слова:** удовлетворенность трудом, психологический климат, психологическое благополучие сотрудников, мотивация, ценности работающего населения.

**Актуальность.** Необходимость изучения состояния социально-психологического явления удовлетворенности условиями труда как фактора способствующего росту производительности и благополучия является приоритетом. На сегодняшний день достижение экономического роста и сохранение благополучия населения является важнейшей задачей государства. Отсутствие стремления к поиску взаимопонимания между работодателем и работниками может способствовать увеличению процента неудовлетворенных условиями своего труда сотрудников, что в будущем может привести к накоплению широкого ряда проблем. В свою очередь работодатель может ожидать от наемных работников повышения лояльности к организации и повышения вовлеченности в решение производственных задач.

**Постановка проблемы.** Изучение взаимосвязи между удовлетворенностью условиями труда и ценностными ориентациями продиктовано желанием обнаружить «узлы», которые способны выступать в роли «здоровьесберегающих» факторов. Длительные экономические кризисы

способны сформировать состояние фрустрации у сотрудников. Усложнение системы отношений в современном обществе, рост требований к качеству управления человеческими ресурсами требует тщательного анализа и изучения данного вопроса.

Удовлетворенность условиями труда способствует повышению производительности труда, сохранению жизненных ресурсов и благополучия сотрудников. Во всем этом мы можем проследить отражение особенностей взаимоотношений сотрудников с руководством. Руководитель конструирует или создает в организации такую систему, которая совпадает с ожиданиями сотрудников, и эта синергия способна принести удовлетворенность условиями труда. Общепринятого определения, которое полностью раскрывало бы данное социально-психологическое явление на сегодняшний день не зафиксировано.

Удовлетворенность трудом (job satisfaction), по Е.Локку является результатом оценки своей работы, позволяющих достичь определенных ценностей, связанных с работой, при условии, что эти ценности дают возможность удовлетворить потребности индивида (Locke, 1976).

Удовлетворенность стратегией и тактикой достижения поставленных производственных задач способно укрепить трудовую ценность перспективы развития организации и выступать в роли мотивирующего фактора (Балабаева, 2017).

По мнению Хогур Ф.Р., «удовлетворенность трудом – это состояние сбалансированности требований (запросов) предъявляемых работниками к содержанию, характеру и условиям труда, и субъективной оценки возможностей реализации этих запросов» (Хогур, с 83).

Группа ученых, возглавляемых Serife Z. Euyuroglu, пришли к выводу о том, что удовлетворенность условиями труда напрямую связана с психологическим здоровьем и благополучием работающих людей. При этом они отмечают, что измерять уровень удовлетворенности следует исходя из рассуждений сотрудников об условиях труда, при этом можно будет дифференцированно подойти к ранжированию уровней удовлетворенности (от уровня «не удовлетворен» до «удовлетворен полностью») (Serife Z. Euyuroglu, 2017).

В.А.Ядов и А.Г. Здравомыслов рассматривают удовлетворенность трудом как уровень адаптации работника в данной производственной организации, свидетельствующей о том, что «предъявляемые к нему требования и предоставляемые ему возможности отвечают его потребностям и соответствуют его ориентациям, социальным установкам, направленности интересов» (Здравомыслов, Ядов, с.37).

И.С.Сластенин и А.С.Данилова в исследовании взаимосвязи креативности и удовлетворенности трудом выявили, что развитие креативных способностей повысит удовлетворенность от выполняемой работы, и наоборот, рост показателей, отражающих благополучие человека в трудовом

коллективе, может повлиять на желание совершенствоваться и увеличивать свой креативный потенциал (Сластенин, Данилова, с.113)

Ценностные ориентации выступают в качестве важного механизма регуляции деятельности. наиболее ярко эта роль системы ценностных ориентаций проявляется применительно к профессиональной деятельности. Люди приходят в организацию, имея в своем багаже системы ценностных представлений. Эти представления участвуют в интерпретации многих аспектов организационной жизни, сближении оценок в нравственной и деловой сфере, в подходе к целям и задачам совместной деятельности являются важнейшим показателем психологического единства и групповой сплоченности коллектива (Климов, 1994).

В связи с вышесказанным удовлетворенность условиями труда выступает как неотъемлемая часть трудового процесса, в который включен человек. При этом можно подчеркнуть, что такие характеристики как значимость ценностей, трудовая мотивация и удовлетворенность условиями труда стоят на одном уровне оказываемого влияния на качество исполняемых обязанностей и самочувствие.

#### **Методики исследования**

Для изучения ценностной мотивации труда в описанном исследовании применялся метод экспертной оценки пяти факторов удовлетворенности профессиональной деятельности. Двухнаправленность содержания экспертной методики – на измерение удовлетворенности и на измерение ценностей – подтверждена высокими показателями межгестовой корреляции шкал с «Ценностным опросником Ш.Шварца» (модифицированным вариантом методики «Ценностные ориентации» М. Рокича) –  $p < 0,01$  и  $p < 0,05$  (по 50%).

Бланк экспертной оценки «Удовлетворенность условиями труда», предложенный Балабаевой А.К., сконструирован согласно одному из опросников описанных Розановой В.А. «Формирование положительной групповой мотивации» путем измерения мотивации к труду, когда в какой-либо форме оценивается, по сути дела, удовлетворенность трудом в категориях «удовлетворен – не удовлетворен» (Розанова, 1999). По нашему мнению, в результате реализации такой исследовательской стратегии получается достаточно поверхностная диагностическая картина. Однако именно такая картина при работе с большой выборкой испытуемых, может быть использована для проведения углубленного изучения выявленных проблемных сфер.

Статистическая обработка результатов проводилась методами: факторного анализа и расчета коэффициента корреляции (по критерию Спирмена). Использовался пакет статистической обработки материалов IBM SPSS Statistics 25.

#### **Результаты исследования**

Цель исследования - изучение удовлетворённости условиями труда и ценностными факторами профессиональной деятельности сотрудников современных коммерческих организаций, работающих в сферах предо-

ставления услуг по г.Алматы. Мониторинговый срез послужил средством отслеживания ценностно-мотивационных стимулов труда у лиц разных возрастных и статусных групп. Полученные результаты исследования могут быть применены при формировании ключевых ценностей организации и включены в профессионально-этический кодекс. При проведении программ адаптации и повышения уровня лояльности сотрудников к организации.

Исследовательскую группу составили 200 сотрудников в возрасте от 30 до 45 лет, среди них также были руководители среднего звена управления. Процедура исследования носила фронтальный анонимный характер.

По итогам проведенного факторного анализа, составлена таблица, в которой мы видим наличие факторных нагрузок на исследуемые ценности и удовлетворённость условиями труда.

Для описания картины зафиксированного нами психологического состояния был проведен факторный анализ. Факторный анализ представляет собой совокупность статистических процедур, направленный на выделение из заданного множества переменных подмножеств переменных, тесно связанных (коррелирующих) между собой. Переменные, входящие в одно подмножество и коррелирующие между собой, но в значительной степени независимые друг от переменных из других подмножеств, образуют факторы.

*Таблица 1*

**Результаты факторного анализа показателей «Ценностного опросника Ш.Шварца» и экспертной оценки на измерение удовлетворенности условиями труда**

№	Пункт опросника	Факторная нагрузка
<b>Фактор 1 «Общечеловеческие ценности» (55,10%)</b>		
1	Достижения	<b>.982</b>
2	Самостоятельность	<b>.981</b>
3	Универсализм	.977
4	Конформность	.975
5	Доброта	.970
<b>Фактор 2 «Удовлетворенность трудом» (22,94%)</b>		
1	Удовлетворенность условием труда «Эффективное управление организацией»	<b>.864</b>
2	Удовлетворенность условием труда «Достижение производственного результата»	<b>.859</b>
3	Удовлетворенность условием труда «Вовлечение в профессиональную деятельность»	.828
4	Удовлетворенность условием труда «Психологический климат»	.812

Цель факторного анализа – идентифицировать явно ненаблюдаемые факторы с помощью множества наблюдаемых переменных. В основе парадигмы использования факторного анализа лежит предположение о том, что выделяемые факторы отражают глубинные процессы (латентные, наблюдаемые, не измеряемые), являющиеся причиной корреляций первичных (наблюдаемых, измеряемых) переменных. Другими словами, факторы (глубинные параметры) детерминируют (определяют) первичные наблюдаемые переменные и могут быть использованы для объяснения комплексных явлений. Наблюдаемые корреляции между первичными переменными возникают из-за того, что их детерминируют одни и те же факторы (Сидоренко, 2006)

Как видно из таблицы приоритетной ценностью для сотрудников входящей в первый фактор выступает наличие своих собственных достижений. Личный успех через проявление компетентности в соответствии социальными стандартами, принятыми в обществе. Внешняя положительная мотивация способная укрепить стремление к достижению новых целей. Увеличение способов получения информации, вероятнее всего способствовало укреплению такой ценности, как самостоятельность в выборе построения мировоззренческой картины мира, вариантов принятия решений и осуществления таких действий, который сотрудники считают эффективными. В свою очередь очевидно, это ведет к нарастанию потребности в самоконтроле и самоуважении. Внутренняя мотивация ведущая к автономии и независимости.

Составными элементами первого фактора, на который приходится больший процент дисперсии (55,10%) также включает в себя ценности: универсализм, конформность и доброта. Рассмотрим их значение и анализируем их значимость для сотрудников. Первое, что необходимо отметить, это единство трех ценностей. Универсализм как выражение стремления к пониманию, терпимости и защите благополучия людей. Конформность сдерживание действий, которые могут причинить вред или не соответствовать социальным ожиданиям окружающих и доброта как стремление к сохранению благополучия людей. Желание сохранить дружеские отношения, построенные на честности, бережном отношении друг к другу, отсутствия избегания ответственности за сохранность отношений.

Сотрудники выделяют эти ценности как составной элемент коллективного единства, стремление к укреплению межличностных отношений строится на личных самостоятельных достижениях при наличии взаимопомощи и согласованности действий между коллегами.

Составными элементами второго фактора, на который приходится меньший процент дисперсии (22,94%) включает в себя удовлетворённость следующими условиями труда: эффективное управление организацией, достижение производственного результата, вовлечение в профессиональную деятельность и психологический климат.

Для сотрудников характерно стремление к удовлетворенности тем, как руководство справляется с координацией и управлением организацией, а также тем, как осуществляется процесс достижения поставленных перед сотрудниками целей. Достигая поставленных целей социально приемлемыми способами, сотрудники непременно стремятся сохранить и межличностные отношения.

Изучая факторы удовлетворённости трудом и ценностными ориентациями сотрудников, мы пришли к выводу о том, что общечеловеческие ценности, которыми руководствуются сотрудники прежде всего находят свое выражение в рабочей среде. Ежедневное исполнение своих рабочих обязанностей трансформирует личностные ценности в ценности трудовые. Индивидуальные ценности сотрудников и их приоритеты тесно переплетаются с трудовыми и на них неизбежно накладывает свой отпечаток рабочая атмосфера.

Анализируя проблему взаимосвязи между удовлетворенностью трудом и ценностными ориентациями сотрудников коммерческих организаций, мы провели еще одну статистическую процедуру, направленную на расчет коэффициента корреляции по критерию Спирмена, который представляет собой выделение из заданного множества тесно связанных (коррелирующих) между собой переменных.

Нами была зафиксирована корреляционная взаимосвязь между шкалами входящими в «Ценностный опросник Ш.Шварца» и экспертной методики – на измерение удовлетворённости условиями труда. Количественные показатели статистической обработки отражены в табл. 2.

Удовлетворенность условием труда – психологический климат в организации положительно коррелирует с ценностями «доброта» и «безопасность». Мы можем объяснить это следующим образом, чем выше уровень удовлетворенности комфортными взаимоотношениями между сотрудниками организации, тем выше значимость и ценность стабильности взаимоотношений друг с другом. Сотрудники работающие в атмосфере доверия ценят и наполняют смыслом стремление сохранить в безопасности и гармонии свои профессиональные и рабочие связи. В подтверждение этого, можно проанализировать и установленную отрицательную корреляционную связь между удовлетворенностью от достижения производственных целей и ценностью «власть». Чем выше уровень удовлетворенности достижением поставленных задач перед сотрудниками, тем ниже имеет для них ценность наличия доминирования над людьми. Стремление наращивать авторитет, повышать свой социальный статус, расширять сферу контроля над окружающими людьми.

Проведенное исследование позволило изучить ценностную мотивацию профессиональной деятельности сотрудников, а также, с учетом иерархии мотивационных факторов, применить при формировании ключевых ценностей организации и включить их в профессионально-этический кодекс.

Результаты расчет коэффициента корреляции по критерию Спирмена показателя «Ценностного опросника Ш.Шварца» и экспертной оценки на измерение удовлетворённости условиями труда

	Конформность	Традиции	Доброга	Универсализм	Самостоятельность	Стимуляция	Гедонизм	Достижения	Власть	Безопасность
Психологический климат в организации	.125	.065	.235**	.090	.029	-.031	-.026	.076	.070	.324**
Достижение производственных результатов	-.226**	-.139	-.106	-.113	-.214**	-.204**	-.100	-.169*	-.191**	.136
Эффект управленческой деятельности	-.096	-.005	-.063	-.033	-.145*	-.102	-.017	-.084	-.120	.124
Материально-финансовое обеспечение	-.065	-.087	.026	-.050	-.066	-.086	-.019	-.017	-.047	.123
Вовлеченность сотрудников	-.028	.042	.023	.031	-.049	-.018	.043	-.036	.031	.146*

Использовать при проведении программ адаптации и повышения уровня лояльности к организации сотрудников.

### **Выводы**

1. Удовлетворенность условиями труда – выражается в совпадении предоставляемых работодателем и ожидаемых работником трудовых факторов. Наиболее полное сочетание предоставляемого и ожидаемого способствует повышению уровня производительности труда и сопровождению процесса «здоровьесбережения» сотрудников.

2. Ценности сотрудников взаимосвязанные с факторами удовлетворенности трудом многообразны: ожидания сотрудников к условиям труда и адекватность их субъективной оценки, стремление самих сотрудников брать ответственность за их изменения и ценностные ориентации.

3. Ценности сотрудников исходя из наполнения их определенными смыслами могут отражать как индивидуальную, так и трудовую ориентацию.

4. Удовлетворенность условием труда может выступать платформой формирования ценностно-ориентационного единства рабочего коллектива и быть включенной в программу использования «здоровьесберегающих» технологий.

5. В результате исследования выявлена взаимосвязь между психологическим климатом и стремлением сохранить межличностные отношения в безопасности. Стремлением достигать поставленных производственных задач и отсутствием усиления доминирования над людьми и проявлением влечений к новизне.

6. Принимая во внимание преимущественную мотивацию работников, предстоит вывести их на уровень самореализации в индивидуальных достижениях, личном успехе, проявляющемся в карьерном росте, обеспечивая при этом желаемым для них условием благоприятного психологического климата в организации.

### **Список литературы**

1. Балабаева А.К. Особенности взаимосвязи между системой ценностей и мотивацией сотрудников казахстанских предприятий // Культура, образование и наука во благо общества : материалы IV междунар. науч.-практ. конф. Нижневартовск, 2017. С. 48-53.

2. Климов Е.А. Общечеловеческие ценности глазами психолога-профессиоведа // Психологический журнал. 1994. Т.14, № 4. С. 130-136.

3. Розанова В.А. Психология управления : учеб. пособие. М. : Бизнес-школа «Интел-Синтез», 1999. 352 с.

4. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. СПб. : Речь, 2006. 350 с.

5. Слостенин И.С., Данилова А.С. Исследование взаимосвязи кративности и удовлетворенности трудом во взрослом возрасте // Альманах современной науки и образования. 2015. № 2 (92). С.111-113.

6. Хогур Ф.Р. Категория «удовлетворенность трудом» в социологическом измерении // Теория и практика общественного развития. 2011. № 8. С. 82-84.

7. Человек и его работа (социологическое исследование) / под ред. А.Г. Здравомыслова, В.П. Рожина, В.А. Ядова. М. : Мысль, 1967. 392 с.

8. Locke E.A. The Nature and Causes of Job Satisfaction // Handbook of Industrial and Organizational Psychology / ed. M.D. Dunnet. Chicago : Rand McNally, 1976. P. 1297-1343.

9. Euyopglu Serifе Z., Jabbarova Konul, Saner Tulen. Job satisfaction: An evaluation using a fuzzy approach // 9th International Conference on Theory and Application of Soft Computing, Computing with Words and Perception, ICSCCW 2017, Budapest, Hungary August 2017. Budapest (Hungary), 2017. P. 691-698.

УДК 159.9.07

## ФАНТОМНАЯ БОЛЬ И МЕТОДЫ ЕЕ ОЦЕНКИ

А.А. Баркова, Н.В. Попенко

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Боль представляет собой субъективное ощущение, которое зависит от многих факторов. Объективизация боли — одна из трудноразрешимых проблем в клинической практике врачей различных специальностей. Применение специальных опросников оценки боли позволяет относительно быстро получить комплексную информацию о болевых ощущениях больного и обеспечивает целенаправленный и структурированный диалог между пациентом и врачом. В работе описаны современные шкалы и опросники для количественной оценки боли, используемые в клинике.

**Ключевые слова:** фантомная боль, болевой синдром, опросник боли, шкала боли.

**Актуальность.** Фантомная боль — это ложное ощущение, иллюзия присутствия утраченной части тела.

Фантомные боли у пациентов с атеросклерозом встречаются в 75-79% случаев. Численность пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, составляет 10% от общего числа больных с заболеваниями костно-мышечной системы. Стоит отметить, что среди причин ампутации нижних конечностей наиболее частыми являются последствия сосудистых заболеваний (атеросклеротическая гангрена) и эндокринных заболеваний (диабетическая стопа), что в общей сложности составляет более 95% от общего числа ампутаций. Ежегодно ишемия сосудов нижних конечностей, вызванная атеросклерозом, является причиной 30-40 тыс. ампутаций.

Постампутационный болевой синдром имеет смешанный характер и представлен болью двух типов:

- невропатическая фантомная боль, сочетающаяся с разнообразными патологическими сенсорными симптомами и воспринимаемая пациентом как боль в несуществующей конечности;

- обычная ноцицептивная (соматическая) боль в культе.

Это определяет особенности диагностики обоих типов боли при ФБС и влияет на выбор средств профилактики и лечения. Интенсивность боли является общим для обоих типов боли критерием оценки степени ее выраженности.

В настоящее время большинство методик для оценки болевого синдрома базируется на интерпретации утверждений самих пациентов.

Достоверная количественная оценка интенсивности боли помогает назначить лечение и отслеживать его эффективность. Один из наиболее распространенных тестов, позволяющих оценить боль, в клинике - опросник Мак-Гилла (McGill Pain Questionnaire, MPQ). Анкета MPQ разработана в 1975 г. профессором Ronald Melzack в Монреале (Канада), в университете McGill и переведена на несколько языков. Опросник Мак-Гилла представляет собой анкету, содержащую различные характеристики боли. Качественные особенности боли разделены на три большие группы: 1. сенсорно-дискриминативные (ноцицептивные пути проведения); 2. мотивационно-аффективные (ретикулярная формация и лимбические структуры); 3. когнитивно-оценочные (кора головного мозга). Опросник содержит 20 позиций со словами, разделенными на четыре группы: 1. 10 слов, определяющих сенсорные аспекты; 2. 5 слов, описывающих аффективные аспекты; 3. 1 слово, описывающее когнитивно-оценочный аспект; 4. 4 многоаспектных слова. Большой отбирает позиции, соответствующие его ощущениям, и обводит кружком слова, наиболее точно их описывающие. В позициях слова расположены по порядку в соответствии с интенсивностью боли. Индекс боли определяется в зависимости от количества выбранных слов; кроме того, результаты можно проанализировать по каждой группе параметров (сенсорная, аффективная, оценочная и многоаспектная). Вычисляются 2 основных показателя: ранговый индекс боли (сумма порядковых номеров, сверху вниз выбранные характеристики боли в классах или их среднеарифметическая величина) и число выбранных характеристик. Результаты опроса могут служить для оценки не только боли, но и эмоционального состояния пациента. Опросник Мак-Гилла дает достоверные результаты и может быть заполнен в течение 5—15 мин. Особенно важно то, что выбранные слова соответствуют определенным болевым синдромам, поэтому опросник можно использовать с диагностической целью. Существуют определенные ограничения в использовании болевой анкетой McGill. Во-первых, в анкете есть термины, понятные не всем больным (например, дергающие, скребущие). Поэтому некоторым пациентам приходится объяснять значение подобных слов. Во-вторых, три приведенные в анкете шкалы в значительной степени коррелируют между собой. Поэтому одно и то же измерение может попадать в разные разделы

шкалы. Наконец, могут возникать сомнения по поводу стабильности и содержания подклассов. Несмотря на эти ограничения, болевая анкета используется в клинических исследованиях уже многие годы и представляет собой вполне подходящий метод субъективного измерения интенсивности боли.

### McGill Pain Questionnaire

Прочитайте, пожалуйста, все слова-определения и отметьте только те из них, которые наиболее точно характеризуют Вашу боль. Можно отметить только по одному слову в любом из 20 столбцов (строк), но не обязательно в каждом столбце (строке).

Какими словами Вы можете описать свою боль? (сенсорная шкала)

- 1). 1. пульсирующая, 2. схватывающая, 3. дергающая, 4. стягивающая, 5. колотящая, 6. долбящая.
- 2). подобна: 1. электрическому разряду, 2. удару тока, 3. выстрелу.
- 3). 1. колющая, 2. впивающаяся, 3. буравящая, 4. сверлящая, 5. пробивающая.
- 4). 1. острая, 2. режущая, 3. полосующая.
- 5). 1. давящая, 2. сжимающая, 3. щемящая, 4. стискивающая, 5. раздавливающая.
- 6). 1. тянущая, 2. выкручивающая, 3. вырывающая.
- 7). 1. горячая, 2. жгучая, 3. ошпаривающая, 4. палящая.
- 8). 1. зудящая, 2. щиплющая, 3. разъедающая, 4. жалящая.
- 9). 1. тупая, 2. ноющая, 3. мозжащая, 4. ломящая, 5. раскалывающая.
- 10). 1. распирающая, 2. растягивающая, 3. раздирающая, 4. разрывающая.
- 11). 1. разлитая, 2. распространяющаяся, 3. проникающая, 4. пронизывающая.
- 12). 1. царапающая, 2. саднящая, 3. дерущая, 4. пилящая, 5. грызущая.
- 13). 1. немая, 2. сводящая, 3. леденящая.

Какое чувство вызывает боль, какое воздействие оказывает на психику? (аффективная шкала)

- 14). 1. утомляет, 2. изматывает.
- 15). вызывает чувство: 1. тошноты, 2. удушья.
- 16). вызывает чувство: 1. тревоги, 2. страха, 3. ужаса.
- 17). 1. угнетает, 2. раздражает, 3. злит, 4. приводит в ярость, 5. приводит в отчаяние.
- 18). 1. обессиливает, 2. ослепляет.
- 19). 1. боль-помеха, 2. боль-досада, 3. боль-страдание, 4. боль-мучение, 5. боль-пытка.

Как Вы оцениваете свою боль? (эвалюативная шкала)

- 20). 1. слабая, 2. умеренная, 3. сильная, 4. сильнейшая, 5. невыносимая.

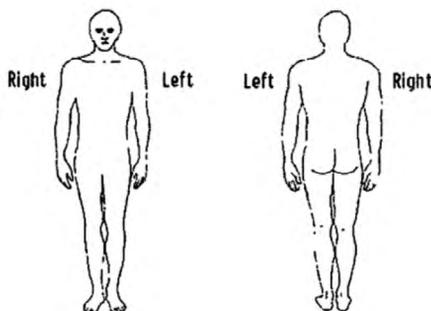
В 1994 г. профессором С. Cleeland с соавторами был разработан краткий опросник боли Brief Pain Inventory (BPI), который предназначен для оценки интенсивности боли и ее влияния на основные параметры качества жизни больных. Его главными преимуществами явились краткость и простота в использовании, легкость перевода на другие языки, возможность применения в клинической практике даже у самых тяжелых больных. В настоящее время краткий опросник боли BPI широко используется в клинических исследованиях и в клинической практике во многих странах мира.

### **Краткий опросник боли BRIEF PAIN INVENTORY**

1). В течение жизни каждый человек испытывает боль — головную зубную, боль в суставах или мышцах. Испытывали ли Вы сегодня какую-либо боль, отличающуюся от перечисленных?

1 — да, 2 — нет.

2). Заштрихуйте область, в которой Вы испытываете боль. Место наибольшей болезненности пометьте крестиком X



3). Пожалуйста, обведите цифру, соответствующую наиболее сильной боли, которую Вы испытывали за последние 24 часа.

Нет 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Невыносимая боль

4). Пожалуйста, обведите цифру, соответствующую самой слабой боли, которую Вы испытывали за последние 24 часа

Нет 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Невыносимая боль

5). Пожалуйста, обведите цифру, соответствующую средней боли, которую Вы испытывали за последние 24 часа

Нет 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Невыносимая боль

6). Пожалуйста, обведите цифру, соответствующую боли, которую Вы испытываете сейчас

Нет 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Невыносимая боль

7). Какие лекарства Вы принимаете для облегчения боли?

8). Насколько боль уменьшилась под действием медикаментов за последние 24 часа

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Не изменилась Полностью уменьшилась

9). Насколько за последние 24 часа боль влияла на

A. Повседневную активность

Не влияла 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Очень влияла

B. Настроение

Не влияла 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Очень влияла

C. Способность ходить

Не влияла 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Очень влияла

D. Способность выполнять работу по дому

Не влияла 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Очень влияла

E. Отношения с людьми

Не влияла 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Очень влияла

F. Сон

Не влияла 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Очень влияла

G. Способность получать удовольствие

Не влияла 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 Очень влияла

**ОПРОСНИК ПО БОЛИ**

Дата: \_\_\_\_\_ Пациент: \_\_\_\_\_ Врач: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_

Как бы Вы оценили интенсивность боли, которую испытываете сейчас, в настоящий момент?

Пожалуйста, подчеркните на рисунке одну область, где Вы испытываете наиболее сильную боль.

Как бы Вы оценили интенсивность наиболее сильного приступа боли за последние 24 часа?

Боли не было совсем / совсем мало / в среднем, несколько сильной боли / в течение последних 24 часов / совсем много

Отметьте крестиком картинку, которая наиболее точно отражает характер протекания боли в Вашем случае:

Непрерывная боль, немного меняющаяся по интенсивности / Непрерывная боль, периодически прерываемая / Прерывистые боли без больших изменений в протекании между ними / Прерывистые боли, сопровождающиеся большими изменениями в протекании между ними

Используете ли Вы ощущение жжения (например, как при ожоге краем) и области, которую отмечаете на рисунке?

Ощущаете ли Вы покалывание или покалывание в области боли (как покалывание от онемения или онемение электрического тока)?

Возникает ли у Вас болевые ощущения в указанной области при легком соприкосновении (с одеждой, одеялом)?

Возникает ли у Вас резкие приступы боли в указанной области, как удар тока?

Возникает ли у Вас иногда более сильные ощущения в указанной области при воздействии: холодного или горячего (например, воды, когда Вы моетесь)?

Ощущаете ли Вы онемение в указанной области?

Вызывает ли боль легкое покалывание на указанную область, например, как иголки падают?

Общая оценка боли: 0 1 2 3 4 5

**Подсчет баллов в опроснике по боли**

Пожалуйста, укажите общее количество баллов, которое Вы получили в опроснике по боли:

Общее количество баллов: [ ]

Пожалуйста, подберите количество баллов с учетом отмеченных типов боли, а также с учетом ответа на вопрос о распространении боли. Затем, суммируйте полученное число с общим количеством баллов, чтобы получить итоговое количество баллов:

Непрерывная боль, немного меняющаяся по интенсивности: 0

Непрерывная боль с периодически прерываемой: -1 (если отмечена эта картинка, или)

Прерывистые боли без больших изменений в протекании между ними: +1 (если отмечена эта картинка, или)

Прерывистые боли, сопровождающиеся большими изменениями в протекании между ними: +1 (если отмечена эта картинка)

Боль исходит в другие области? +2 (если ответ)

Итоговое количество баллов: [ ]

**Результаты обследования**

на наличие невропатического компонента боли

отрицательный | нейтральный | положительный

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

Наличие невропатического компонента боли маловероятно (< 10%) | Результат вероятности невропатического компонента боли (от 10% до 90%) | Высокая вероятность наличия невропатического компонента боли (> 90%)

Данный опрос не заменяет врачебной диагностики. Он используется для обследования на наличие невропатического компонента боли.

DFNS pain

Опросник PainDetect был разработан и валидизирован в Германии в ходе многоцентрового исследования с участием 392 пациентов с нейропатической и ноцицептивной болью.

Вопросник предназначен для заполнения врачом и объединяет в себе схему распределения болевых расстройств в виде картинки с длиной отрезка, указанного испытуемым между точками «боли нет» и «невыносимая или максимальная боль» и вопросом, направленным на выявление спонтанных и вызванных симптомов нейропатической боли. Также при помощи рисунка оценивается характер течения боли: постоянный, приступообразный, постоянный с приступами и т.д. Вопросник наиболее полно отражает все возможные параметры боли и позволяет очень наглядно отслеживать картину болевого синдрома в динамике. Его диагностическая ценность равна 83%. Вопросник Pain DETECT переведен на русский язык и прошел лингвистическую валидацию.

Оценочная шкала LANSS является комбинированной шкалой, включающей оценку как субъективных жалоб, так и объективной неврологической симптоматики. Шкала LANSS используется наиболее часто в исследовательских целях и представляет собой совокупность болевого опросника, заполняемого пациентом, и результатов исследования поверхностной чувствительности, регистрируемых врачом.

### **Болевая шкала LANSS**

**( Leeds Assesment of Neuropathic Symptoms and Signs, M.Bennett, 2001)**

#### **Шкала оценки невропатических симптомов и признаков**

##### **A. Оценка боли**

Вспомните о том, как вы ощущали вашу боль в течение прошедшей недели. Пожалуйста, скажите, какое из определений наиболее точно описывает вашу боль

Вопрос 1: Ощущаете ли Вы вашу боль как необычное, неприятное ощущение в вашей коже? Можно ли эти ощущения описать такими прилагательными, как колющие, щиплющие, пронизывающие или проникающие?

- НЕТ Моя боль не похожа на такую (0)
- ДА Я испытываю такие ощущения в большинстве случаев (5)

Вопрос 2: Выглядит ли цвет кожи в той области, где локализована боль, другим, по сравнению с нормальным? Можно ли сказать, что она покрывается пятнами или выглядит покрасневшей или порозовевшей?

- НЕТ Моя боль не изменяет цвет моей кожи (0)
- ДА Я замечаю, что цвет кожи в болевой области становится другим (5)

Вопрос 3: Изменяется ли чувствительность к прикосновению в той области, где локализована боль? Становится ли неприятно, например, если слегка провести по коже рукой, или болезненно когда одеваете одежду?

- НЕТ Моя боль не изменяет чувствительность моей кожи (0)
- ДА Кожа в области боли стала ненормально чувствительной к прикосновению (3)

Вопрос 4: Возникает ли ваша боль вдруг, внезапно, без видимой на то причины, даже когда вы в покое? Можно ли описать ее как электрический шок, прыжок или взрыв?

- НЕТ Моя боль не похожа на такую (0)
- ДА Я испытываю такие ощущения в большинстве случаев (2)

Вопрос 5: Когда вы чувствуете боль, могут ли присутствовать необычные температурные ощущения в этой области? Можно ли их описать как горящие или жгущие?

- НЕТ У меня не бывает таких ощущений (0)
- ДА Я испытываю такие ощущения в большинстве случаев (1)

#### В. Оценка чувствительности

Болевая чувствительность может быть тестирована с помощью сравнения болевой зоны с контрлатеральной или соседней неболевой областью на наличие аллодинии или изменений порогов болевой чувствительности при покалывании.

##### 1. Аллодиния

Проверяется ответ на легкое тактильное прикосновение (хлопок, шерсть) в неболевой и болевой области. Если нормальная чувствительность регистрируется на здоровом участке, а боль или неприятные ощущения обнаружены в болевой зоне, то аллодиния присутствует.

- НЕТ. Одинаковые ощущения в обеих зонах (0)
- ДА Аллодиния регистрируется только в болевой зоне (5)

##### 2. Измененный порог болевой чувствительности при покалывании.

Определяется болевой порог на покалывание с помощью сравнения ответов на укол иглой, нанесенный мягко на поверхность кожи неболевой, а затем болевой зоны. Если покалывание ощущается остро на неболевой стороне, а со стороны боли воспринимается по-другому, например, отсутствует или притуплено (повышен РРТ) или слишком сильные болевые ощущения (снижен РРТ), то болевой порог на покалывание считается измененным.

- НЕТ. Одинаковые ощущения в обеих зонах (0)
- ДА. РРТ изменен в области боли (3)

Таким образом, можно сделать вывод о том, что правильная количественная оценка играет большую роль в выборе способов противоболевого лечения, влияет на эффективность обезболивания. Применение современных методов оценки боли должно быть рутинной практикой в повседневной работе больницы.

#### Список литературы

1. Бывальцев В.А., Белых Е.Г., Сороковиков В.А., Арсентьева Н.И. Использование шкал и анкет в вертебрологии // Журнал неврологии и психиатрии. 2011. Вып. 2, № 9. С. 51-56.
2. Данилов А.Б. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль // Российский журнал боли. 2010. № 1 (26). С. 3-7.

3. Жудро А.А. Острая боль в хирургической практике и её количественная оценка // Медицинские новости. 2007. № 7. С. 12-18.

4. Спасова А.П., Третьякова О.Г. Оценка боли у пациентов в отделении интенсивной терапии // Российский журнал боли. 2011. № 2 (31). С. 25-26.

УДК 616-092.11

## **ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД**

**Н.А. Бекетова, Е.И. Стоянова**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлена коррекционная программа, направленная на снижение тревожности у лиц пожилого и старческого возраста в послеоперационный период. Данная специализированная программа позволяет снизить показатели тревожности посредством методов арт-терапии, мемуаротерапии и релаксационных упражнений. Исключая упражнения направленные на двигательную активность и активное дыхание.

**Ключевые слова:** пожилой возраст; тревожность; арт-терапия; мемуаротерапия; релаксация

**Актуальность.** В настоящее время всё большего внимания заслуживает изучение психологического статуса пациентов в послеоперационном периоде. Острые психические нарушения, развивающиеся обычно в раннем послеоперационном периоде, находятся в непосредственной связи с произведенной хирургической операцией.

Приспособительная реакция пожилого человека на операционную травму по сравнению с людьми более молодых возрастов значительно снижена. Поэтому вследствие операции могут появляться различные осложнения. Любой человек рассматривает ситуацию операции с тревогой, а тем более пожилые люди, восстановительный период у которых длится дольше по сравнению с молодыми людьми.

Одной из причин появления тревожностей является боязнь пожилого человека после операции потерять способность к самообслуживанию. Также существует страх осложнений и долгого восстановления. Страх потери возможности заниматься любимым делом и быть полезными родным по причине ухудшения здоровья.

**Постановка проблемы.** Актуальным является вопрос о возможности психологического сопровождения пожилых людей в послеопераци-

онный период. Данная коррекционная программа, учитывая особенности пациентов, находящихся в послеоперационном периоде, состоит из методик и упражнений, не требующих физической активности. Тревожность за свое состояние является одним из основных факторов сопровождающих пожилых людей после операции. Целью коррекционной программы является: снижение тревожности.

Задачи коррекционной программы: достижение состояния равновесия и внутреннего спокойствия; раскрытие внутренних ресурсов; развитие творческих способностей.

Структура коррекционной работы: 6 занятий по 60 минут. Возможность проведения в группе или индивидуально.

План коррекционной работы:

**Первое занятие** - продолжительность: 60 мин.

Цели:

1. Снижение тревожности;
2. Определение ресурсов.

Упражнение 1 (40 мин).

Арт-терапия. Рисунки (на тему «Мое состояние сейчас», «Моя болезнь», «Мое здоровье», «Мои ресурсы, помощники»). Якорение ресурсного состояния. Процедура: Участникам выдаются 4 листа А4, на которых им предлагается нарисовать «Мое состояние сейчас», «Моя болезнь», «Мое здоровье», «Мои ресурсы, помощники». После того как участники заканчивают рисунки ведется активное обсуждение каждого состояния и в особенности ресурса, который помогает справиться с болезнью.

Упражнение 2 (10 мин). Определение ресурсов в ходе беседы. Расширение сферы удовольствий. Процедура: Беседа на тему «Ресурсных состояний и расширения сферы удовольствий»

Рефлексия (10 мин).

**Второе занятие.** Продолжительность: 60 мин. Цели: развитие творческих способностей и духовно-нравственного потенциала; развитие умения выражать свои чувства и эмоции; профилактика тревожных и депрессивных состояний; поддержание когнитивных процессов (памяти, внимания).

Упражнение 1 (20 мин). Чтение стихов. Процедура: психолог приносит на занятие заранее напечатанные стихи классиков. Каждый участник выбирает себе понравившееся стихотворение и читает его с чувством и выражением. Если человек знает стихи наизусть, то рассказывает по памяти. Упражнение 2 (30 мин). Игра «Написание стихов». Проект творческие люди. Процедура: после прочтения стихов участникам предлагается самим сочинить четверостишия и рассказать получившиеся стихотворения по памяти. Рефлексия (10 мин).

**Третье занятие.** Продолжительность: 60 мин.

Цели: снижение эмоционального напряжения; снижение тревожности.

Упражнение 1 (25 мин). «Радуга»

Процедура: 1. Закройте глаза. Представьте, что перед вами находится экран. На экране вы видите радугу — цвета, которые вам нравятся. Для каждого цвета есть свой настрой и чувство. Вы видите то, что описываю я, или то, что захотите сами.

2. Первый цвет — голубой. Голубой может быть мягким и успокаивающим, как струящаяся вода. Голубой приятно ласкает глаз в жару. Он освежает вас, как купание в озере. Что вы видите, когда думаете о голубом?

3. Следующий цвет — красный. Красный дает нам энергию и тепло. На него хорошо смотреть, когда холодно. Иногда слишком много красного нас злит. Иногда он напоминает нам о любви. Что вы думаете, когда смотрите на красный цвет?

4. Желтый цвет приносит нам радость. Он согревает, как солнце, и мы улыбаемся. Если нам грустно и одиноко, он поднимает настроение. Что вы думаете, когда смотрите на желтый цвет?

5. Зеленый — цвет природы. Если мы больны или нам не по себе, зеленый помогает нам чувствовать себя лучше. Что вы думаете, когда смотрите на него?

Замечаете ли вы, как разные цвета влияют на настроение и даже на самочувствие? Попробуйте также увидеть другие цвета.

Завершение упражнения.

- Каковы были ваши ощущения во время выполнения этого упражнения?
- Какой цвет наиболее эффективно повлиял на ваше самочувствие и настроение?

Упражнение 2 (25 мин).

«Хорошие воспоминания»

Процедура: Участникам предлагается занять максимально удобную позу, закрыть глаза и вспомнить самое теплое, хорошее, душевное, веселое, любимое воспоминание. Вспомнить необходимо не только происходящие события, но и чувства, которые они испытывали в момент этого события в мельчайших подробностях: какая была улыбка на лице, как бежали «мурашки» по телу. Далее следует закоротить данное хорошее воспоминание и научиться проигрывать, вспоминать эти чувства в момент тревоги.

Рефлексия (10 мин).

**Четвертое занятие**

Продолжительность: 60 мин.

Цели:

1. достижение состояния равновесия и внутреннего спокойствия;
2. научить эффективному и простому способу расслабления и отдыха;
3. открытие внутренних ресурсов.

Упражнение 1 (35 мин). Арт-терапия. Методика «12 квадратов»

Процедура: Необходимо взять лист бумаги и разделить его на 12 квадратов. Затем выбрать понравившийся квадрат и начать рисовать. В этой технике нет понятий «правильно» или «неправильно», «красиво» или «некрасиво». Пусть рука оставляет на листе то, что хочется. Не надо думать о сочетании цветовой гаммы. Рисовать нужно в течении нескольких дней по любому количеству квадратов.

Упражнение 2 (15 мин). Упражнения «Глобализация».

Процедура: участникам предлагается представить себя и свою проблему. Затем представьте, что вы находитесь внутри большого дома, а дом — внутри улицы. Эта улица внутри района, который внутри города. Город же располагается внутри страны, которая находится на материке. Материк, разумеется, на планете Земля, Земля — в галактике, а галактика во Вселенной. Таким образом, вам удастся, хотя бы частично сбросить значимость ваших проблем и снизить остроту психотравмирующих переживаний. Рефлексия (10 мин).

### ***Пятое занятие***

Продолжительность: 60 мин.

Цели:

1. снижение тревожности;
2. отвлечение от мыслей о болезни;
3. побуждение к активной деятельности;
4. релаксация.

Упражнение 1 (40 мин). «Мемуары»

Процедура:

Данная методика является сильным психотерапевтическим средством. И так как многие люди никогда не сталкивались с написанием мемуаров – это также является новым интересным опытом. Участникам необходимо вспомнить значимые и интересные события из его жизни и записать их. События должны быть позитивные. Далее по желанию участники могут прочитать свои мемуары на занятии или родственникам. Данное упражнение может быть дано как домашнее задание.

Упражнение 2 (10 мин).

«Визуализация». Представьте, что вы на берегу моря. Сидите на белоснежном песке, вас согревает солнце, а ноги омывает чистая вода. Перед вами только голубая прозрачная гладь, все проблемы остались за горизонтом. Вам в лицо дует нежный ветерок, теплые брызги щекочут. Побудьте в таком состоянии 5 минут.

Рефлексия (10 мин).

### ***Шестое занятие***

Продолжительность: 60 мин.

Цели:

1. коррекция эмоционального состояния;
2. снижение нервного напряжения;
3. снижение страхов, тревожных состояний.

Упражнение 1 (40 мин). «Моё состояние здесь и сейчас»

Рисунок, изображение в круге. Подobie земного шара, символ исторического кругового мотива цикличности природы и жизни.

Метод познания себя, своих сакральных возможностей. Столкновение сознательного с бессознательным.

Психолог предлагает участникам изобразить своё состояние в настоящее время в круге, в образах и цветах именно так как они себе его представляют и чувствуют.

Затем психолог дает расшифровки символов и цветов получившихся мандал участников.

Упражнение 2 (10 мин). «Абажур»

Такую технику можно использовать для экспресс-регуляции своего эмоционального состояния, быстрого снятия стрессов.

Процедура:

Участников просят удобно сесть, расслабиться и закрыть глаза. Им дается следующая инструкция: «Представьте, что у вас внутри, на уровне груди, горит яркая лампа, покрытая абажуром. Когда свет идет вниз, вам тепло, спокойно и комфортно. Но иногда, когда мы начинаем нервничать, абажур поворачивается лампой вверх... Резкий свет бьет в глаза, слепит нас, становится жарко и некомфортно.

Вообразите себе такую ситуацию. Но в наших силах ее исправить. Представьте себе, как абажур медленно и плавно поворачивается вниз, принимает нормальное положение. Слепящий свет исчезает, вам вновь становится тепло, уютно и комфортно...»

Рефлексия (10 мин).

Разработанная коррекционная работа может использоваться как вспомогательный инструмент при реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста. К данной категории пациентов нужен особый подход, учитывающий все особенности психики, физического и эмоционального состояний. Поэтому поддержка психолога, в послеоперационный период пожилых пациентов, является необходимой. Психологический компонент не менее важен чем физическое восстановление и несомненно является сильным фундаментом для полного выздоровления.

## Список литературы

1. Краева М.А., Тарасова Т.О., Чижова Е.А. Тренинг познавательных процессов для лиц пожилого возраста и старческого возраста. СПб.: Речь, 2003. 62 с.
2. Александров А.А. Психодиагностика и психокоррекция. СПб.: Питер, 2008. 384 с.
3. Абрамова Г. С. Возрастная психология. М. : Academia Паритет, 1997. 702 с.
4. Анциферова Л.И. Поздний период в жизни человека: типы старения и возможности поступательного развития личности // Психологический журнал. 1996. Т. 17, № 6. С. 60-71.
5. Козырева О.А. Создание инклюзивной образовательной среды как социально-педагогическая проблема // Вестник ТГПУ. 2014. № 1. С.112-115.
6. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми : учеб. пособие. М. : Дашков и К, 2002. 295 с.

УДК 159.99

## СУБЪЕКТИВНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ВРАЖДЕБНЫМИ УСТАНОВКАМИ В КОНТЕКСТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ

**В.Ю. Бенькова**

*Национальный исследовательский Томский государственный университет,  
г. Томск, Россия*

В статье использованы результаты, полученные в ходе выполнения проекта № 8.1.54.2018, реализуемого по Программе повышения конкурентоспособности Национального исследовательского Томского государственного университета

**Аннотация.** Статья посвящена выявлению и описанию характера взаимосвязи враждебности с субъективной оценкой жизненной ситуации и субъективной оценкой эффективности и защищенности на примере сельских подростков. Затронута проблематика жизненной ситуации сельских подростков. Сделаны краткие выводы в отношении выявленных взаимосвязей и выявлены дальнейшие перспективы исследования.

**Ключевые слова:** субъективное благополучие, враждебные установки, сельские школьники, функциональное состояние психики

**Актуальность.** Сегодня достаточно широкое распространение получает позитивная психология, в рамках которой наиболее известны исследования Э. Динера, К. Питерсена, К. Шелдона, М. Селигмана, К. Рифф, М. Чиккентмихайи и др. В отечественной психологии также наблюдается рост интереса к проблемам благополучия на разных этапах жизненного пути личности (Бочарова Е.Е., Воронина А.В., Дашиева Б.А., Заусенко И.В., Леонтьев Д.А., Тюлюпо С.В., Шамионов Р.М., Шевеленкова Т.Д. и др.).

В рамках современной социальной политики вопросы психологического благополучия разных категорий населения представляются нам чрезвычайно значимыми. В этом аспекте одним из ключевых направлений является достижение устойчивых показателей социального развития. С этой точки зрения следует отдавать себе отчет в том, что существуют некоторые категории населения, которые априори рассматриваются уязвимыми и неблагополучными в самом широком контексте. Особую группу здесь составляют сельские подростки и молодежь, так как жизненная ситуация сельского социума, характеризуется особыми условиями и является достаточно проблемной, существенно отличаясь от городской среды (Дашиева, 2016).

К числу объективных негативных условий, отличающих жизненную ситуацию сельского социума от городского, относятся нестабильное экономическое положение, удаленность от культурных и научных центров, замкнутость села как сформировавшегося сообщества, трудности в получении квалифицированной психологической помощи. Среди субъективных барьеров: частая неблагоприятная эмоциональная атмосфера в семье и школе, асоциальное или делинкветное поведение окружающих, создающее условия для формирования девиантного поведения у подростков. Все это негативным образом сказывается на качестве жизни сельского подростка и обуславливает дефицит условий для самореализации (Байбородова, 2008).

Учитывая масштаб и своеобразие описанной ситуации, нас заинтересовал характер связи компонентов психологического благополучия и предикторов их снижения. В данном исследовании мы решили поставить вопрос о взаимосвязи враждебности сельских школьников с субъективной оценкой жизненной ситуации и такими субъективными компонентами психологического благополучия как: оценка самооффективности, субъективной защищенности.

**Постановка проблемы.** Стоит отметить, что в понимании феномена психологического благополучия теоретическую базу заложили исследования Н. Брэдберна. Он впервые ввел данный термин, отделяя его от термина «психологическое здоровье» и приближая к пониманию субъективного ощущения счастья и общей удовлетворенности жизнью. Суть его теории заключается в представлении о психологическом благополучии как о некоем балансе между позитивным и негативным аффектами (Bradburn, 1969).

Понятие «субъективное благополучие» было введено Э. Динером. Так же, как и Брэдберн, Динер приравнивает субъективное благополучие к переживанию счастья, но сам термин «субъективное благополучие» здесь является компонентом психологического благополучия. В состав субъективного благополучия входят три элемента: удовлетворение, приятные и неприятные эмоции. При этом автор рассматривает эти три

компонента как когнитивный (удовлетворение – интеллектуальная оценка удовлетворенности различными сферами своей жизни) и эмоциональный (наличие плохого или хорошего настроения) аспекты самопринятия (Diener, 1984).

В отношении понятия «враждебность»: на сегодняшний день не существует однозначной его трактовки, что отчасти является следствием разнообразия форм проявления «враждебного» поведения. В.Н. Мясичев понимает враждебность как эмоциональное отношение и отмечает, что она формируется в процессе взаимодействия с объектом и затем задает пристрастность восприятия новых объектов (Мясичев, 1966). Рядом исследователей понятие «враждебность» рассматривается как атрибут образа мира личности. Однако в ряде работ враждебность рассматривается и как личностная черта, и как черта характера, и в качестве когнитивного компонента психики (Артемьева, 1999).

Вслед за упомянутыми выше отечественными авторами, в своем исследовании, выбирая наиболее релевантное нашим задачам рабочее определение изучаемого нами феномена, мы отдаем предпочтение пониманию враждебности как наличию некоторых негативных установок в отношении окружающих людей и мира в целом. Враждебность человека, понимаемая как атрибут его индивидуальной картины мира, предстает перед нами продуктом микро- и макросоциальных процессов и зависит от конкретной культурно-исторической реальности, в которой он оказывается. Это означает, что мы понимаем враждебность не как устойчивую личностную диспозицию, а именно как некоторые деструктивные установки, ситуативно проявляющиеся в отношении представителей малой группы (одноклассники, учителя, однокашники). Нас в большей степени интересуют установочные аспекты враждебности, а именно ее эмоциональный компонент (агрессия, гнев, страх), проявляющийся в определенных ситуациях.

Целью нашего исследования являлось выявление и описание характера взаимосвязи враждебности с субъективными компонентами своего благополучия: собственной эффективности и защищенности на примере сельских подростков.

Участниками констатирующего эксперимента являлись 356 школьников. В исследовании нами были использованы данные, полученные в рамках вышеуказанного грантового проекта. Для диагностики сельских подростков применялся «Опросник благополучия сельских школьников», разработанный С.В. Тюлюпо и Б.А. Дашиевой. Данный опросник составлялся на основании систематизации устойчивых форм поведения сельских подростков, наблюдаемых авторами в период с 2004 по 2014 годы, в контексте разработки модели медико-психологического сопровождения образовательного процесса на базе сельской средней общеобразовательной школы.

Уровень враждебности определялся нами с помощью субшкалы «Враждебные установки». Вопросы данной субшкалы направлены на выявление враждебных установок в межличностных отношениях преимущественно в условиях школы (например, «Кое-кому в моем классе я мечтаю отомстить за свои обиды»).

Некоторыми важными составляющими субъективного благополучия сельских подростков для нас выступили *оценка субъективной защищенности и оценка самооффективности в межличностных отношениях*.

Шкала «Субъективная защищённость» включает пункты, направленные на субъективное внутреннее определение чувства безопасности в школе (например, такие, как «В школе я в полной безопасности», «В школе я почти всегда чувствую себя комфортно»).

Шкала «Оценка самооффективности» включает две субшкалы: оценка самооффективности в решении учебных задач и в межличностных отношениях («У меня есть хороший опыт любовных отношений», «Я пользуюсь авторитетом в своём окружении»).

Для выявления взаимосвязи враждебности сельских школьников с субъективной оценкой жизненной ситуации и субъективными компонентами психологического благополучия нами использовался автоматический расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Все шкалы были проверены на нормальность распределения. Обработка результатов проводилась с помощью программы SPSS-19.

Таблица 1

**Результаты исследования взаимосвязи субъективной оценкой жизненной ситуации и субъективными компонентами психологического благополучия у сельских школьников**

№ п/п	Параметры	Враждебность
	Оценка эффективности в межличностных отношениях	$r_s = -0,160^*$
	Субъективная защищенность	$r_s = -0,424^*$
	Оценка объективных условий. Школа	$r_s = -0,309^*$

\*корреляции значимы для  $p < 0,05$

Полученные нами данные позволяют заключить, что враждебность имеет статистически значимую отрицательную связь со всеми взятыми нами субъективными компонентами психологического благополучия и средовыми условиями. Таким образом, мы можем полагать, что в аспекте внутренней защищенности, взаимоотношений с учителями и сверстниками, жизненной ситуацией в школе, ощущением своей авторитетности враждебность может приводить к снижению психологического благополучия.

Анализируя полученные результаты, мы можем заключить, что чем в большей мере сельский школьник проявляет враждебность, тем в

меньшей степени для него свойственна эффективность и субъективная защищенность. В самом деле: переживая свою неэффективность, воспринимая этот мир как негативный и опасный, подросток закономерно начинает защищать себя, свою внутреннюю «крепость». Таким образом, мы можем говорить о том, что враждебность является своеобразной защитной стратегией против неудовлетворяющих условий существования. То есть в ситуации, когда мир и люди в нем опасны, враждебность логично становится функциональной. Здесь мы имеем ввиду, что для подростка, проживающего в условиях частой алкоголизации, наркомании, насилия и достаточно закрытого сообщества (все знают о тебе, постоянно видят тебя, обсуждают тебя) формирование враждебных установок для нас понятно и является закономерным следствием. И действительно: как, ощущая опасность и неблагополучие в окружающем мире, понимая свою уязвимость не начать воспринимать его в негативном ключе и не включить враждебные защитные механизмы?

Тем не менее, статистическая верификация значимых взаимосвязей подводит достаточно серьезные основания для последующего более глубокого и разностороннего изучения психологического благополучия сельских школьников в отношении взаимосвязей с враждебными установками и другими предикторами его снижения (установки ПАВ, суицидальные переживания, тревожность и др.). Представленный нами анализ оставляет открытыми значимые и интересные вопросы:

1. Под влиянием каких факторов (средовых или внутренних) формируется готовность школьников оценивать себя в аспекте «эффективный – неэффективный» в отношении учебной деятельности и межличностных взаимодействий?

2. Интересным оказывается вопрос субъективной оценки благоприятности/неблагоприятности среды. Здесь нам вспомнились работы Ролло Мэя, в которых он рассуждал о смысле тревоги и приводил примеры случаев, когда негативные средовые факторы не всегда положительно коррелируют с тревожностью (Мей, 2001) Говоря об алкоголизации, насилии в семье и других составляющих маргинальных условий жизни, мы поставили для себя вопрос существования данных связей в отношении враждебности.

3. В этом аспекте актуален вопрос о том, существуют ли объективные факторы, разрывающие данную связь, и каким образом подобные переживания сказываются на оценке самооффективности?

4. И если нам становится понятным вопрос о генезе враждебных установок, мы поворачиваем фокус зрения на иной немаловажный аспект – средовые факторы. То есть одну из перспектив нашего дальнейшего исследования мы видим в значимом изменении средовых условий для того, чтобы участники целевой группы чувствовали себя благополучнее в психологическом смысле.

5. Также мы можем говорить о враждебности, агрессивности как о достаточно ресурсном состоянии, наполненном энергией, имеющей негативную полярность. И в этом ключе мы можем поставить перед собой многоаспектный, но от этого не менее интересный и интригующий вопрос: возможна ли смена знака на положительный? То есть насколько энергетически ресурсно данное состояние и как можно использовать его для повышения самооффективности и авторитетности? Мы предполагаем разделение выборки на группы по характеру проявления враждебного поведения и работу с ними в аспекте выявления и эффективного использования своего ресурсного состояния.

6. Поставленные вопросы сложны и интересны. Но в любом случае, уже сейчас мы можем говорить о том, что полученные нами данные позволят более целенаправленно моделировать средовые условия и работать с самооценкой и субъективной удовлетворенностью жизнью подростка, опираясь на враждебность как на некоторый «индикатор» психологического неблагополучия.

### Список литературы

1. Barefoot J.C. Developments in the measurement of hostility // *Hostility, coping and health* / ed. H.S. Friedman. Washington: American Psychological Association, 1992. P. 13-31.
2. Bradburn N.M. The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine, 1969. 318 p.
3. Buss A.H. The psychology of aggression. N.Y.: Wiley, 1961. 307 p.
4. Diener E. Happiness: Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth. Blackwell: Oxford, 1984. 290 p.
5. Larkin K.T., Martin R.R., McClain C.E. Cynical Hostility and the Accuracy of Decoding Facial Expressions of Emotions // *Journal of Behavioral Medicine*. 2002. Vol. 25, № 3. P. 285-292.
6. Smith T.W. Hostility and health: Current status of a psychosomaticity pothesis // *Health psychol.* 1992. Vol. 11, № 3. P. 139-150.
7. Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики. М. : Наука Смысл, 1999. 350 с.
8. Байбородова Л.В. Сопровождение образовательной деятельности сельских школьников : монография. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2008. 88 с.
9. Дашиева Б.А., Тюлюпо С.В., Федорова О.В., Пыжик Т.Е. В фокусе внимания сельский школьник: шаг к психологическому благополучию // *Психическое здоровье человека XXI века : сб. науч. ст. по материалам Конгресса*. М.: ИД Городец, 2016. С. 39-41.
10. Дашиева Б.А., Тюлюпо С.В., Тюлюпо А.В. Ретроспективная оценка медицинской активности сельских родителей в педиатрической сети // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2016. № 4. С. 40-46.
11. Леонтьев А.Н. Образ мира // *Избранные психологические произведения*. Т. 2. М., 1983.
12. Мэй Р. Смысл тревоги / пер. М.И. Завалова, А.Ю. Сибуриной. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 379 с.
13. Мясищев В.Н. Сознание как единство отражения действительности и отношения к ней человека // *Проблемы сознания: материалы симп.* М., 1966.

14. Прохорова А. Н. Взаимосвязь психологического благополучия и субъективно-го восприятия жизненной ситуации у сельских подростков с девиантным поведением [Электронный ресурс] : дипломная работа (проект) специалиста по направлению подготовки: 37.05.01 - Клиническая психология. Томск: [б.и.], 2017. URL: <http://vital.lib.tsu.ru/vital/access/manager/Repository/vital:3866> (дата обращения: 05.09.2018).

15. Смирнов С.Д. Образ мира как предмет психологии познания // Категории, принципы и методы психологии. Психические процессы : тез. науч. сообщений сов. психологов к VI Всесоюз. съезду психологов СССР. М., 1983. Ч. 1.

УДК 159.9.075

## ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ И СУБЪЕКТИВНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ ОДИНОЧЕСТВА В ПЕРИОД РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

А.О. Быков

*Научные руководители: Н.Ю. Ивушкина, Т.В. Черникова*

*Волгоградский государственный социально-педагогический университет,  
г. Волгоград, Россия*

**Аннотация.** Субъективное переживание одиночества на жизненном этапе ранней взрослости является типичным предметом обсуждения в консультационной практике психолога. В общетеоретическом плане проблемой одиночества занимались представители зарубежной психологической науки, такие как: Н. Брэберн, Р. Вейс, К. Изард, А. Крайнес, С. Медоуз, Н. Пезешкиан, Д. Перлман и Л. Пепло, К. Роджерс, У. Садлер, Р. Спилтс. Исследования одиночества в отечественной науке проводились менее интенсивно. Тем не менее различные социальные и психологические аспекты этой проблемы раскрыты в работах Е.П. Ильина, И.С. Кона, Д.А. Леонтьева, О.В. Носковой, Е.Ф. Рыбалко, С.Л. Рубинштейна и др.

Целью предпринятого исследования, проведенного в пилотажном режиме, стало изучение негативного состояния и субъективного переживания одиночества в период ранней взрослости. Основные выводы, полученные по его результатам, состоят в том, что: а) отношение субъекта к переживанию одиночества в период ранней взрослости зависит от эмоциональных черт его личности; статистически значимыми эмоциональными чертами являются эмоциональная возбудимость и гнев (ярость); б) количество лиц с высокой, средней и низкой степенью субъективного переживания одиночества в целом соотносится с кривой нормального распределения.

**Ключевые слова:** негативное состояние, одиночество, субъективное переживание, ранняя взрослость, эмоциональные черты личности.

**Актуальность.** Проблема эмоционального состояния человека становится значимой в период ранней зрелости, когда человек активно осваивает и сознательно преобразует свои отношения и свою и собственную индивидуальность с ее уникальными эмоциональными переживаниями. Все это является основой, на которой личность строит свое будущее. Недостаточный уровень развития навыков межличностного взаимодействия; изменение социальной ситуации развития; такие личностные характеристики, как эмоциональная нестабильность, а также другие обстоятельства влекут возникновение чувства одиночества в период ранней зрелости. Одиночество болезненно переживается, что в дальнейшем становится значимым психологическим фактором для установления социальных и межличностных отношений, вызывает изменения в социальных потребностях человека, в его восприятии собственного «Я», окружения и жизни в целом.

### **Постановка проблемы**

В консультационных обращениях молодых людей к психологу по поводу переживания ими одиночества в возрастной период их жизни, называемой ранней зрелостью, они сами указывают его причину. Отсутствие близких отношений с потенциальными или реальными брачными партнерами они связывают с наличием у них негативных эмоций и черт личности. К их числу они относят: гнев (ярость), страх, стыд (застенчивость), сочувствие (сострадание).

Период ранней зрелости характеризуется завершением перехода от юности к статусу зрелости. Начало зрелого бытия внутренне воспринимается как положительное чувство, исчезают сомнения и временность юности, человек занят строительством своего будущего. В эту возрастную фазу человек применяет всю информацию, которую он приобрел о социальных ролях взрослых, к себе. Он заканчивает учебу, общается к трудовой деятельности, вступает в брак, заводит детей, определяет общий стиль жизни и конкретные задачи на будущее, устанавливает круг друзей различной степени близости, корректирует ценностные ориентации в соответствии с новым «взрослым» статусом и новыми жизненными планами. Опыта взрослой жизни еще мало, поэтому молодой человек поступает иногда импульсивно, необдуманно, совершая ошибки, принимая неправильные решения и делая неправильные выборы. Главная цель молодости, по мнению А.В. Толстых, заключается в реализации возможностей саморазвития.

Переход от юности к зрелости в большинстве случаев сопровождается упрочением, кристаллизацией чувства своей личной идентичности. Молодые люди (от 18 до 29 лет) чаще задают себе вопрос: «Кто же я такой в действительности?», чем люди среднего и пожилого возраста. Молодой человек усваивает систему «взрослых» ролей одновременно, в разной последовательности, поэтому он может себя видеть в одних отношениях уже взрослым (например, в трудовой деятельности), а в других (например, в отношениях с людьми) еще нет. Понятие зрелости под-

разумеает, с одной стороны, адаптацию, освобождение от юношеского максимализма и приспособление к жизни, а с другой – творческую активность, самореализацию (Кон И.С., 2006).

Согласно модели развития взрослых Р. Хейвигхерста, задачами ранней взрослости являются: выбор супруга (и), подготовка к супружеской жизни, создание семьи, воспитание детей, ведение домашнего хозяйства, начало профессиональной деятельности, принятие гражданской ответственности, нахождение соответствующей социальной группы.

Ранняя взрослость насыщена значимыми событиями, влияющими так или иначе на ход жизни. По мнению Э. Эриксона, главная проблема, требующая своего разрешения в этот период жизни, – это противоречие между близостью и изоляцией. Близость требует установления приносящих взаимное удовлетворение тесных отношений с другим человеком, которые возможны лишь при достижении идентичности, когда не возникает риск потерять себя при единении с другим. Если человек на данной стадии не способен установить глубокие личные связи, не способен достичь взаимности, то, чувствуя барьер между собой и другими, будет переживать изоляцию (Малкина-Пых, 2005).

Согласно исследованию, Д. Левинсона, чтобы полностью стать взрослым, молодой мужчина должен справиться с четырьмя задачами, возникающими в процессе развития: увязать мечты с реальностью; найти наставника; обеспечить себе карьеру; наладить интимные отношения. Предварительные результаты исследования Д. Левинсоном группы женщин показывают, что их вхождение во взрослость состоит из выполнения тех же четырех задач, что решают и мужчины. Однако опыт женщин существенно отличается от мужского. Если мужские мечты о будущем в целом носят однородный характер и связаны с работой, то женским мечтам присуща расщепленность: они стремятся сочетать карьеру и замужество. Даже тогда, когда коллеги и члены семьи считают, что женщины добились успеха, они сами чувствуют, что жертвуют либо карьерой, либо семьей. Хотя наличие наставника важно и для карьеры, и для устройства жизни, женщинам редко удается найти того, кто помог бы им реализовать мечту. Женщины также позже по сравнению с мужчинами устраивают свою карьеру, долго находясь в периоде «профессионального ученичества».

Развитие интеллекта в молодости, по Г. Крайгу, тесно связано с развитием творческих способностей, предполагающих не просто усвоение информации, а проявление интеллектуальной инициативы и создание чего-то нового, умение преодолеть обыденные представления и выйти за рамки строгого логического следования и выводов, обращаясь к необычным связям и аналогиям. Отмечается тенденция к росту оценок по IQ-тестам на протяжении взрослости (в период от 20 до 40 лет). Основными факторами данного роста являются образование и жизненный опыт.

К. Ригель полагает, что за заключительной стадией когнитивного развития – стадией формальных операций, описанной Ж. Пиаже, следует еще

одна. Это диалектическая стадия, главное достижение которой состоит в понимании противоречий и умении синтезировать или интегрировать противоположные идеи и точки зрения. Особо важный аспект диалектического мышления взрослых представляет собой интеграция реального и идеального. Суть когнитивного развития в период взрослости, по К. Шайи, заключается не в расширении круга способностей и не в изменении их структуры, а в гибком использовании интеллекта. В ранней взрослости человек начинает применять свои интеллектуальные способности, чтобы сделать карьеру, избрать и выстроить свой стиль жизни. Это период достижения, в котором человек воплощает в реальной жизни свои способности думать, решать проблемы и принимать решения (Пиаже, 1969).

Одной из важнейших составляющих жизни взрослых является трудовая деятельность. Согласно теории, Я-концепции Д. Сьюпера, люди стремятся выбрать профессию, которая отвечает сложившимся у них представлениям о себе. Утверждая себя в профессии, соответствующей их Я-концепции, они добиваются самоактуализации. Они делают то, что, как им кажется, может принести наибольшее удовлетворение и максимально способствовать личностному росту.

Н.М. Брэдберн обнаружил, что «социально активные люди, эмоциональный опыт которых отличается большим разнообразием, чаще испытывают положительные эмоции. Высокий социально-экономический статус, помогающий избежать однообразия и монотонности жизни, также положительно коррелирует с положительными эмоциями. Но ученый отметил, что деньги и социальное положение могут способствовать радости, но не в состоянии избавить от грусти. (N.M. Bradburn.1969).

В ранней молодости, как, впрочем, и в юности, стремление к общению, по всей видимости, достигает своего максимума. Молодость открыта общению: легко заводятся знакомства, образуются дружеские связи, приходит любовь, создаются семьи. Социальные контакты, дружеские отношения очень важны для человека. Как показывают исследования М. Ларсона, люди, у которых много друзей, чувствуют себя более счастливыми. Дружба является отдельным источником счастья, как обнаружил в своих исследованиях М. Аргайл. Она менее значима, чем брак или семейная жизнь, но более важна, чем работа или отдых. Однако из всех происходящих в жизни событий именно влюбленность получает самую высокую положительную оценку. В дополнение к физической близости большое значение имеют также самораскрытие, взаимное внимание и забота. Те, кто не способен сформировать близкие отношения в течение этого периода, могут испытывать немалые трудности в социальной адаптации и страдать от чувства одиночества и подозрительности, испытывать депрессию, беспокойство, скуку, потерю чувства самоуважения. В целом люди, состоящие в браке, счастливее тех, кто не женат (не замужем), разведен или одинок в результате смерти одного из супругов.

Люди, живущие вместе, но не являющиеся супругами, счастливее, чем одинокие люди, вместе с тем менее счастливы, чем состоящие в браке. Хотя необходимо отметить, что преимущества брака естественно зависят и от качества супружеских отношений.

Оставление родительской семьи рассматривается как первое значимое событие ранней взрослости. Оно происходит не только с момента вступления в брак, но и тогда, когда человек решил жить один. Дж. Хоффман выделил четыре типа независимости, приобретаемой молодым взрослым в процессе отделения от родительской семьи. Это независимости: а) эмоциональная (психологическая автономность относительно родительской поддержки и любви); б) аттитудная (отличающийся от родителей путь формирования установок, ценностей и убеждений); в) функциональная (самостоятельность в решении материально-экономических и др. повседневных проблем); г) конфликтная (исключение чувства вины при отдалении от родителей).

Второе важное событие – это вступление в брак. До момента появления первого ребенка молодая семья решает ряд задач. Важнейшая из них – адаптация супругов к условиям семейной жизни в целом и к психологическим особенностям друг друга. Существуют наблюдения, что для удачного брака нужно, чтобы у партнеров были общие или взаимодополняющие интересы, чтобы они не сильно различались по таким показателям, как физическое здоровье, внешняя привлекательность, образование, семейные традиции. В противном случае не за горами появление чувства одиночества у живущих рядом супругов, не всегда разрешаемое посредством развода (Эйдемиллер, Юстицкис, 2008).

Таким образом, самовосприятие своей взрослости бывает разное и зависит от личностных особенностей. Тем не менее молодость по своей природе оптимистична: человек уже начал действовать в плане осуществления своих идеалов и жизненных целей и, хотя он сталкивается с трудностями на этом пути, они все же не кажутся ему непреодолимыми. Минуты отчаяния, сомнения, неуверенности, как правило, кратковременны и проходят в бурном потоке жизни, в процессе освоения все новых и новых возможностей (Гамезо, 2009).

На основе проведенного теоретического анализа особенностей развития личности в период ранней взрослости можно сделать следующие выводы:

- эмоциональные переживания личности можно рассматривать как фактор ее развития; методологической основой такого рассмотрения выступают основные положения гуманистической психологии об эмоциональных переживаниях как о непосредственном опыте личности;
- ранняя взрослость (от 20 до 40 лет) характеризуется достижением личностной идентичности и началом продуктивной деятельности, что дает толчок к построению системы новых межличностных отношений в профессиональной и семейной сферах;

- переживание чувства одиночества определяет степень внешней и внутренней изолированности личности; изоляция (одиночество) – наступает в результате невозможности или неспособности достичь взаимности в интимных отношениях с противоположным полом.

В предпринятом исследовании, которое носило пробный пилотажный характер, диагностическими средствами проверялось предположение о том, что отношение субъекта к переживанию одиночества в период ранней взрослости зависит от негативных эмоций и черт личности (горе, страдание и страх).

Для проверки гипотезы использовались методика «Диагностика уровня субъективного ощущения одиночества» Д. Рассела и М. Фергюсона, а также опросник К. Изарда «Основные эмоциональные черты».

Исследование проводилось в г. Волгограде в апреле и мае 2018 г. В нем приняли участие 20 человек, 10 женщин и 10 мужчин; из них 12 человек в возрасте 20–29 лет, 8 в возрасте 30–40 лет. Исследование проводилось в индивидуальном порядке. Процедура исследования представляла собой последовательное предъявление двух опросников со всеми необходимыми указаниями и материалами. Статистическая обработка эмпирических данных проводилась с использованием сравнения средних значений и корреляционного анализа данных по U-критерию Мана-Уитни (программа IBM SPSS Statistics Base 22.0).

Расчеты по U-критерию Мана-Уитни для результатов, полученных по опроснику К. Изарда «Основные эмоциональные черты» для респондентов, разделенных по полу и возрасту, показали отсутствие значимых различий между выборками. Тем не менее обнаружены некоторые тенденции, позволяющие предположить, что с возрастанием исследовательской выборки наметившиеся различия могут проявиться достаточно ярко. У мужчин более выражены такие черты, как эмоциональная возбудимость, удивление, гнев (ярость) и сочувствие (сострадание), тогда как у женщин это такие черты, как интерес (возбуждение) и страх. Чувства радости, горя (страдания), отвращения, презрения (неуважения), стыда (застенчивости) и вины (раскаяния) выражены у обоих полов в равной степени. У возрастной группы 20–29 лет более выражены такие черты, как эмоциональная возбудимость, радость, удивление, гнев (ярость) и сочувствие (сострадание). У возрастной группы 30–40 лет более выражены такие черты, как интерес (возбуждение) и страх. Чувства горя (страдания), отвращения, презрения (неуважения), стыда (стыда (застенчивости) и вины (раскаяния) выражены у обеих возрастных групп в равной степени.

Анализ результатов по методике Д. Рассела и М. Фергюсона «Диагностика уровня субъективного ощущения одиночества» показал, что высокая степень одиночества наблюдается лишь у четырех человек (20% всей выборки): двух мужчин 20–29 лет и двух женщин 30–40 лет. Средняя степень одиночества выявлена у восьми испытуемых (40%): четырех

женщин 20–29 лет, двух мужчин 20–29 лет и двух мужчин 30–40 лет. Низкая степень одиночества характерна для восьми человек (40%): четырех женщин 30–40 лет и четырех мужчин 20–29 лет. Расчет средних рангов испытуемых с использованием U-критерия Мана-Уитни по признаку пола показал отсутствие статистических различий.

Материалы статистической проверки на наличие связи между отношением субъекта к переживанию одиночества в период ранней взрослости и его эмоциональным состоянием приведены в таблице.

Таблица 1

**Исследование взаимосвязи между отношением субъекта к переживанию одиночества и его эмоциональными чертами личности**

Эмоциональные черты личности по К. Изарду		Степень одиночества
Эмоциональная возбудимость	Корреляция	-0,094
	Значимость (двухсторонняя)	0,71
Интерес (возбуждение)	Корреляция	0,246
	Значимость (двухсторонняя)	0,324
Радость	Корреляция	0,295
	Значимость (двухсторонняя)	0,234
Удивление	Корреляция	-0,26
	Значимость (двухсторонняя)	0,297
Горе (страдание)	Корреляция	
	Значимость (двухсторонняя)	
Отвращение	Корреляция	
	Значимость (двухсторонняя)	
Гнев (ярость)	Корреляция	0,056
	Значимость (двухсторонняя)	0,825
Презрение (неуважение)	Корреляция	
	Значимость (двухсторонняя)	
Страх	Корреляция	-0,245
	Значимость (двухсторонняя)	0,327
Стыд (застенчивость)	Корреляция	
	Значимость (двухсторонняя)	
Вина (раскаяние)	Корреляция	
	Значимость (двухсторонняя)	
Сочувствие (сострадание)	Корреляция	0,499
	Значимость (двухсторонняя)	0,035

Материалы таблицы свидетельствуют о том, что статистически значимыми эмоциональными чертами личности, влияющими на ощущение

одинокости у человека в период ранней взрослости, являются: эмоциональная возбудимость ( $r=0,71$ , тесная связь) и гнев (ярость) ( $r=0,825$ , тесная связь); интерес (возбуждение) ( $r=0,324$ , умеренная связь) и страх ( $r=0,327$ , умеренная связь); радость ( $r=0,234$ , слабая связь) и удивление ( $r=0,297$ , слабая связь).

Все остальные черты личности не являются статистически значимыми и не имеют связи с отношением субъекта к переживанию одиночества в период ранней взрослости. Таким образом, выдвинутая гипотеза подтвердилась частично: наиболее остро переживают одиночество, независимо от пола и возраста, эмоционально возбудимые и склонные к гневу люди.

Ранняя взрослость (20—30 лет), по утверждению М.В. Гамезо, рассматривается обществом как «лучшее время», как наиболее счастливый возраст, что ведет к повышенному ожиданию этого времени со стороны подростков и к высокой ретроспективной оценке у старших возрастных групп. Именно в интервале от 21 до 34 лет зафиксирован наименьший процент лиц, неудовлетворенных жизнью и считающих себя несчастными. Однако повышенные требования к молодым взрослым, их достижениям и успехам способствуют возникновению у них переживаний стрессового характера, а высокая частота значительных и значимых событий в период ранней взрослости способна усилить стресс. Действительно, согласно эмпирическим наблюдениям, у лиц данного возраста отнюдь не обязательно обнаруживается пик удовлетворенности жизнью.

Основные результаты проведенного в режиме пилотажного эксперимента исследования показали, что:

- разделение на группы испытуемых в зависимости от выраженности степени переживания одиночества в целом соответствует кривой нормального распределения;
- отношение субъекта к переживанию одиночества в период ранней взрослости зависит от эмоциональных черт его личности; статистически значимыми эмоциональными чертами личности, влияющими на ощущение одиночества у человека в период ранней взрослости, являются: эмоциональная возбудимость ( $r$ -критерий =  $0,71$ , тесная связь) и гнев (ярость) ( $r$ -критерий =  $0,825$ , тесная связь)

Для более точного анализа проблемы необходимо расширить выборку испытуемых и на результатах широкого диагностического среза определить состояние проблемы. Решения вопроса о направлении на психологические консультирование следует обосновать дополнительными исследованиями. В частности, это касается определения темперамента тех личностей, которые склонны к проявлению эмоциональной возбудимостью и гневу. Психологическая помощь в плане организации саморегуляции поспособствует в дальнейшем избежать развития импульсивных расстройств личности.

Гипотеза исследования подтвердилась лишь частично: наиболее остро переживают одиночество эмоционально возбудимые и склонные к гневу

люди, независимо от пола и возраста. Негативными последствиями одиночества могут стать излишнее увлечение собой и избегание межличностных отношений. Неспособность устанавливать спокойные и доверительные межличностные отношения порождает чувство социальной изоляции, что провоцирует возникновение личностных деформаций социопатического типа. Консультативная помощь в период ранней взрослости для людей, переживающих одиночество, будет способствовать осознанию ими причин такого положения и определения способов его преодоления.

### **Список литературы**

1. Батюта М.Б., Князева Т.Н. Возрастная психология : учеб. пособие. М.: Логос, 2013. 306 с.
2. Гамезо М.В. Возрастная и педагогическая психология. М.: Педагогическое общество России, 2013. 512 с.
3. Кон И.С. Открытие Я. М.: Политиздат, 2006. 367 с.
4. Кравченко Ю.Е. Психология эмоции. Классические и современные теории и исследования. М.: Форум, 2014. 544 с.
5. Маклаков А.Г. Общая психология : учебник для вузов. СПб.: Питер, 2013. 583 с.
6. Малкина-Пых И.Г. Возрастные кризисы взрослости. М. : Эксмо, 2005. 416 с.
7. Мандель Б.Р. Возрастная психология : учеб. пособие. М. : Вузовский учебник : ИНФРА-М, 2013. 352 с.
8. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. М. : Просвещение, 1969. 659 с.
9. Хилько М.Е., Ткачева М.С. Возрастная психология: Краткий курс лекций. М. : Юрайт, 2013. 200 с.
10. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб. : Питер, 2008. 672 с.
11. Экман П. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь / пер. с англ. В. Кузин; науч. ред. Е.П. Ильин. СПб. : Питер, 2012. 334 с.
12. Bradburn N.M. The Structure of Psychological Well-Being. Chicago : Aldine, 1969. 137 p.

**УДК 376.4**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕТОДОВ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ**

**В.В. Бутакова, Г.В. Сенченко**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Целью данной статьи является изучение влияния компьютеризации на процесс коррекционной и развивающей работы с

детьми. Присутствует описание компьютерных игр наиболее часто используемых в практике специалистов логопедов, нейропсихологов. Анализируются возможности современных компьютерных технологии в организации дистанционных занятий. На основании сопоставления имеющихся сведений, показано, что компьютерные средства могут рассматриваться как эффективные техники работы с детьми, имеющими нарушения когнитивных функций.

**Ключевые слова:** компьютеризация, коррекция и абилитация, информационные технологии, дистанционные коррекционные занятия, когнитивные компьютерные игры.

**Актуальность.** Двадцать первый век является временем активного развития новых технологий, компьютеризация проникла в большинство сфер нашей жизни, а отсутствие портативных устройств или электронно-вычислительных машин (ЭВМ) у человека в развитых странах встречается крайне редко. С каждым годом всё труднее представить свою жизнь без смартфона, наличие компьютера является важной составляющей процесса обучения или работы. Компьютерные технологии активно применяются с целью управления технологическими процессами, транспортом, производством и передачей энергии и другими производственными процессами; учета и обработки статистических данных, организационно-административного управления; проведения научных исследований, обучения, диагностирования и т.д (Грицанов, 1999).

Хотелось бы более детально рассмотреть влияние технического прогресса на образование. За несколько лет тенденция компьютеризации образовательного процесса набрала обороты, и сейчас в каждом учебном заведении стоят интерактивные доски, в вузах есть свои электронные библиотеки, а компьютерное тестирование часто заменяют контрольные работы. Современный учебный процесс уже не мыслим без широкого применения новых информационных и коммуникационных технологий. Появилась и новая форма обучения – дистанционная. Посредством компьютера и интернета можно пройти обучение по разным направлениям, участвуя в вебинарах, посещая онлайн-лекции, записаться на курсы по английскому языку или же любой другой дисциплине. Проблема получения информации по любой теме перестала быть актуальной не только для жителей больших городов, где всегда был доступ к источникам, но и для самых отдаленных населенных регионов, главное – доступ в Интернет.

Активно развивается система дистанционного обучения по программе общеобразовательной школы для детей ограничениями возможностей здоровья (ОВЗ), или же детей, имеющих иные причины, не позволяющие обучаться в образовательном учреждении, с применением современных информационных технологий. Обучение осуществляют региональные

школы дистанционного образования. Занятия проходят через приложение Skype, в индивидуальной форме, используются различные онлайн-доски, упражнения, созданные в программах по типу LearningApps, специализированные приложения, разработанные для учителей (Moodle), с целью упрощения процесса подачи материала, повышения качества обучения.

Так же, с течением времени видоизменяется специфика оказания психологической помощи, как терапевтического, так и коррекционного характера. Всё чаще психотерапевтические сессии проводятся через Skype, активно модернизируются и адаптируются под новый формат различные психологические техники и методики (Гартфельдер, 2016).

По всему миру стремительно внедряется метод компьютерного когнитивного тренинга в процесс нейропсихологической реабилитации пациентов, по каким-либо причинам имеющих нарушения познавательных функций (нейродегенерация, инсульт, черепно-мозговая травма и т.д.) на базе центров нейрореабилитации, сосудистых центров. Сутью данного метода является выполнение на компьютере, или любом другом электронном устройстве (планшет, телефон), специально разработанных игрупражнений, несущих в себе когнитивную нагрузку. (Прокопенко, 2017). Сами игры созданы на основе применяемых методик, используемых нейропсихологом в процессе восстановительной работы.

Компьютерный когнитивный тренинг всё чаще используются и в развивающей, коррекционной работе с детьми. Компьютерные игры применяются с целью устранения речевых нарушений, улучшения памяти, внимания, мышления и иных психических функций. За счёт красочной графики, привлекательности игрового задания, они повышают мотивацию к процессу работы ребёнка со специалистом.

Т. Г. Кибирева пишет, что «компьютерные задания – дополнительный, рациональный и удобный источник информации и наглядности. Они создают положительный эмоциональный настрой, мотивируют и ребенка и его наставника, тем самым ускоряя процесс достижения положительных результатов в работе» (Кибирева, 2012).

По мнению Н. А. Одиноковой: «Компьютерные игры учат преодолевать трудности, требуют умения сосредоточиться на учебной задаче, запомнить условия, выполнить их правильно. Благодаря компьютеру становится эффективным обучение целеполаганию, планированию, контролю и оценке результатов самостоятельной деятельности ребенка через сочетание игровых и неигровых моментов (Одинокова, 2013).

Большое количество компьютерных развивающих игр находятся в открытом доступе в сети интернет и могут быть использованы как специалистами, так и родителями при организации занятий с ребёнком. Однако при подборе игр важно учитывать особенности познавательного и физического развития ребёнка, зону ближайшего развития, специфику его эмоционально-волевой сферы. Так же необходимо обратить внимание на уровень слож-

ности материала, если игра окажется слишком сложной, поставленные цели не будут достигнуты, возможно снижение мотивации в связи ситуацией неуспеха. Если же игра окажется слишком легкой, положительное влияние на развитие функций будет отсутствовать, в связи с недостаточным уровнем нагрузки. Правильное и дозированное введение компьютерных развивающих игр в процесс обучения позволит ребенку не только получить новые знания, закрепить пройденный материал, но также освоить основы пользования ПК, что крайне важно в век глобальной компьютеризации (Одинокова, 2017).

И.Н. Лескина в своей работе «Использование компьютерных игр в коррекционно-развивающей работе учителя-логопеда с детьми старшего дошкольного возраста» (Лескина, 2018) провела анализ существующих компьютерных развивающих программ и разделила их в зависимости от направленности, а именно:

Речевое развитие

Лексика: Серия «Поиграйка». «Баба-Яга. Поди туда, не знаю куда...». «Лунтик. Подготовка к школе». «Артур на работу с родителями». «Незнайкина грамота». «Маша и медведь. Развивающие задания для малышей - «Баба-Яга учится читать». Логопедическая программа «Игры для Тигры».

Грамматический строй речи: «Развитие речи. Учимся говорить правильно».

Фонетико-фонематический строй речи: «Развитие речи. Учимся говорить правильно» и логопедическая программа «Игры для Тигры».

Грамота: «Супердетки. Учим буквы». «БабаЯга учится читать». «Баба-Яга. Поди туда, не знаю куда...». «Лёлик готовится к школе». «Лёлик учится читать». «Три поросёнка против волка. Учим алфавит». «Мой весёлый букварик». «Маша и медведь. Подготовка к школе». «Лунтик. Подготовка к школе». «Учим буквы и цифры». Серия «Несерьёзные уроки». «Алик. Скоро в школу». Связная речь. В этом разделе представлены следующие компьютерные игры: «Развитие речи. Учимся говорить правильно». «Развитие речи. Домовёнок Бу в мире слов».

Развитие неречевых психических процессов

Внимание: «Шиворот-навыворот: что здесь не так?» «Супердетки. Тренировка внимания». «Маша и медведь. Развивающие задания для малышей».

Память: «Супердетки. Тренировка памяти». «Супердетки. Учим стихи и песни». «Развиваем память. Секретная операция домовёнка Бу». Серия «Поиграйка». «Развитие памяти и внимания». Серия «Умные игры».

Мышление: «Супердетки. Развиваем мышление». «Учимся мыслить логически». Серия «Несерьёзные уроки». «Учимся анализировать». Серия «Несерьёзные уроки». «Учимся думать». Серия «Несерьёзные уроки». «Домовёнок Бу в парке аттракционов». Серия «Поиграйка». «Улица Сезам. Давай учиться!». «Домик для Чебурашки. Логика».

Воображение: «Шиворот-навыворот: что здесь не так?». «Развитие фантазии и сообразительности». Серия «Умные игры».

Так же, помимо компьютерных развивающих игр, в рамках коррекционного процесса можно использовать способы дистанционной работы. Это наиболее актуально для жителей малонаселённых пунктов, в которых недостаточное количество специалистов психологов, логопедов, дефектологов или же они отсутствуют вообще. Дети с ОВЗ в данных условиях не имеют возможности получить качественную психолого-педагогическую, логопедическую или же дефектологическую помощь, в большинстве случаев, родители самостоятельно занимаются с ребёнком, но, к сожалению, такой вид занятий не всегда эффективен, так как родители не владеют достаточным количеством компетенций, и не в силах простроить процесс коррекции качественно, с опорой на особенности развития ребёнка, учитывая сохранные и повреждённые звенья психической деятельности.

Рассмотрим специфику дистанционной работы в рамках нейропсихологической помощи. Работа с ребёнком может быть организована по двум направлениям:

Дистанционное консультирование родителей, которое включает:

- Составление плана коррекционной работы, которого будут придерживаться родители в процессе занятий с ребёнком, оценка эффективности выполняемых заданий;
- Предоставление необходимых материалов, пособий;
- Составление рекомендаций относительно распорядка дня, организации окружающей среды, специфики взаимодействия с ребёнком;
- Разъяснение интересующих вопросов.

Оценка эффективности выполняемой работы может быть осуществлена посредством видеосвязи с психологом в момент занятия, или же предоставлении ему видеоматериалов.

Проведение дистанционного занятия с ребёнком через приложение видеосвязи с использованием компьютерных развивающих программ.

Важно отметить, что процесс нейропсихологической коррекции всегда включает блок специализированных двигательных упражнений, направленных на активацию коры головного мозга (Семенович, 2017) в рамках дистанционного занятия оценить качество выполнения упражнения, скорректировать положение ребёнка довольно сложно, по этой причине участие в выполнении двигательных упражнений коррекционной программы должны принимать родители, изначально прошедшие инструктаж у психолога или же под его руководством.

Второй блок коррекционной работы направлен на преодоление нарушений познавательной деятельности ребёнка (памяти, внимания, мышления, пространственных представлений) и может быть осуществлён в ходе индивидуальных занятий с психологом посредством видеосвязи.

Для достижения поставленных задач в процесс работы включаются вышеописанные компьютерные игры, качество выполнения которых отслеживается через функцию «демонстрация экрана», когда психологу транслируется экран ребёнка и все совершаемые им действия.

Помимо этого, в рамках дистанционного занятия можно использовать различные электронные пособия, аудио задания, психолог может транслировать задания с своего экрана, использовать метод дискуссии, включать в процесс различные игры, не имеющие дополнительного стимульного материала (например: игра «Магазин», как метод развития слухоречевой памяти, или игра «назови 5», направленная на оптимизацию процессов мышления и т.д.) (Семенович, 2017).

В организации дистанционных занятий с ребёнком важно учитывать уровень актуального развития ребёнка, особенности протекания психических процессов, возраст ребёнка. Так организация процесса работы ребёнка с выраженными нарушениями, привлечение его внимания, коррекция совершаемых ошибок психологом будет несколько затруднена, в этом случае необходима совместная работа психолога и родителя.

Таким образом, развитие современных технологий отражается на всех сферах жизнедеятельности человека. Не остался в стороне и процесс психолого-педагогического и коррекционного сопровождения лиц с ОВЗ, активно применяются и внедряются новые компьютерные методы работы с детьми, осваиваются способы дистанционной работы, что, в свою очередь, открывает путь иному, не существовавшему ранее подходу к организации процесса коррекции и абилитации психической деятельности. Применение компьютерных игр способствует формированию произвольности, познавательной мотивации, развитию у детей зрительной, слуховой памяти, внимания, мышления, воображения, восприятия, активизации словаря, развитию грамматического строя речи, закреплению цвета, формы, величины, цифр, букв и др.

### Список литературы

1. Гартфельдер Д.В. Дистанционная психологическая помощь: обзор современных возможностей и ограничений // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т.12, № 2. С. 77-96.
2. Грицанов А.А. Новейший философский словарь. Минск: Книжный Дом, 1999. 896 с.
3. Кибирева Т. Г. Компьютерные технологии в логопедической работе с младшими школьниками // Логопед. 2012. № 10. С. 66-70.
4. Лескина И.Н. Использование компьютерных игр в коррекционно-развивающей работе учителя-логопеда с детьми старшего дошкольного возраста // Специальное образование : материалы XIV междунар. науч.-практ. конф. (25-26 апр. 2018г.). СПб., 2018. С.159-162.
5. Одиноква Н.А. Включение компьютерных развивающих игр в работу с детьми с особыми образовательными потребностями в условиях общеобразовательных органи-

заций // Наука и социум : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (14-15 мая 2017 г.). Новосибирск, 2017. С.135-140.

6. Одинокова Н.А. Особенности включения компьютерных развивающих игр в занятия с дошкольниками с ограниченными возможностями зрения // Современные проблемы общей и коррекционной педагогики и психологии детства : материалы IX Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (23-24 мая 2013г.). Новосибирск, 2013. С. 189-193.

7. Прокопенко С.В., Безденежных А.Ф., Можейко Е.Ю., Зубрицкая Е.М. Эффективность компьютерного когнитивного тренинга у пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 8. С. 32-36.

8. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза : учеб. пособие. 10-е изд. М. : Генезис, 2017. 474 с.

9. Zucchella C., Capone A., Codella V., Vecchione C., Buccino G. Sandrini G., Pierelli F., Bartolo M. Assessing and restoring cognitive functions early after stroke // Funct. Neurol. 2014. Vol. 29, № 4. P. 255-262.

УДК 376.4-159.922.72

## ОПЫТ ВКЛЮЧЕНИЯ МЕТОДА ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРОЦЕСС КОРРЕКЦИОННОЙ-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ

**В.В. Бутакова, Г.В. Сенченко**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье рассматривается опыт использования метода дистанционного обучения в процессе коррекционно-развивающей работы с ребёнком, имеющим задержку психического развития, описаны используемые методы работы, положительные и отрицательные стороны дистанционных коррекционных занятий.

**Ключевые слова:** задержка психического развития, высшие психические функции, коррекция и абилитация, дистанционное обучение, детская нейропсихология.

**Актуальность.** В современном мире процесс развития информационных технологий охватил почти все сферы человеческой жизни, не прошёл он мимо и коррекционно-развивающей деятельности с детьми (Лескина, 2018). Всё чаще на коррекционных занятиях стали использоваться компьютерные игры, направленные на тренировку какой-либо психической функции (Одинокова, 2013; 2018), при двигательных нарушениях включаются игры с биологической обратной связью (Воробьев, 2016).

Так же, нельзя не отметить рост популярности дистанционного обучения, это касается занятий как с нормативными детьми и взрослыми (в виде дополнительных курсов, репетиторства и т.д), так и занятий с детьми, имеющими ограничения возможностей здоровья (ОВЗ) (Иуков, 2016). И, в связи с увеличением распространенности данного метода, появилась идея его включения в план коррекционно-развивающих занятий.

Целью данной статьи является описание случая применения метода дистанционного обучения в процессе коррекционной работы с ребёнком имеющим задержку психического развития (ЗПР), оценка плюсов и минусов.

Описание ребёнка

Девочка, 10 лет

Клинический диагноз (невролог):

G40.2 Фокальная эпилепсия неуточненной этиологии с умеренными по частоте приступами с фокальным началом моторными (клоническими), преимущественно в правых конечностях, фациооральными, билатеральными клоническими приступами в анамнезе, компенсированная на фоне монотерапии ПЭП (леветирацетам 250 мг/сут).

T88.8 Нервно-психическое развитие (НПР): леветирацетам-индуцированная эмоциональная лабильность, рассеянность внимания (в анамнезе).

Q04.8 Врождённая аномалия развития головного мозга: гипофиза (эктопия задней доли гипофиза, гипоплазия передней доли гипофиза) с низкорослостью; задней черепной ямки: аномалия Арнольда-Киари тип 0-1 с дистопией миндалин мозжечка в БЗО на 4-5 мм, без нарушения ликвородинамики.

G47.03 Вторичная диссомния с интрасомническими и постсомническими нарушениями, стадия компенсации.

Сопутствующий диагноз:

Распространенная гипертрофия лимфатических узлов шеи воспалительного генеза.

E83.5 Нарушение обмена кальция.

Заключение нейропсихолога:

Профиль латеральной организации: Смешанный фенотип (праворукость при ведущих левых сенсорных системах (глаз, ухо)).

Нейродинамика психической деятельности.

Умеренное снижение темпа умственной работоспособности. Нарушение произвольного внимания в виде снижения объема и устойчивости, трудности переключения (м. «Таблицы Шульте»: 1м.50с., м. «Корректирующая проба»: графический вариант выполняет за 1м. 45 с., за 1 минуту 5 ошибок, за 2 минуту 4 ошибки, трудности одновременного удержания двух элементов), отмечается флюктуативность, снижение темпа по мере утомляемости.

## Память

Снижение слухоречевой памяти (м. «10 слов» кривая запоминания: 2-3-3-5, отсрочено 3 слова), объем зрительной памяти в пределах возрастной нормы (доступность удержания 6 элементов), снижение смысловой памяти (м. «Галка и голуби»: неполное воспроизведение текста, отмечаются трудности составления развернутого высказывания, продуктивность значительно увеличивается при подсказке, «эффект края»). Сохранность памяти на события из жизни, биографические данные.

## Гнозис

Сохранность зрительного восприятия, дефекты пространственного характера в сенсibilизированных пробах (м. «Наложенные изображения»: необходим разворот листа). Доступность распознавания эмоций по знаку и качеству.

Акустическое восприятие: доступность распознавания бытовых шумов, неречевых звуков. Распознавание и воспроизведение по образцу ритмических структур доступно при их замедленном предъявлении. Слабость акустического внимания.

Дефекты тактильного гнозиса в виде трудности идентификации поступающих кинестетических стимулов, относительная сохранность стереогноза (узнавания предметов на ощупь).

Выраженные нарушения пространственного восприятия: дефекты ориентировки в собственном теле (м. «Проба Хеда»), в формализованном пространстве (м. «Копирование дома, стола»: выраженные структурные, метрические искажения, потеря элементов, трудности целостного восприятия, несформированность восприятия изображения как целостного перцептивного поля). Квази-пространство: понимание логико-грамматических и предложных конструкций, единичные ошибки.

## Моторная сфера

Снижение показателей моторного развития по отношению к возрастной норме: общая моторная неловкость. При исследовании произвольных движений отмечаются выраженные дефекты кинестетического характера в виде трудностей воспроизведения заданных поз как по зрительному, так и по кинестетическому образцу, успешное воспроизведение элементов доступно только при наличии зрительного контроля. Доступность удержания программы двигательного акта, нарушение реципрокной координации в виде замедленности выполнения, поочередного изменения положения рук (невозможность одновременного изменения поз на обеих руках), при двуручном выполнении действия отмечается замедленное оперирование левой рукой по сравнению с правой. Вышеописанные феномены более выражены на левой руке.

## Речь

Сохранность фонематического слуха. Экспрессивная речь неразвёрнутая, носит ситуативный характер, словарный запас не достаточен, компенсаторные речевые элементы «блин», «да что же ты будешь делать». Так же отмечается смазанность речи, трудности произношения сложных по структуре слов. Автоматизированная речь (1-10, дни недели) сформирована.

Чтение: преимущественно глобальное, послоговое чтение сложных слов, чтение само по себе не интонировано, искажение слова при произнесении (изменение ударений), трудности понимания прочитанного, необходим повтор.

Письмо: удержание строки доступно, при написании слов дефекты пространственного характера, литеральные параграфии.

## Мышление

Выраженные нарушения операциональной стороны мышления в виде несформированности процессов:

- обобщения (доступность объединения более простого материала, где очевиден ведущий признак, такие группы как «овощи», «цветы» и т.д. обобщение более сложного уровня представляется трудновыполнимым).
- анализа, синтеза (трудности выделения существенных признаков объекта, сравнения предметов, схожих по характеристикам, нахождения сходств и различий).

Установление логических, причинно-следственных связей затруднено, это проявляется как и в выполнении экспериментальных заданий, так и в бытовой деятельности. Трудности симультанного восприятия и анализа сюжетной картины. Нарушение функции программирования собственной деятельности в целом, что проявляется и при составлении алгоритма решения арифметической задачи, ребёнку необходима развёрнутая помощь на всех этапах выполнения. Доступность счёта в пределах первого десятка с опорой на счётные материалы.

Исходя из результатов обследования, можно сделать вывод о наличии нарушений основных компонентов высшей психической деятельности ребёнка:

- Нарушение произвольного внимания;
- Снижение слухоречевой памяти;
- Дефекты тактильного гнозиса;
- Несформированность пространственного восприятия;
- Снижение показателей моторного развития по сравнению с возрастной нормой;
- Несформированность межполушарного взаимодействия;
- Недостаточность словарного запаса;
- Несформированность мыслительной деятельности, способности программирования собственной деятельности.

При сохранности зрительного, акустического восприятия, зрительной памяти.

Методы работы:

Опираясь на результаты нейропсихологического обследования, а также клинический диагноз, был составлен план коррекционной работы. Сам по себе процесс коррекции рассчитан на длительный срок, в связи с этим, был разделён на этапы.

Цели начального этапа:

- Оптимизация тонуса головного мозга;
- Коррекция базовых сенсомоторных взаимодействий;
- Ускорение темпа деятельности (включение в занятие большее количество методик);
- Увеличение работоспособного периода (с 35 мин до 50);
- Улучшение устойчивости внимания (удержание внимания на задании без потери правил);
- Улучшение показателей памяти (стабильное удержание 7 элементов);
- Коррекция тактильного восприятия;

Дополнительно (постепенное включение нескольких заданий):

- Развитие процессов мышления (начальный уровень),
- Развитие пространственного восприятия (начальный уровень – соматопространство).

Коррекционная работа с ребёнком проводилась на протяжении 5 месяцев в виде индивидуальных занятий 4 раза в неделю по 45 минут, и была направлена на улучшение показателей памяти, внимания, нейродинамики психической деятельности, базовых сенсомоторных взаимодействий, при появлении положительной динамики, было принято решение постепенного включения в работу упражнений, направленных на коррекцию процессов мышления, пространственного восприятия.

Затем, последовал перерыв на летние каникулы. На данный момент, занятия с ребёнком проводятся второй учебный год, в связи с улучшением показателей психических процессов, претерпела изменения структура коррекционной работы, в неделю проводится 3 занятия по 45 минут, два из которых непосредственно с психологом, второе дистанционное. Работа в вышеописанном режиме осуществляется на протяжении 1,5 месяцев, планируется её продолжение.

Для достижения поставленных целей, на индивидуальные занятия были выстроены следующим образом (представленные упражнения чередуются):

1. Комплекс нейропсихологических упражнений (за исключением дыхательных и глазодвигательных) по программе В.С. Колгановой и Е.В. Пивоваровой «Нейропсихологическое сопровождение развития детей 5-12 лет» (Колганова, 2017);

2. Блок внимания: таблицы Шульте, лабиринты, цветовые таблицы, буквенные таблицы, варианты корректурной пробы, стоп-упражнения, упражнения на изменение стереотипа;
3. Блок памяти: тактильная память («Запомни форму», «Найди такой же»), слухоречевая память («Магазин», «Восстанови пропущенное слово», «Пары слов»), зрительная память («Запомни фигуры», «Запомни картинки», «Найди пару», «Шапка-невидимка»), запоминание коротких рассказов (Семенович, 2017);
4. Тактильное восприятие: «Предметы с различной текстурой поверхности» (Семенович, 2017);
5. Развитие пространственного восприятия по программе В.С. Колгановой и Е.В. Пивоваровой «Развитие пространственных представлений детей 5-12 лет» (Колганова, 2017);
6. Мышление: Задания на выделение существенных признаков, элементарные формы сравнения (больше/ меньше, короче/ длиннее и т.д.)

Дистанционные занятия проводились через приложение Skype, структура занятий несколько отличалась от индивидуальных занятий, были использованы компьютерные игры, находящиеся в открытом доступе сети интернет, электронные пособия, а также задания, не требующие дополнительного стимульного материала.

#### 1. Блок внимания:

- «Электронные таблицы Шульте»: для получения положительного результата необходимо нажимать левой кнопкой мыши на обозначенную цифру, в приложении ведётся отсчёт времени, при завершении сообщается результат;

- «Поиск букв»: Перед ребёнком открывается таблица 7x10 с хаотично расположенными буквами, над таблицей указываются буквы, которые необходимо в этой таблице найти, упражнение делается на время, автоматически подсчитывается количество заработанных баллов;

- «Поиск чисел», аналогично с поиском букв;

Проверка выполнения данных заданий была осуществлена через функцию «демонстрация экрана», когда экран ребёнка и все его действия отображаются на экране психолога.

2. Блок памяти: зрительная память (показ изображений через демонстрацию экрана психолога, компьютерные игры «запомни и найди»), слухоречевая память (доступно использование тех же самых заданий, как на индивидуальном занятии), чтение текста через демонстрацию экрана.

3. Мышление: использование дополнительных электронных пособий: О. Жукова «Учимся сравнивать», «Найди противоположное», «Найди такое же».

На данный момент была замечена положительная динамика в отношении показателей внимания, его устойчивости, улучшения concentra-

ции (сокращение времени выполнения м. «Таблицы шульте» с 1м.50с. до 55с.), увеличения времени работоспособного периода с 35 до 45 минут, увеличение объема слухоречевой (с 5 до 7-8 элементов), зрительной (с 6 до 9 элементов), улучшение ориентации в пространстве собственного тела (частях тела), основных характеристиках реального пространства (спереди/сзади, право/ лево, верх/низ).

Таким образом, организация коррекционной работы в рамках дистанционных занятий доступна посредством использования компьютерных игр, различных электронных пособий, предъявленных ребёнку через демонстрацию экрана, а также через игры, не требующие дополнительного стимульного материала. Работа над развитием памяти (зрительной и слухоречевой), внимания и мышления не вызывает никаких трудностей. Однако оценка корректного выполнения двигательных упражнений, организация заданий на тактильный и пространственный гнозис затруднена. В данном случае, возможно подключение в процесс занятия родителя, который, руководствуясь инструкциями психолога, будет отслеживать качество выполнения задания.

Дистанционные занятия являются хорошим выходом из ситуации, когда ребёнок по каким-либо причинам не имеет возможности посещать индивидуальные коррекционные занятия (например, отсутствие специалистов в малонаселённых пунктах), для осуществления продуктивной работы, важно включение в процесс родителя, который сможет предоставить дополнительный стимульный материал (например, при работе с тактильным, вкусовым гнозисом), оценит качество выполнения моторных упражнений и т.д. Важно отметить, что специфика проведения дистанционного коррекционного занятия зависит от уровня актуального развития ребёнка, особенностей протекания психических процессов, возраста. Для детей с выраженными когнитивными нарушениями, или же детей младше 5 лет, целесообразно проводить занятия в присутствии родителя, где психолог будет выступать, в большей степени, как организатор процесса, а родитель как исполнитель.

### Список литературы

1. Воробьев В.Ф., Галактионова Г.М., Леханова О.Л. Методические аспекты применения компьютерных игр в коррекционно-педагогической работе с детьми, имеющими нарушение праксиса // Комплексное сопровождение образования и профессионального становления инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья : материалы Междунар. науч.-практ. конф. (8-9 дек. 2016г.). Череповец, 2016. С. 58-62.
2. Иуков Е. А. Дистанционное обучение детей-инвалидов и лиц с ОВЗ: зарубежный опыт // Педагогический опыт: теория, методика, практика. 2015. № 1 (2). С. 265-266.
3. Колганова В.С., Пивоварова Е.В., Колганов С.Н. Нейропсихологические занятия с детьми. В 2 ч. Ч. 2. М. : АЙРИС-пресс, 2017. 144 с.
4. Колганова В.С., Пивоварова Е.В., Колганов С.Н. Нейропсихологические занятия с детьми. В 2 ч. Ч. 1. М. : АЙРИС-пресс, 2018. 416 с.

5. Лескина И.Н. Использование компьютерных игр в коррекционно-развивающей работе учителя-логопеда с детьми старшего дошкольного возраста // Специальное образование : материалы XIV междунар. науч.-практ. конф. (25-26 апр. 2018г.). СПб., 2018. С.159-162.

6. Одиноква Н.А. Включение компьютерных развивающих игр в работу с детьми с особыми образовательными потребностями в условиях общеобразовательных организаций // Наука и социум : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (14-15 мая 2017 г.). Новосибирск, 2017. С.135-140.

7. Одиноква Н.А. Особенности включения компьютерных развивающих игр в занятия с дошкольниками с ограниченными возможностями зрения // Современные проблемы общей и коррекционной педагогики и психологии детства : материалы IX Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (23-24 мая 2013г.). Новосибирск, 2013. С. 189-193.

8. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза : учеб. пособие. 10-е изд. М. : Генезис, 2017. 474 с.

УДК 159.922

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ САМООЦЕНКИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Н.К. Гайлис, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье систематизирован теоретический материал по проблеме самооценки детей младшего школьного возраста. Обозначено, что проблема возникновения и развития самооценки является одной из центральных проблем становления личности ребенка. Описаны характеристики типов самооценки. Представлена типология механизмов защиты А. А. Люблинской, используемых детьми младшего школьного возраста с заниженной самооценкой. Приведены рекомендации по формированию адекватной самооценки.

**Ключевые слова:** самооценка, младшие школьники, личность ребенка, учебная деятельность.

**Актуальность.** На протяжении многих десятилетий внимание педагогов и психологов во всем мире привлечено к проблемам детства. Этот интерес далеко не случаен, так как обнаруживается, что первые годы жизни являются периодом наиболее интенсивного и нравственного развития, когда закладывается фундамент физического, психического и нравственного здоровья. От того, в каких условиях оно будет протекать,

во многом зависит будущее ребенка. В этот период очень важно своевременно создавать условия для формирования тех или иных психологических качеств.

Проблема возникновения и развития самооценки является одной из центральных проблем становления личности ребенка. В психолого-педагогической литературе встречаются несколько различные определения самооценки. Рассмотрим некоторые из них:

Самооценка-оценивание человеком своим собственных психологических качеств и поведения, достижений и неудач, достоинств и недостатков, места среди других людей (Баикинов, 2001).

Самооценка-это оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей. Относясь к ядру личности, самооценка является важным регулятором поведения (Абрамова, 2001).

Таким образом, под самооценкой понимается элемент самосознания, характеризующийся эмоционально насыщенными оценками восприятия самого себя как личности, собственных способностей, нравственных качеств и поступков, места среди других людей, являющейся важным регулятором поведения личности.

Психологические исследования убедительно доказывают, что особенности самооценки влияют на эмоциональное состояние, на степень удовлетворенности своей работой, учебой, жизнью и на отношения с окружающими. Считается тот, кто не любит и не уважает себя, редко может любить и уважать другого, но и чрезмерная любовь к себе тоже может создавать определенные проблемы (Баикинов, 2001).

От самооценки зависит активность человека и стремление к самосовершенствованию. Она развивается путем постепенной интериоризации внешних оценок, выражающих общественные требования, и требования человека к самому себе. При этом те, кто ценит себя высоко, предъявляют высокие требования и в общении, стараясь им соответствовать, так как считают ниже своего достоинства быть на плохом счету в коллективе. По мере формирования и укрепления самооценки возрастает способность к утверждению и отстаиванию своей жизненной позиции (Захарова, 1992).

Заниженная самооценка обычно приводит к неуверенности в себе, невозможности реализовать свои способности. Такие люди не ставят перед собой труднодостижимые цели, слишком критичны к себе. Особенно это заметно происходит в общении, где лица с завышенной и заниженной самооценкой выступают в роли конфликтов. При завышенной самооценке конфликты возникают из-за пренебрежительного отношения к другим людям и неуважительного обращения с ними, слишком резких и необоснованных высказываний в их адрес, нетерпимости к чужому мнению, проявление высокомерия. Низкая критичность к себе мешает им даже заметить. Как они оскорбляют других, своим высокомерием.

При заниженной самооценке конфликты могут возникать из-за чрезмерной критичности этих людей. Они очень требовательны к себе и еще более к другим, не прощают ни одного промаха или ошибки, склонны постоянно подчеркивать недостатки других. И хотя это делается из самых лучших побуждений, все же становится причиной конфликтов в силу того, что не многие могут терпеть постоянное «пиление».

Усваивая в процессе обучения и воспитания определенные нормы и ценности, школьник начинает под воздействием оценочных суждений других (учителей, сверстников) относиться определенным образом как к реальным результатам своей учебной деятельности, так и к самому себе как личности. С возрастом он все с большей определенностью различает свои действительные достижения и то, чего он мог бы достичь, обладая определенными личностными качествами. Так у ученика в учебно-воспитательном процессе формируется установка на оценку своих возможностей один из основных компонентов самооценки. В самооценке отражаются представления ребенка как об уже достигнутом, так и о том, к чему он стремится, проект его будущего пусть еще несовершенный, но играющий огромную роль в саморегуляции его поведения в целом и учебной деятельности в частности. В самооценке отражается то, что ребенок узнает о себе от других, и его возрастающая собственная активность, направленная на осознание своих действий и личностных качеств.

Л.С.Выготский предполагал, что именно в семилетнем возрасте начинает складываться самооценка-обобщенное, т. е. устойчивое отношение к самому себе. Самооценка опосредует отношение ребенка к самому себе, интегрирует опыт его деятельности, общение с другими людьми. Эта важнейшая личностная инстанция, позволяющая контролировать собственную деятельность с точки зрения нормативных критериев, строить целостное поведение в соответствии с социальными нормами.

Г. С. Абрамова считает, что особенностью детей младшего школьного возраста является полное признание ими авторитета взрослого (в отличие от дошкольного периода на первый план выходит авторитет учителя), они безоговорочно принимают его оценки. Таким образом, в этом возрасте самооценка ребенка напрямую зависит от характера оценок, которые взрослый дает личностным качествам ребенка и его успехам в различных видах деятельности.

Младшие школьники стоят на позиции: «Я то, что обо мне говорят взрослые и другие окружающие». В этом возрасте уже встречаются различные типы самооенок: завышенная, адекватная и заниженная. Подрастая, ребенок начинает более критично относиться к оценкам взрослых, для него становятся важными и оценки его сверстников, и собственные

представления об идеале. Установлено, у детей, негативно воспринимаемых сверстниками, складывается более низкая самооценка, и наоборот (Абрамова, 2001).

А. А. Люблинская утверждает, что страх собственной неуспешности, низкая оценка своего места в человеческой иерархии - это достаточно острое негативное переживание, особенно для младшего школьника. Для ухода от негативных переживаний дети прибегают к различным психологическим защитам, которые можно условно разделить на два основных типа (встречающиеся порой в смешанном виде у одного и того же ребенка):

1. *«Скрытый алкоголизм»*. Дети с первым типом реакции, чувствуя себя недостаточно хорошими, испытывают повышенную потребность компенсировать отрицательные переживания положительными. У таких детей обостряется стремление доставить себе удовольствие любым способом, «здесь и сейчас»: смотреть телевизор, играть в компьютерные игры, настаивать на бессмысленной покупке, вертеться перед зеркалом (Абрамова, 2001).

Один из крайних способов доставить себе удовольствие - избегать неудовольствия, например - не делать над собой усилий для выполнения домашнего задания. Здесь часто кроются причины плохой успеваемости, которые наивно приписываются лени.

По существу, лень - это защитная реакция, которая выражается в избегании отрицательных переживаний при дефиците положительных. Для того, чтобы учить уроки, необходимо делать над собой неприятные усилия, причем - с сильно отложенным вознаграждением.

Ребенок, который не пропадает у телевизора, отличается от того, который со вздохом отрывается от него и идет делать домашнее задание, не тем (или не только тем), что он менее организован, и не тем, что ему меньше твердили о пользе учебы; он отличается пониженной самооценкой.

Для младшего школьника во время занятий раздражителями (внешними стимулами) являются тетрадка или учебник, раскрытые перед ним, задание, которое записано в дневнике или которое он держит в голове, и прочие учебные атрибуты. Эти внешние стимулы фиксируют на себе детское внимание. Но если ребенок боится плохо выполнить задание - то есть боится быть наказанным за возможную неудачу, - то этот страх, как альтернативный раздражитель, оттягивает внимание на себя.

Ребенку с низкой самооценкой по этой причине бывает труднее сосредоточиться на выполнении задания. Такие дети часто делают ошибки, казалось бы необъяснимые - например, в материале, который точно хорошо ими усвоен.

Таким образом, при прочих равных условиях хуже учатся дети с пониженной самооценкой, дети, невротизированные страхом порицания за свою несостоятельность.

2. *Самоутверждение.* Младшие школьники со вторым типом реакции испытывают потребность заслониться от негативных переживаний с помощью самоутверждения, настаивания на своем благополучии. Такие дети защищаются от указаний на свои неправильности, подчеркивая свои достижения, а также дезавуируя того, кто их критикует. Если дети с первым типом реакции, услышав, условно говоря: «Ты плохой», действительно в глубине души признают себя плохими и стремятся не исправиться, а поскорее забыться, - то дети второго типа ответят: «Сам такой!». То, что иногда считается непомерно завышенной самооценкой, преувеличенным представлением о собственных достижениях, на самом деле является скрытой неуверенностью, которая проявляется в защитных формах (Баикенов, 2001).

Всякий раз, сталкиваясь с самоуверенной позой - грудь навывкат, вызывающий тон, нигилизм, натужное остроумие, даже агрессия - мы можем предположить, что это именно защитная поза.

Иногда защита приобретает опасно цивилизованные формы - например, академический снобизм, когда у ребенка представление о своей человеческой самодостаточности связывается с успешной учебной. Внешне такой ребенок до поры до времени выглядит вполне благополучным: активно учится, стремиться к успехам и т.д. Но если к его движущим мотивам примешивается компенсация пониженной самооценки, то рано или поздно это скажется в развивающемся напряжении, невротических проявлениях, ухудшающихся отношениях с окружающими.

В этом смысле неважно, с какими именно ценностями связывается у младшего школьника ощущение собственной полноценности. Если представление о самодостаточности обусловлено какими бы то ни было конкретными достижениями, то даже реальные успехи не спасают от невроза низкой самооценки. Если парень считает, что чувство собственного достоинства зависит от завоеванной во дворе позиции, то даже прочное положение «центрального крутого» не избавит его от затаенной неуверенности: насколько искренне его уважают? Не таит ли кто-нибудь усмешки на его счет? Если ребенок привык к мысли, что для того, чтобы быть хорошим человеком, надо хорошо учиться, то будь он даже отличник - он обречен постоянно нервничать, опасаясь шальной тройки, опасаясь, что его успехи не всем известны, не всеми оценены (Битном, Азарова, Афанасьева, Васильева, 1993).

Человеку свойственно настаивать на своих достоинствах именно тогда, когда он в них не уверен - или не уверен, что его можно за них любить. Это важно понимать, иначе мы, пытаясь «сбить спесь» с нахального ребенка, действуем ровно в противоположном направлении - мы пытаемся понизить его самооценку, а он именно с этим и борется с помощью своего нахальства.

Захарова А.В. различает общую и частную самооценки. Общая самооценка-это развитое сверхположительное отношение к себе как к центру своего мироздания. Со временем жизнь изменяет характеристики этой самооценки, мир перестает вращаться вокруг ребенка и появляются частные самооценки- оценки своих реальных, ежедневных достижений и неудач, проявляющихся качеств, складывающихся отношений, поступков и их мотивов. Накопление опыта получаемых оценок и рождающихся самооценок приводит к тому, что у ребенка заново складывается общая самооценка уже как некоторая система, в которой есть что-то главное (при чем для каждого свое) и второстепенное, не столь важное для жизненных установок личности.

Проявление самооценки происходит в младшем школьном возрасте, причем изменения самооценки очень заметны от первого к третьему классу. У первоклассников еще действует детское представление о самооценности своей личности, да и частные самооценки еще не могут его корректировать. Характерен сам способ выражения этих частных самооценок, в них часто присутствует словечко «зато»: «Я плохо решаю задачи, зато я хорошо пою». Изначально высокая общая самооценка повышает и уровень частных. Первоклассники, например, по всем качествам оценивают себя выше, чем третьеклассники.

К третьему классу происходят уже серьезные изменения. Накапливается опыт реальной деятельности, изменяющий характеристики частных самооценок, а все они вместе, собранные в некоторое единство, не могут не изменить и общую. Ее уровень к третьему значительно снижается (Баикенов, 2001).

Младший школьный возраст, по мнению М. Р. Битянова, сензитивен для становления такого компонента самосознания, как самооценка которая содержит оценку самого себя, своей деятельности, своего положения в коллективе, отношения к другим его членам. От того, как окружающие относятся к ребенку, зависит и его отношение к самому себе. От уровня самооценки зависит активность личности, ее стремление к самовоспитанию, ее участие в деятельности коллектива. Самооценка формируется, прежде всего, под влиянием результатов учебной деятельности. Но оценку этих результатов всегда дают окружающие взрослые - учитель, родители. Вот почему именно их оценка определяет самооценку учащихся начальных классов. Способность реагировать на себя с точки зрения другие развивается в общении со взрослыми и сверстниками и в коллективной деятельности (Захарова, 1992).

Основными факторами, от которых зависит становление самооценки младших школьников, являются школьная оценка, особенности общения учителя с учащимися, стиль домашнего воспитания.

М. Р. Битянова замечает, что большое влияние на развитие самооценки оказывает школьная оценка успеваемости. Ориентируясь на

оценку учителя, дети сами считают себя и своих сверстников отличниками, двоечниками и т.п., наделяя представителей каждой группы соответствующими качествами. Оценка успеваемости в младших классах, по существу, является оценкой личности в целом и определяет социальный статус ребенка. Поэтому следует помнить, что необходимо различать оценку деятельности и оценку личности. Недопустимо переносить оценку отдельных результатов деятельности на личность в целом. Младшие школьники еще слабо дифференцируют эти понятия. Поэтому негативный отзыв о своей работе они воспринимают как оценку: ты - плохой человек (Захарова, 1992).

У отличников и некоторых хорошо успевающих детей складывается завышенная самооценка. У неуспевающих и крайне слабых учеников систематические неудачи и низкие оценки снижают их уверенность в себе, в своих возможностях.

Их самооценка развивается разнообразно. А.И. Липкина, изучая динамику самооценки в начальных классах, выявила следующую тенденцию: первоначально дети не соглашались с позицией отстающих, которая закрепляется за ними в 1-2 классах, стремятся сохранить высокую самооценку. Если им предложить оценить свою работу, большинство оценит выполненное задание более высоким баллом, чем оно того заслуживает. При этом они ориентируются не столько на достигнутое, сколько на желаемое: «Надоело получать двойки. Хочу хотя бы тройку». «Учительница мне никогда не ставит четыре, все тройки или двойки, я сам поставил себе четыре». «Я же не хуже всех, у меня тоже может быть четыре».

Нереализованная потребность выйти из числа отстающих, приобрести более высокий статус постепенно ослабевает. Количество отстающих в учении детей, считающих себя еще более слабыми, возрастает от первого к четвертому классу (Баикенов, 2001).

В.С. Мухина считает, что у детей с заниженной самооценкой часто возникает чувство собственной неполноценности, и даже безнадежности. Даже в тех случаях, когда дети компенсируют свою низкую успеваемость успехами в других областях, «приглушенное» чувство неполноценности, ущербности, принятие позиции отстающего приводят к негативным последствиям.

Успешная учеба, осознание своих способностей и умений качественно выполнять различные задания приводят к становлению чувства компетентности - нового аспекта самосознания в младшем школьном возрасте. Учебная деятельность - основная для младшего школьника, и если в ней он не чувствует себя компетентным, его личностное развитие искажается. Дети осознают важность компетентности именно в сфере обучения и, описывая качества наиболее популярных сверстников, указывают в первую очередь на ум и знания (Баикенов, 2001).

Оценка учителя является для младших школьников основным мотивом и мерилом их усилий, стремлений к успеху. При этом важно, по мнению Л. М. Столяренко, чтобы учитель в пример детям ставил не других детей, а результаты их собственной работы прежде и теперь. Используя прием сравнения для показа ученику его собственного, пусть даже очень малого продвижения вперед по сравнению со вчерашним днем, он укрепляет и поднимает доверие ученика к себе, к своим возможностям. Опытный учитель не захваливает отличников, особенно тех, кому высокие результаты достаются без особого труда, а поощряет малейшие продвижения в учении слабого, но старательного ученика (Битном, Азарова, Афанасьева, Васильева, 1993).

Для развития адекватной самооценки и чувства компетентности необходимо создавать в классе атмосферу психологического комфорта и поддержки. Оценивая работу учеников, учитель должен не просто ставить отметку, а давать соответствующие пояснения, доносить свои положительные ожидания до каждого ученика, создавать положительный эмоциональный фон при любой, даже низкой оценке.

И. А. Зимняя утверждает, что на становление самооценки младшего школьника огромное влияние оказывает стиль воспитания в семье, принятые в ней ценности. Как правило, дети с завышенной самооценкой воспитываются по принципу кумира семьи, в обстановке некритичности, всеобщего поклонения. В семьях, где дети имеют высокую (но не завышенную) самооценку, внимание к личности ребенка сочетается с достаточной требовательностью, родители не прибегают к унижительным наказаниям и охотно хвалят, когда ребенок этого заслуживает. Дети с заниженной самооценкой пользуются большой свободой в семье, но эта свобода, по сути, результат бесконтрольности, следствие равнодушия родителей к детям (Люблинская, 2001).

О. Н. Истратова отмечает, что отношение ребенка к себе как к ученику в значительной мере определяется семейными ценностями. У ребенка культивируются те качества, которые больше всего заботят родителей: поддержание престижа (разговоры дома вращаются вокруг вопроса: «А кто еще получил пятерку?»), послушание (« Тебя сегодня не ругали?»), высокая успеваемость. Замечено, что ценности учения у детей и их родителей полностью совпадают в первом классе и абсолютно расходятся к четвертому .

Родители задают и исходный уровень притязаний ребенка - то, на что он претендует в учебной деятельности и отношениях. Дети с высоким уровнем притязаний, завышенной самооценкой и престижной мотивацией рассчитывают только на успех и переживают четверку как трагедию.

С. Ю. Головин отмечает, что в психологии принято различать адекватную (или реальную) и неадекватную - завышенную или заниженную - самооценку. Эти определения появляются в сравнении с реальными

возможностями младшего школьника. Самооценка не остается стабильной, в зависимости от успехов в деятельности, возрастных особенностей и многих других факторов она имеет тенденцию изменяться ( Мухина,1992).

Р. В. Овчарова пишет: «У младших школьников наблюдаются все виды самооценок: адекватная устойчивая, завышенная устойчивая, неустойчивая в сторону неадекватного завышения или занижения. Причем от класса к классу возрастает умение правильно оценивать себя, свои возможности и в то же время снижается тенденция переоценивать себя. Устойчивая заниженная самооценка проявляется крайне редко. Все это говорит о том, что самооценка младшего школьника динамична и имеет тенденцию к устойчивости, постепенно переходит во внутреннюю позицию личности, становится мотивом поведения, влияет на формирование определенных качеств личности» ( Мухина,1992).

Дети, имеющие адекватную самооценку, активны, бодры, общительны, обладают чувством юмора. Обычно они с интересом и самостоятельно ищут ошибки в своих работах, выбирают задачи в соответствии со своими возможностями. После успеха решения задач выбирают такую же или более трудную, после неудачи проверяют себя или берут менее трудную. Их прогнозы на свое будущее к концу младшего школьного возраста становятся все более обоснованными и менее категоричными.

Дети с адекватной самооценкой отличаются активностью, стремлением к достижению успеха в каждом виде деятельности. Их характеризует максимальная самостоятельность. Они уверены в том, что собственными усилиями можно добиться успеха, по натуре это оптимисты. Причем их оптимизм и уверенность в себе основываются на правильной самооценке своих возможностей и способностей.

Неадекватная заниженная самооценка у младших школьников ярко проявляется в их поведении и чертах личности. Если таким детям предложить проверить свою работу и найти в ней ошибки, они перечитывают работу молча, ничего не меняя, или отказываются ее проверять, мотивируя это тем, что все равно ничего не увидят. Поощряемые и подбадриваемые учителем, они постепенно включаются в работу и нередко сами находят ошибки. Эти дети выбирают только легкие задачи как в жизни, так и в экстремальных ситуациях. Они словно берегут свой успех и, боясь его потерять, боятся самой деятельности. Деятельность других они переоценивают. Неуверенность в себе у таких детей ярко проявляется в их планах на будущее.

Характерной особенностью детей с заниженной самооценкой является их склонность уходить в себя, выискивать в себе слабости, сосредоточивать на них свое внимание. Нормальному развитию детей с заниженной самооценкой мешает их повышенная самокритичность,

неуверенность в себе. Во всех своих начинаниях и делах они ждут только неудачи. Такие дети очень ранимы, повышено тревожны, застенчивы, робки, молчаливы, недоверчивы, скованны в движениях, сосредоточены на себе, неуспехи затрудняют их общение с детьми и взрослыми. Они готовы расплакаться в любой момент, не стремятся к сотрудничеству и не способны постоять за себя. Они заранее отказываются от решения задач, которые кажутся им сложными, но при эмоциональной поддержке взрослого легко справляются с ними. И все же эти дети чувствительны к одобрению, ко всему тому, что повысило бы их самооценку. Ребенок с заниженной самооценкой кажется медлительным. Он долго не приступает к выполнению задания, опасаясь, что не понял, что надо делать, старается угадать доволен ли им взрослый. Чем более значима деятельность, тем труднее ему с ней справиться (Баикенов, 2001).

Дети с неадекватно завышенной самооценкой очень подвижны, несдержанны, быстро переключаются с одного вида деятельности на другой, часто не доводят, начатое дело до конца. Они не склонны анализировать результаты своих действий, поступков, пытаются решать любые, в том числе весьма сложные, задачи «с налета». Они не осознают своих неудач. Эти дети склонны к демонстративности и доминированию. Они стремятся всегда быть на виду, афишируют свои знания и умения, стараются выделиться на фоне других ребят, обратить на себя внимание. Если они не могут обеспечить себе полное внимание взрослого, то делают это, нарушая правила поведения.

Дети с завышенной самооценкой переоценивают свои возможности, результаты деятельности, личностные качества. Они выбирают задачи, которые им явно не по силам. После неуспеха продолжают настаивать на своем или тут же переключаются на самую легкую задачу, движимые мотивом престижности. Они необязательно расхваливают себя, но зато охотно критикуют все, что делают другие. Высокомерие, бестактность, чрезмерная самоуверенность - эти черты личности легко формируются у детей с завышенной самооценкой.

Высокая неадекватная самооценка сопротивляется перестройке, и ребенок склонен сохранять ее, игнорируя и оценку его окружающими, и свой опыт. Он не допускает у себя наличие слабости, неумения, несостоятельности. Длительное сохранение завышенной самооценки имеет место в двух случаях: когда ребенок, несмотря на неуспех, все-таки получает от кого-либо положительную оценку или когда он обладает какими-то способностями, которые обеспечивают ему частичный или временный успех.

Учитывая вышеизложенное, логично предположить, что причинами неадекватности самооценки младших школьников будут определенные упущения в тех сферах, которые способствуют развитию самосознания

и самооценки, - учебной деятельности и общении. Этот вывод получил теоретическое и экспериментальное подтверждение.

Результаты проведенного наблюдения А. А. Осиповой позволили конкретизировать предпосылки формирования неадекватной самооценки у младших школьников (Фридман, 1993).

1. Ограниченный круг общения и деятельности. Некоторые младшие школьники ограничивают сферу своей деятельности только учением, не имеют других увлечений и занятий, не посещают кружки, студии, спортивные секции, не ведут общественную работу, не заняты работой по дому. У них может быть и ограничение контактов со сверстниками, как деловых (отношений «ответственной зависимости»), так и межличностных. Тем самым сужаются сферы, где дети могут проявить себя, а затем и оценить.

Следствием этого становится отсутствие представлений и знаний о тех ситуациях, в которых требуется проявить определенное качество, выполнить определенное действие или совершить нужный поступок. Это, в свою очередь, также служит причиной неадекватности самооценки.

Однако ограниченность сферы деятельности и общения не всегда приводит к занижению или завышению самооценки, если этот - пусть узкий - круг общения и деятельности удовлетворяет потребность в самопознании и способствует формированию объективных критериев самооценки.

2. Заниженные или завышенные оценки, даваемые ребенку другими людьми. Такие оценки особенно сильно действуют на тех детей, которые отличаются конформностью и повышенной внушаемостью, несамостоятельностью в выводах, ориентацией на оценку других. Эти дети верят в то, что мнение другого человека более объективно и беспристрастно, чем собственное, они склонны учитывать избирательно либо только плохие, либо только хорошие отзывы о себе.

3. Слабое развитие оценочных отношений в коллективе, отсутствие традиции оценивать и контролировать действия и поступки одноклассников. Нетребовательность коллектива может вызывать не только завышенную, но и заниженную самооценку, поскольку не формирует правильность критериев оценки и самооценки.

4. Случайные успехи или неудачи - то, что называется везением и невезением. Хотя именно в силу случайности обстоятельств, их кратковременности этот фактор нужно признать менее значимым.

Все перечисленные факторы носят объективный характер, хотя и проявляются при определенных условиях. К субъективным факторам формирования неадекватной самооценки, по мнению С. Ю. Головина, следует отнести, во-первых, отсутствие склонности и умения анализировать результаты и последствия своих действий и поступков, когда противоречия между притязаниями и действительными результатами

своих действий осознаются в сглаженном виде и не вызывают внутреннего конфликта. Весьма вероятно, что потребность в самосознании еще не проявила себя. Во-вторых, к субъективным факторам могут быть отнесены уже сформировавшиеся, чересчур заниженные или, напротив, завышенные критерии самооценки (Фридман, 1993).

В педагогической поддержке нуждаются все дети с неадекватной самооценкой. Учитель должен использовать всякий удобный случай, чтобы «повернуть» каждого ребенка разными сторонами к коллективу, сделать его на некоторое время центром активного внимания. Следует постоянно фиксировать внимание детей на разных сторонах поведения каждого ребенка в различных видах деятельности, привлекать всех к активному наблюдению за этим поведением, формировать в детском самосознании объективные критерии оценки, привлекать детей к совместной оценке, в своей же оценке подчеркивать продвижение ребенка вперед, его моральный рост.

Только наличие положительной оценки создает у детей переживание эмоционального благополучия, что является необходимым условием для нормального формирования личности.

В оценке деятельности детей важна система. Проводить оценку сделанного следует так, чтобы дети сразу же могли видеть положительное качество каждого члена коллектива. При такой организации деятельности в детском коллективе формируются конкретные правила, хорошие традиции, без которых учащиеся не смогли бы добиться поставленных целей. При таких условиях эти правила и требования будут поддержаны всеми участниками общего дела, т.е. превратятся в общественное мнение. В этом и заключается требование формирования правильных оценочных отношений в коллективе. Формирование адекватной самооценки, умение видеть свои ошибки и правильно оценивать свои действия - основа формирования самооценки в учебной деятельности.

### Список литературы

1. Абрамова Г.С. Практикум по возрастной психологии. М. : Академия, 2001. 342 с.
2. Баикенов С.Г. Экспериментальное изучение самооценки учащихся вспомогательной школы. М. : Просвещение, 1991. 233 с.
3. Битном М.Р., Азарова Т.В., Афанасьева Е.И., Васильева Н.Л. Работа психолога в начальной школе. М. : Совершенство, 1998. 322 с.
4. Захарова А.В. Как формировать самооценку школьника // Начальная школа. 1992. № 3. С. 58-65.
5. Люблинская, А.А. Учителю о психологии младшего школьника. М. : ИНФРА-М, 2001. 246 с.
6. Мухина В.С. Детская психология. М.: Академия, 1992. 254 с.
7. Фридман Л.М., Кулагина И.Ю. Психологический справочник учителя. М. : Просвещение, 1993. 334 с.

## ДИАГНОСТИКА ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ ГИПООПЕКАЕМОМ СТИЛЕ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Т.А. Гуляева, Е.И. Стоянова

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Статья посвящена изучению стиля воспитания детей младшего школьного возраста в теоретическом и эмпирическом аспектах. В работе исследуется выраженность проявления гипоопекаемости младших школьников. Проводится анализ полученных результатов. Предлагается психокоррекционная программа, направленная на работу с высоким уровнем тревожности младших школьников.

**Ключевые слова:** гипоопека, младшие школьники, тревожность, коррекция, диагностика.

**Актуальность.** Гипоопека - эмоциональное отвержение ребенка своими родителями (в том числе скрытое), недостаток тепла, любви и заботы, предоставление ребенка самому себе, лишение его всяческой поддержки и помощи. Ребенок предоставлен самому себе, родители не интересуются им. Он ощущает себя ненужным, лишним, нелюбимым. Родители лишь временами вспоминают, что он есть и уделяют ему минимум внимания. Такие дети часто рано взрослеют и с малолетства вынуждены сами думать о себе, завидуя всем детям, о которых заботятся родители. Такая форма воспитания способствует появлению у ребенка чувства собственной неполноценности, тревожной мнительности, ощущения вины, аутоагрессии и т.д. В подростковом возрасте такие дети более подвержены риску попасть в неблагоприятную среду общения, где они будут искать того, кто позаботится о них и избавит их от груза непосильных забот. Не получая любви, заботы и полноценного общения, у ребенка начинается деформация личности, замедляется его психологическое и интеллектуальное развитие. Тормозится развитие речи. Постоянное чувство отверженности рождает равнодушие к окружающим, жестокости, приводит к серьезным нарушениям в социальном и эмоциональном развитии. Познавательная активность ребенка гасится. Сюда можно добавить психогенные нарушения: сосание пальца, грызение ногтей, периодическое заикание, энурез, нарушения сна. Эти дети тревожны, замкнуты, имеют очень низкие адаптационные способности. Также у них часто проявляется синдром гиперактивности. Цель исследования: определение наличия высоких показателей тревожности при гипоопекаемом стиле воспитания у детей младшего школьного возраста. Объект исследования: дети младшего школьного возраста с гипоопекаемым стилем воспитания.

Предмет исследования: возможности диагностики тревожности детей младшего школьного возраста с гипопопекаемым стилем воспитания. Причины гипопопеки: *Родители не готовы к появлению малыша.* Часто молодая семья психологически и физически не готова к появлению малыша. Беременность может быть желательной, но что делать с чадом и как воспитывать, папа и мама не знают. Поэтому относятся к обязанностям интуитивно, легкомысленно, не заглядывая наперед. Убеждение таких семей звучит: «как-то вырастет сам». *Ребенок родился в зрелой семье, но родители не готовы меняться.* Ригидность (сопротивление к переменам) семей приводит к тому, что ребенок воспринимается не как динамичная личность, изменчивая, со своими запросами и потребностями. Появление нового человека для таких родителей – нечто вызывающее дискомфорт, разрушающее привычный распорядок. Взрослые не готовы менять свой уклад жизни, распорядок, привычки, поэтому малыш остается без должного внимания.

*Дитя не оправдывает надежд семьи.* Иногда мама и папа воспитывают ребенка в атмосфере давления собственными надеждами и ожиданиями. Малыш отчего-то должен оправдать их видение и быть угодным взрослым. Подчиняться воле, делать то, что скажут, соответствовать уровню семьи и т.

А если чадо захочет жить своей жизнью, семья может обидеться, игнорировать дитя. И на маленькие успехи никто не обращает внимания, так как “он не пошел в кружок математики” или “учится средне”. А маленькая личность чувствует себя ненужной, забытой и не ценной для мамы и папы.

*Отец уходит из семьи.* Развод всегда травматичен для детей. После ухода отца из семьи меняются те, кто остался в доме. Иногда матери настолько горько переживают отсутствие мужа, что забывают о малыше, нуждающемся в любви. Случается и то, что, к примеру, ребенок похож на папу или сильно скучает. Негативные чувства к мужчине затмевают здравый смысл, и ребенка отвергают.

*Отсутствие материнского инстинкта.* Случается, что рождение ребенка не “включает” материнский инстинкт у женщины. Она понимает, что должна чувствовать счастье, глядя на ребенка, но не ощущает. И поделать ничего не может. Поэтому выполняет механические действия по уходу, но не обнимает любовью.

*Занятость на работе.* Родители, которые много работают для обеспечения семьи, не успевают уделить время ребенку. Малыш не чувствует любви со стороны взрослых.

*Травма детства одного из родителей.* Люди, пережившие травматический опыт в детстве, или ведут себя противоположно со своими детьми или бессознательно идентично. Если родителя в детстве не любили, отвергали, отмахивались, то велика вероятность подобного отношения и к своему ребенку.

Как проявляется гипопротекция. Взрослые могут быть убеждены в том, что все делают правильно и достаточно уделяют ребенку времени. Но важно то, как эти действия воспринимает сам малыш. Не всегда новая игрушка ощущается как любовь и забота мамы.

Ниже предоставлен список действий, указывающих на гипопеку: Невнимательность к проблемам ребенка; Отсутствие доверительных разговоров, когда взрослые и дети делятся своими проблемами или радостями; Отмашки от вопросов по причине занятости или нежелания беседовать; Незнание своего ребенка, его планов, желаний, трудностей и т.д.; Открытые заявления о нелюбви; Эгоистическая позиция взрослого “лучшее маме, а тебе уж что останется”; Использование труда ребенка в своих целях; Отсутствие физического контакта: нет объятий, поцелуев, поглаживаний по голове. *Какими «симптомами» проявляется у ребенка: Нелюбимый ребенок – одинокий.* Это один из главных признаков. Малыш, который чувствует себя отвергнутым и ненужным, ведет себя отстраненно и обособленно. Он уже понял, что не нужен никому. *Дети ведут себя демонстративно и вызывающе*, когда потребность в любви настолько велика, что хочется хоть какой-то реакции от взрослых. Чадо может устраивать скандалы на ровном месте, воровать или врать. Так он уверенно получит внимание, хоть и негативное. *Уход в мир игр и интернета.* Ребенок полностью убегает от реальности, где его мама и папа не любят. *Низкая успеваемость в школе и связи с плохими компаниями.* Учиться и стараться не имеет смысла, так как родители не уделяют обучению должного внимания. Дети часто находят внимание на улицах с теми, с кем проще. Компании заменяют ребенку любящую среду и становятся местом, где принимают. Поэтому детям сложно выйти из таких сообществ, ведь альтернативы в семье нет. Сценарии взросления ребенка, воспитанного в гипопеке. Гипопека, как модель воспитания и формирования характера личности, разрушительна. Она может привести к таким последствиям: Отсутствию доверия к окружающим; Демонстративному или асоциальному поведению; со временем оно провоцирует человека к криминальным наклонностям; Увлечением психотропными веществами; Равнодушию к родителям; Ненавистью к противоположному полу; Безразличию к другим людям; Сложностям в построении семьи; Низкой самооценке, ощущению ущербности. Нелюбимый ребенок всегда стремится компенсировать свою ущербность, часто выбирая неконструктивные способы: конфликтность, беспорядочные связи, общая социальная дезадаптация.

Гипотеза исследования: при гипопекаеом стиле воспитания детей младшего школьного возраста фиксируется высокий показатель тревожности детей.

Задачи исследования:

а) проанализировать научно-методическую литературу по теме исследования; б) подобрать диагностический инструментарий для исследова-

дования тревожности младших школьников; в) провести диагностику с помощью специально подобранных методик; г) сравнить и проанализировать полученные результаты, сформулировать выводы. д) разработать психокоррекционную программу, направленную на работу с тревогой у детей младшего школьного возраста.

Исследование было проведено в МАОУ СШ №49 города Красноярск. В исследовании приняли участие учащиеся третьего класса в количестве 30 человек, из них 23 мальчиков и 7 девочек. Для диагностики выявления тревожности у младших школьников был использован Опросник Шкала явной тревожности СМАС (адаптация А.М.Прихожан) на основе шкалы тревожности Тейлор, предназначенной для взрослых. Как и во взрослой методике, вопросы были отобраны из опросника ММПИ. Кроме того, детский вариант дополнен контрольной шкалой, выявляющей тенденцию давать социально одобряемые ответы. Для диагностики повышенной тревожности вызванной гипопекой у младших школьников был использован Опросник «АСВ» Э.Г. Эйдемиллер– «Анализ семейных взаимоотношений» предназначен для изучения влияния родителей в воспитании ребенка или подростка и поиска ошибок в родительском воспитании. Методика «Анализ семейных взаимоотношений» позволяет диагностировать нежелательное, некорректное влияние членов семьи друг на друга, нарушения при выполнении ролей в семье и помехи для ее целостности. Опросник АСВ включает 130 утверждений, касающихся воспитания детей. В него заложены 20 шкал. Первые 11 шкал отражают основные стили семейного воспитания; 12,13, 17 и 18-я шкалы позволяют получить представление о структурно-ролевом аспекте жизнедеятельности семьи, 14-я и 15-я шкалы демонстрируют особенности функционирования системы взаимных влияний, 16, 19-я и 20-я шкалы — работу механизмов семейной интеграции.

Результаты исследования и их обсуждение. При обработке методики «СМАС» А.М. Прихожан получены следующие результаты: из 30 испытуемых у 10 учеников (30% преобладает высокий уровень тревожности, у оставшихся 20 учеников тревожность в пределах нормы (70%); При обработке методики «АСВ» Э.Г. Эйдемиллера получены следующие результаты: из 30 испытуемых у 20 учеников (66,6%) преобладает гипопека, у 6 учеников (20%) адекватный уровень воспитания, у 4 ученика (13%) гипопека; заниженная самооценка у 20 детей (66,6%), адекватная у 5 учеников (16,6%) и завышенная у 5 учеников (16,6%).

Для достижения поставленной цели предлагается решить ряд задач: 1. Создать положительное эмоциональное настроение в группе. 2. Способствовать стабилизации уровня тревожности. 4. Сформировать навыки общения в конфликтных ситуациях. 5. Повысить уровень эмпатийных способностей. Методы проведения: беседа, коррекционные упражнения, арттерапевтические техники, ролевые игры, психогимнастические упражнения. Коррекционная программа состоит из 10 занятий. Продол-

жительность одного занятия составляет 40 минут. Занятия проводятся 2 раза в неделю с группой детей младшего школьного возраста.

Таблица 1

### Критерии включения/исключения в программу коррекции

Критерии включения в программу коррекции:	Критерии исключения из программы коррекции:
возраст 8-11 лет;	возраст 12, 13, 14 лет;
учащиеся с высоким показателем уровня тревожности;	учащиеся с адекватным уровнем тревожности
учащиеся, имеющие согласие родителей на прохождение психокоррекционных занятий.	учащиеся, не имеющие согласия родителей на прохождение психокоррекционных занятий.

Таким образом, по результатам проведенного исследования установлено наличие высокого процента уровня тревожности среди учащихся младшей школы. В связи с полученными данными, разработка психокоррекционной программы, направленной на стабилизацию уровня тревожности младших школьников, явилась необходимой. Перспективой исследования по данной проблеме является проведение повторной диагностики с целью проверки эффективности психокоррекционной работы направленной на стабилизацию и снижение тревожности детей младшего школьного возраста. В ходе исследования определены возможности диагностики уровня тревожности детей младшего школьного возраста. Проведенное исследование позволило разработать психокоррекционную программу для стабилизации уровня тревожности детей младшего школьного возраста.

### Список литературы

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология. М.: Академический проспект, 2009. 704 с.
2. Белобрыкина О.А. Психологическая диагностика самооценки детей старшего дошкольного возраста. Новосибирск : ГЦРО, 2010. 132 с.
3. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: Норма и отклонения. М. : ИНФРА, 2009. 189 с.
4. Валлон А. Психическое развитие ребёнка. СПб. : Питер, 2001. 208 с.
5. Варга А.Я., Столин В.В. Тест-опросник родительского отношения. М. : ИНФА, 2010. 37 с.
6. Волков Б.С., Волкова Н.В. Детская психология : от рождения до школы. СПб. : Питер, 2011. 240 с.
7. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб. : Питер, 2010. 325 с.
8. Желдак И.М. Практикум по групповой психотерапии детей и подростков с коррекцией семейного воспитания. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2010. 240 с.
9. Козырева О.А. Создание инклюзивной образовательной среды как социально-педагогическая проблема // Вестник ТГПУ. 2014. № 1. С.112-115.

## ВЛИЯНИЕ БОЛЕЗНИ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНОГО МИФА ЛИЧНОСТИ

А.А. Добрынина, М.А. Чухта

*Национальный исследовательский Томский государственный университет,  
г. Томск, Россия*

**Аннотация.** В настоящей статье ситуация болезни рассматривается с точки зрения процесса ее переживания. Обосновывается связь внутренней картины болезни с личным мифом индивида и сделаны обобщающие выводы относительно того, какие изменения происходят с персональным мифом под влиянием болезни.

**Ключевые слова:** персональный миф, болезнь, переживание болезни, внутренняя картина болезни, персональный миф больного.

**Актуальность, состояние проблемы.** На сегодняшний день феномен персонального мифа является слабо изученным, его структура и функции недостаточно освещены и систематизированы в отечественной и зарубежной психологической литературе, так как каждый исследователь рассматривает его со своей методологической позиции, что ведет, с одной стороны, к пополнению знаний о персональном мифе и открытию его новых сторон, но с другой стороны, к расщепленности этого знания по разным источникам; несмотря на достаточную распространенность данного понятия, оно не является общепризнанным в психологической среде.

Вопрос о существовании у человека «личного мифа» – особой реальности, в которой существует человек, – берет начало от исследований К.Г. Юнга. На сегодняшний день отечественные исследователи (А.С. Шаров, Э.И. Мещерякова, Е.В. Некрасова, М.П. Рекунчак и др.) активно занимаются изучением феномена персонального мифа. В контексте настоящего исследования наиболее показательным определением данного феномена является определение Е.В. Некрасовой, данное ей с позиций транспективного анализа: *«Персональный миф – сложный комплекс представлений, переживаний, идей о себе, условий своего жизнеосуществления»; «результат работы человека по созданию своего мира с его правилами, нормами, персонажами, в нем экспериментирование автором собственной природы, исследование этой природы в ее бездонности и безграничности посредством снятия всех внешних напластований»* (Некрасова, 2011). В данном контексте персональный миф предстает как феномен самопонимания и самопознания, что представляется нам очень важным в связи с неизбежной трансформацией этого феномена под влиянием тяжелого и длительного заболевания.

Отправной точкой нашего исследования является понимание целесообразности рассмотрения болезни с позиций системного подхода, в рамках которого для описания любого расстройства используется биопсихосоциальная модель (Enge, 1977). Данная модель фокусируется на комплексном взаимодействии биологических, психологических и социальных переменных, которые в совокупности формируют восприятие и реакцию индивидуума на расстройство (Данилов, 2012). Исходя из учета этих трех групп факторов, болезнь может рассматриваться в аспекте преобладания того или иного фактора: болезнь как расстройство функционирования, диагностируемое специалистом (биологический фактор); как субъективное ощущение, собственная оценка своего состояния как болезненного (психологический фактор); и то, как наличие болезни с ее производными (симптомы и возможная нетрудоспособность) изменяют систему отношений между больным и социумом (семья, окружение) (социальный фактор) (Данилов, 2012).

В нашем исследовании мы делаем больший акцент на психосоциальной стороне болезни, в которой данный феномен выступает как «переживание», вследствие которого совершается «переопределение концепций собственной личности» (Лурия, 1977).

Переживание болезни – постоянный процесс психосоциального характера, в ходе которого пациент наблюдает, делает попытки осознать, переосмыслить и воспринять изменения, протекающие в его организме. Данный процесс понимания всей сложности ситуации болезни обязательно происходит у пациента в контексте его принадлежности к определенной этнической (для которой характерны определенные стереотипы о болезни, больном и характере, стратегиях переживания данного феномена), возрастной (существующие возрастные стереотипы) и гендерной группам (Данилов, 2012), а также актуальной ситуации в семье больного и его отношений с родственниками и ближайшим окружением.

Больной отслеживает свои личные переживания, культурную и общественную значимость болезни и свои знания относительно этой темы, включает это все во внутренний диалог с самим собой. Это является способом понимания состояния собственного организма и специфических особенностей социально-культурного функционирования, возникших как результат развития болезни.

Вопрос *внутренней картины болезни* подробно в своих работах рассматривал А. Р. Лурия. В ней заложено все то, что испытывает пациент, находясь в длительной и тяжелой ситуации болезни - все его ощущения от переживаемого им заболевания, общее самочувствие, субъективные представления о собственном состоянии, о причинах, о лечении (Лурия, 1977). Внутренняя картина болезни пациента тесно связана с его персональным мифом и подвергает его глубоким изменениям. Ф. Шютце связывает эти изменения с возникновением у больного биографического разлома, причиной которого являются не зависящие от воли пациента и не поддающиеся его

контролю внешние события и обстоятельства жизни (сам факт болезни и методы ее лечения, изменение отношения к больному и его диагнозу со стороны членов семьи и ближайшего окружения, отношение медперсонала и лечащего врача к пациенту), а также боль и страдания пациента в случае тяжелой болезни (Лехциер, 2012). Процесс формирования и развития заболевания является новым периодом в жизни человека, подталкивающим его к осмыслению и переоценке своего существования. Возникает необходимость формирования иных моделей поведения, способствующих адаптации к новым, вынужденным, условиям жизни, которые ставит перед человеком болезнь (Ивков, 2012). И в этой связи важно отметить, что мир больного существенно отличается от мира здорового человека. Во-первых, для мира здорового человека характерна целостность его переживаний и телесности, человек владеет своим телом, имеет возможность воздействовать на него, и с его помощью познает происходящее вокруг, в то время как у больного нет чувства целостности - тело становится враждебным по отношению к человеку, не поддается собственному контролю (Лехциер, 2012). Во-вторых, если рассматривать такую бытийную характеристику человека, как общая ориентировка во времени своей жизни и синхронизация (в норме) субъективного восприятия времени с временем внешним, то у больного человека эта характеристика значительно нарушается - происходит более заметное рассогласование между внешним, социальным временем, и внутренним, субъективным; время в жизни больного начинает искажаться, он перестает его чувствовать. Внешнее время течет быстрее, а внутреннее – замедляется (Ивков, 2012). И, пожалуй, одним из самых важных изменений в жизни больного является то, что переживание болезни заполняет все внутреннее время и пространство страдающего человека, другие чувства вытесняются ощущением боли. В конечном итоге, если человек не находит эффективного и позитивного способа адаптации к болезни, то она начинает угрожать распадом внутреннего мира, и для того, чтобы этот распад не произошел, человек замыкается в себе, закрывается от внешнего мира. Больной закивается на себе, на собственном понимании, на выяснении причин происходящего и «отрывается» от внешнего мира (Ивков, 2012).

В процессе переосмысления своего прошлого и настоящего больной интерпретирует все объективные изменения и собственные состояния. Персональный миф больного носит характер нарратива (рассказа), который повествуют об изменениях, событиях психической и физической жизни больных. Именно в нарративной форме персональный миф может быть доступен исследователю и изменен самим человеком. Значимость личностного нарратива определяется тем психологическим эффектом, который он оказывает на человека: во-первых, повествования пациента придают смысл происходящим событиям в его психической жизни, во-вторых, личностный нарратив играет определенную роль в переживаниях симптомов и болезненных ощущений (Ивков, 2012).

Для того, чтобы у больного появилась новая, эффективная стратегия адаптации к той жизненной ситуации, в которой он вынужден находиться, необходимо, чтобы в его персональном мифе произошли позитивные перестройки – должна произойти интеграция субъективного, психического и телесного опыта переживания болезни, тело должно стать «другом» и человек должен чувствовать, что он является его «хозяйном»; важно, чтобы больной был не в тягость своей семье и друзьям, его поддерживали и мотивировали на борьбу с болезнью, чтобы человек и в тяжелом состоянии чувствовал себя важным для других; необходимо, чтобы у человека в результате переживаемого страдания образовались новые ценности и смыслы, которые помогли бы ему посмотреть на заболевание с другой стороны, чтобы он смог отказаться от пассивной позиции («Почему именно мне приходится бороться с болезнью, почему я? За что мне это?») и перешел к позиции деятельной и конструктивной («Для чего мне необходимо это заболевание? Для чего я сейчас страдаю? Какой опыт я могу вынести из этого?»). Вышеперечисленные позитивные изменения могут произойти с больным только при условии признания влияния личности больного на заболевание, понимания самой сути лечебного процесса (лечится человек, а не болезнь). Отсюда закономерно следует вывод о том, что специалисты, такие как психолог и лечащий врач должны работать с феноменом, в котором осуществляется познание и понимание человеком самого себя – персональным мифом.

Таким образом, подчеркивая аспект взаимовлияния болезни и персонального мифа больного друг на друга, мы можем говорить о том, что изучение внутреннего мира пациента имеет не меньшее значение, чем те объективные феномены, которые можно зарегистрировать в лабораторных условиях, используя методы естественных наук. Посредством персональной мифологии можно оказать влияние на течение тех или иных процессов психической жизни, задать направление создания ценностно-смысловых конструктов личности; работа с персональным мифом может выступать в качестве инструмента воздействия на индивида. Личностные значения и смыслы пациента, которые мы можем разглядеть и проанализировать в нарративе больного, могут направлять работу больного и врача на овладение либо нейтрализацию модели переживания, которая оказывает влияние на личный миф индивида. Уделяя достаточное внимание персональному мифу, можно достичь лучших результатов в лечении и реабилитации больного.

### Список литературы

1. Engel G.L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine // Science. 1977. Vol. 196, № 4286. P. 377-396.
2. Данилов А. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. М. : АММ ПРЕСС, 2012. 292 с.
3. Ивков Б. Нарратив хронического больного как траектория страдания // Общественность ремиссии: на пути к нарративной медицине : сб. ст. Самара, 2012. С.71-84.

4. Лехциер В.Л. Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к исследованию // Социологический журнал. 2009. № 4. С. 28.
5. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина, 1977. С. 37-52.
6. Некрасова Е.В. Персональный миф как предмет психологического исследования // Мир науки, культуры, образования. 2011. № 6. С. 277-279.
7. Фролова Ю.Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья // Философия и социальные науки. 2008. № 4. С. 60-65.
8. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1053 с.

УДК 159.99

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ПРОБЛЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПСИХОЛОГОВ

Ю.Н. Желонкина, И.О. Южакова

*Лесосибирский педагогический институт - филиал Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматривается понятие психологического здоровья, которое раскрывается в сравнении с понятиями «здоровье» и «психическое здоровье». Раскрыты психологические компоненты психологического здоровья. Сделан теоретический анализ взглядов зарубежных и отечественных психологов на проблему психологического здоровья. Указана роль образования, образовательных организации в создании условий для становления и сохранения психологического здоровья обучающихся.

**Ключевые слова:** здоровье, психическое здоровье, психологическое здоровье, личность, психика, саморазвитие, самоактуализация, социальная среда.

**Актуальность.** В современном мире, человек живет в эпоху глобализации, активно развивающихся информационных, сетевых технологий, что вносит изменения в межличностные отношения, оказывает влияния на социально-психологические характеристики личности. Многочисленные исследования современных ученых свидетельствуют о нарастающих нагрузках на нервную систему, психику человека. Ускорение ритма жизни, информационные перегрузки и другие особенности современной жизни приводят к эмоциональному напряжению, которое становится одним из факторов развития различных заболеваний. Воздействие на человека разных факторов, вызывает психические напряжения, стрессы, а это неблагоприятно сказывается как на физическом, так и на психологическом здоровье.

## **Постановка проблемы**

В настоящее время обнаруживается противоречие между облегчением физического труда человека и увеличением нагрузок, связанных с обработкой больших объемов информации, влияющее на психологическое здоровье.

Здоровье является одним из условий эффективной, профессиональной деятельности современного человека. Здоровье обуславливает гармоничное развитие личности и достижение профессионализма.

Здоровье - комплексный многоаспектный феномен, включающий в себя медицинские, психологические, педагогические, социальные и другие аспекты.

Для всех людей, психическое, физическое и социальное здоровье являются жизненно важными нитями жизни, которые тесно переплетены и глубоко взаимозависимы. Поскольку понимание этих отношений растет, становится все более очевидным, что психическое здоровье имеет решающее значение для общего благосостояния отдельных лиц, общества и страны (Григорьев, 2018)

Термин «психическое здоровье» был введен Всемирной организацией здравоохранения. В докладе Комитета экспертов ВОЗ «Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей» (1979). Современная система образования под влиянием деятельности психологической службы стала рассматривать как приоритетную проблему психологического здоровья подрастающего поколения и искать пути ее решения. Если основу психического здоровья составляет полноценное развитие высших психических функций, психических процессов и механизмов, то основу психологического здоровья - развитие личностной индивидуальности (Дубровина, 2009).

Понимание содержания описываемых понятий позволяет говорить об их определенном соотношении. Психическое здоровье представляется нам необходимым, но далеко не единственным условием формирования здоровья психологического. Следовательно, говорить о психологическом здоровье, лишь как об аспекте здоровья психического на наш взгляд неправомерно. Психологическое здоровье, являясь важнейшей составляющей здоровья человека, относится к личности в целом и представляет собой не застывшее образование, а процесс развития в направлении достижения человеком своей сущности и самоактуализации (Баякина, 2009).

В психологическом словаре психологическое здоровье в целом понимается как «...адекватность личностных проявлений окружающей среде, внешним воздействиям, критичность и возможность принимать нормы и правила социума, пластичность в отношении изменяющихся жизненных обстоятельств и способность выстраивания (планирования) перспективы будущего» (Зинченко, Мещерякова, 2007).

Разработкой проблемы психологического здоровья занимались видные западные ученые гуманистической психологии - Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс. Работы этих авторов посвящены созданию психологических моделей здоровой личности, существенно обогатившие рациональный взгляд на проблему нормы: Г. Олпорт составил образ психологически зрелой личности; К. Роджерс, настаивая на том, что человек наделен врожденным, естественным стремлением к здоровью и росту, раскрыл образ полноценно функционирующей личности; А. Маслоу на основе теории мотивации личности вывел образ самоактуализированного, психологически здорового человека (Шувалов, 2009).

По мнению А. Маслоу, самые здоровые в психологическом смысле люди - имеют очень высокие показатели развитости когнитивных и перцептивных способностей (Маслоу, 1997).

Психологическое здоровье является необходимым условием полноценного функционирования и развития человека в процессе его жизнедеятельности.

С точки зрения гуманистического подхода, общим принципом психологического здоровья является стремление человека стать и оставаться самим собой, несмотря на перипетии и трудности индивидуальной жизни (Шувалов, 2009).

В отечественной психологии, как научный термин, «психологическое здоровье» был введен И. В. Дубровиной.

В течение жизни человека психологическое здоровье постоянно изменяется через взаимодействие внешних и внутренних факторов, оно, как подчеркивает И.В. Дубровина, зарождается и укрепляется в недрах таких социальных институтов как детский сад, семья, учреждения дополнительного образования, школа, вуз. «Психологическое здоровье является результатом глубинного взаимодействия развития, обучения и воспитания детей и школьников и обусловлено, с одной стороны, характером их психического здоровья, с другой стороны, определенным уровнем их психологической грамотности и психологической культуры развивающейся личности» (Дубровина, 2014).

Представления о психологическом здоровье основательно закрепились среди специалистов образования. Так II Всероссийский съезд психологов образования (Пермь, 1995) постановил, что одной из главных целей деятельности педагогов-психологов является профессиональная забота о психологическом здоровье детей дошкольного и школьного возраста. Это решение нашло отражение в нормативно-правовых документах службы практической психологии образования.

Л.В. Бура в работе «Профилактика школьной дезадаптации как средство сохранения психологического здоровья обучающихся» отмечает, что система образования – это один из важнейших социальных институтов, предназначенный для целенаправленного формирования личности.

Индивид, включенный в деятельность социума, становится личностью, осваивает мотивы и смыслы деятельности, нормы и ценности, регулирующие взаимодействие с другими людьми, приобретает различного рода сведения, обучается инструментальным навыкам и способам построения понятий. В то же время, в школьном обучении зачастую не берутся в расчет индивидуально-психологические особенности учащихся, то есть ко всем предъявляются стандартные требования (Бура, 2018).

Для системы образования проблема психологического здоровья сводится к вопросу о том, «что и (главное!) кто образуется в развитии?», как квинтэссенция его результатов, больших и малых новообразований, как субъективный настрой и духовный облик становящегося человека. Поэтому психологическое здоровье в первую очередь является не диагностическим, а контекстным понятием, фокусирующим педагогов и специалистов на профессиональной сверхзадаче. В образовании — это приоритет развития ребенка как человека: помочь встать на человеческий путь развития и устоять на нем. (Шувалов, 2009).

Психологическое здоровье обеспечивается в образовательном учреждении тем, что взрослые помогают растущему человеку находить достойное, с его точки зрения, удовлетворяющее его место в познаваемом, переживаемом им мире, отношения с которым при благоприятных условиях все более гармонизируются на каждой возрастной ступени (Дубровина, 2009).

А.В. Шувалов указывает на то, что 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.

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 (Шувалов, 2009).

О.В. Хухлаева описывает психологическое здоровье как систему, включающую аксиологический, инструментальный и потребностно-мотивационный компоненты.

Аксиологический компонент содержательно представлен ценностями собственного «Я» человека и ценностями «Я» других людей. Ему со-

ответствует 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.

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 (Хухлаева, 2001).

Выделенные компоненты психологического здоровья – положительное самоотношение и отношение к другим людям, личностная рефлексия и потребность в саморазвитии находятся в динамическом взаимодействии, а именно, для развития позитивной рефлексии необходимо наличие у человека положительного самоотношения, в свою очередь саморазвитие человека способствует изменению самоотношения. А личностная рефлексия является механизмом саморазвития.

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, довольно, 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.

Мы разделяем, точку зрения О.В. Хухлаевой, о том что, определяющим для описания психологического здоровья является «гармония», или «баланс». И прежде всего это гармония между различными составляющими самого человека: эмоциональными и интеллектуальными, телесными и психическими и т. п. Но это также и гармония между человеком и окружающими людьми, природой, космосом. При этом гармония рассматривается не как статическое состояние, а как процесс (Хухлаева, 2001).

## **Выводы**

Таким образом, психологическое здоровье представляет собой динамическую совокупность психических свойств человека, которые обеспечивают гармонию между потребностями индивида и общества и являются предпосылкой ориентации человека на выполнение своих жизненных целей. 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 (Басалаева, 2013).

Р.М. Хусаинова считает, что под психологическим здоровьем следует понимать интегральную характеристику личностного благополучия, включающую когнитивно-оценочный компонент биологического, психологического, социального уровней, где исключительная роль отводится высшим психологическим образованиям, выполняющим функции организации, регуляции, обеспечения целостности жизненного пути (Хусаинова, 2006).

Теоретическая модель психологического здоровья представлена его структурой, в которой психологический уровень, содержащий в себе уровень психического здоровья, расположен на более высокой иерархической ступени; социальный и физический уровни расположены ниже, что позволяет говорить о влиянии вышерасположенных уровней на нижерасположенные (Хусаинова, 2006).

Таким образом, исследования зарубежных и отечественных ученых, посвященных проблеме психологического здоровья указывают на важность понимания данного феномена как в контексте здоровья человека и его психического состояния, так и в контексте развития личностных особенностей и проявлений. Для сохранения психологического здоровья необходимы условия, включающие организацию внешней среды, межличностного взаимодействия, возможности для саморазвития, самоактуализации, использования человеком способов саморегуляции.

## **Список литературы**

1. Басалаева Н.В. Проблема психического и психологического здоровья в отечественной психологии // Успехи современного естествознания. 2013. № 4. С. 169-170.
2. Баякина О.А. Соотношение понятий психического и психологического здоровья личности // Известия Самарского научного центра РАН. 2009. № 4-5. С. 1195-1200.
3. Бура Л.В. Профилактика школьной дезадаптации как средство сохранения психологического здоровья обучающихся // Проблемы психологического здоровья личности : коллективная монография. Уфа : АЭТЕРНА, 2018. С. 208-224.
4. Григорьев Г.П. Проблемы психического и психологического здоровья в отечественных и зарубежных исследованиях // Проблемы психологического здоровья личности : коллективная монография. Уфа : АЭТЕРНА, 2018. С. 8-32.
5. Дубровина И.В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психоло-

гической культуры личности // Вестник практической психологии образования. 2009. № 3. С. 17-21.

6. Дубровина И.В. Практическая психология в лабиринтах современного образования : монография. М. : НОУ ВПО «МПСУ», 2014. 455 с.

7. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. СПб. : Издат. группа «Евразия», 1997. 430 с.

8. Современный психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. 3-е изд. М. : АСТ; СПб. : ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2007. 490 с.

9. Хусаинова Р.М. Зависимость психологического здоровья учителя от возраста и стажа педагогической деятельности : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13. Казань, 2006. 24 с.

10. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. М. : Академия, 2001. 208 с.

11. Шувалов А.В. Психологическое здоровье человека // Вестник ПСТГУ. Серия IV: Педагогика. Психология. 2009. № 4 (15). С. 87-101.

**УДК 159.9**

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СИБЛИНГОВ И ИХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ**

**В. А. Керн, В. Б. Чупина**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматривается сущность сиблинговых отношений, которая недостаточно изучена в современной психологии. Проанализированы результаты исследований взаимоотношений сиблингов. Предложены рекомендации родителям сиблингов.

**Ключевые слова:** сиблинг, сиблинговые отношения, семья, самооценка

**Актуальность.** Наше государство признает ценность семьи для жизни и развития человека, важность ее роли в обществе, воспитании новых поколений, обеспечении общественной стабильности и прогресса, необходимость учета интересов семьи, а также принятия специальных мер её социальной протекции. Государство поддерживает проявляющуюся, в последнее время, тенденцию к увеличению количества детей в семьях, а как известно, семья является сложной системой взаимоотношений, в которой каждый её член занимает определённое место, участвует в выполнении определённых функций, своей деятельностью удовлетворяет потребности других членов.

Семья включает две основные подсистемы: супружеских и детско-родительских отношений, между которыми существуют взаимосвязи и взаимообусловленность. Когда в семье воспитываются несколько детей, выделяется также детская подсистема сиблинговых отношений.

Сиблинговыми отношениями, в современной психологии, называются отношения, затрагивающие детей, рожденных в одной семье и являющимися друг другу родными братьями и сестрами.

Однако вопрос сиблинговых отношений в семье недостаточно изучен в современной психологии. Поэтому данная проблема является актуальной и нуждается во всестороннем исследовании.

Попробуем разобрать возможные варианты развития событий, как избежать конфликтов и конкуренцию между сиблингами.

Многие родители предполагают, чем меньше разница в возрасте между сиблингами, тем дружнее они будут. Оптимальная разница – 3-4 года. Во-первых, в это время должно восстановиться женское здоровье после родов. Во-вторых, как раз в это время происходит известный нам «кризис трех лет», когда ребенок уже начинает отделять себя от матери, становится самостоятельным.

В большинстве случаев, как в теории, так и в практике, подтверждается, что наиболее конфликтные отношения у сиблингов одного пола.

Зачастую можно встретить в семье детей, которым приписаны роли любимчиков или изгоев. В этом случае страдает не только «отвергнутый» ребенок, который постоянно обижен, ограничен, но и «любимец», который всю свою жизнь доказывает, что он достоин любви и признания. Каждый такой сиблинг не подготовлен к реальной самостоятельной жизни (Валитова, 2006).

Для того, чтобы воспитывать в ребенке индивидуальность, необходимо, чтобы у него были личные вещи. А если братья и сестры постоянно берут эти вещи, чувства, которые переживают дети в этот момент подобны эмоциям, когда переживаешь ограбление или даже насилие.

Уважайте разницу между детьми. Казалось бы, разве это не справедливо дать каждому ребенку одинаковое количество блинов за завтраком? Но это «справедливое» обращение не принимает во внимание то обстоятельство, что у каждого ребенка может быть различный аппетит. Если вы услышите: «А почему ему досталось три блинчика, а мне только два?» - отвечайте: «А, ты все еще голоден? Дать тебе целый блинчик или половину? Целый? Сейчас принесу». Таким образом, поменялись смысловые акценты. Вы не утверждаете: «Ты получаешь столько же, сколько и старший брат». Теперь вы говорите совершенно иное: «Я готова удовлетворить твои личные пожелания».

Простых решений проблемы не существует, однако важно помнить, что некоторые конфликты могут играть положительную роль - при условии, что они не заходят слишком уж далеко. Стрессы и ссоры случаются

потому, что именно так достигается переход на новый, более стабильный уровень отношений. Но дети делают это слишком неуклюже, поэтому им нужна помощь родителей.

В большинстве случаев родителям следует избегать роли арбитра в стычках между детьми. Но если вас все-таки втянули в ссору, дайте каждому ребенку возможность высказать свою жалобу или обиду, а затем попросите одного вкратце изложить суть жалобы другого, чтобы убедиться, что он все услышал и правильно понял. Пусть потом дети вместе составят перечень возможных путей и способов разрешения конфликта. В таком случае вы не только вернете ответственность за решение конфликта обратно в руки детей, но и научите их преодолевать различные жизненные неурядицы, препятствия и негативные моменты (Руфо, 2006).

Дайте возможность высказаться всем. Если ребенок принимал участие в разработке какого-то правила, он постарается сделать так, чтобы это правило не нарушалось. Но если правило навязано ему сверху, вполне вероятно, что он попытается все-таки нарушить его. Закрепите новые правила поведения внутри семьи. Если правило гласит «никаких драк», дисциплинарным наказанием за его нарушение должно быть временное приостановление всех игр. Это очень эффективный прием. Когда дети начинают драться, родители должны сказать: «В этом доме драки не допускаются. Вот ты садись сюда, а ты сядешь сюда». Стулья должны быть приставлены к стене и расположены так, чтобы дети не могли видеть друг друга. Подождите минут пять, и потом поговорите с детьми об их ссоре. К этому моменту они, наверное, уже успокоились - как раз время обсудить разумные альтернативы дракам.

Покажите детям положительные стороны их совместной жизни, иногда давайте им общие задания, старайтесь ровно вести себя с каждым из них. Если дети однополые, лучше, если у каждого из них будут свое хобби, талант или увлечение, чтобы им как можно меньше приходилось соревноваться.

Научите сиблингов использовать прямые контакты, то есть выражать ревность не косвенно, родителям, а открыто, друг другу: «Мне не нравится, когда ты со мной дерешься...», «Я обижаюсь, когда ты берешь мои вещи...». Подобные заявления способствуют поиску детьми новых, грамотных форм общения, минуя взаимные «задевания»;

Братья и сестры тоже важнейшие в жизни учителя. С ними приходится ссориться и мириться, соперничать за внимание родителей, делить комнату, игрушку и конфеты. Старшие подвигают малышей тянуться за ними, становятся такими же умелыми и самостоятельными, дарят ни с чем не сравнимое чувство защищенности. Младшие учат старших заботе, великодушию, ответственности, своим безоглядным обожанием делают им «прививку» от низкой самооценки. Если родители не отдавали явного предпочтения кому-нибудь одному из детей, не нарушали права одного ради

другого, братья и сестры на всю жизнь останутся дружны и близки.

В заключении хочется сказать, что какие бы сложные не были отношения между сиблингами, они помогут в дальнейшей жизни детям при решении сложных ситуаций взаимодействия с окружающими.

### Список литературы

1. Авдеева Н.Н. Роль матери и отца в развитии ребенка в раннем возрасте // Дошкольное воспитание. 2005. № 7. С. 117-122.
2. Валитова И.Е. Взаимоотношения в семье между сиблингами, один из которых – ребенок с особенностями в развитии // Мир психологии. 2006. № 4. С. 55-67.
3. Гозман Л.Я. Психология эмоциональных отношений. М. : МГУ, 1987. 174 с.
4. Коломинский Я.Л. Психология взаимоотношений в малых группах. М. : АСТ, 2010. 446 с.
5. Руфо М. Братья и сестры, болезнь любви : Дети в семье - сложности роста. Екатеринбург : У-Фактория, 2006. 283 с.
6. Шапарь В.Б. Практическая психология. Психодиагностика отношений между родителями и детьми. Ростов на/ Д. : Феникс, 2006. 432 с.

УДК 159.9

## ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

В.И. Кондратьева

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются особенности стрессоустойчивости студентов обучающихся по разным специальностям после проведения коррекционной работы. Цель работы заключалась в изучении особенностей стрессоустойчивости студентов, в выявлении взаимосвязи между выбранными ими специальностями и особенностями стрессоустойчивости. В ходе коррекционной работы удалось скорректировать особенности стрессоустойчивости студентов и определить ресурсы для дальнейшей работы.

**Ключевые слова:** стрессоустойчивость, самооценка стрессоустойчивости, копинг-поведение.

**Актуальность.** Вопрос стресса и стрессоустойчивости в современном обществе имеет вечный характер, обусловленный социальным заказом, а так же связан с особенностями перехода к информационному обществу, ростом научно-технического прогресса.

**Постановка проблемы.** В психологии нет единого понимания стрессоустойчивости, и, следовательно, нет единого определения этого понятия.

В отечественной литературе проблему стрессоустойчивости изучали такие ученые как В.А. Абабков, Л.М. Аболин, А.А. Баранов, В.А. Бодров, Б.Х. Варданян, М.Ю. Денисов, Л.Г. Дикая, П.Б. Зильберман, О.А. Конопкин, Г.И. Косицкий, Л.В. Куликов, А.В. Либин, А.В. Либина, А.Ю. Маленова, К.И. Погодаев, А.А. Реан, С.В. Субботин, Ю.В. Щербатых и др.

На наш взгляд, самое полное определение дает П.Б. Зильберман: «Стрессоустойчивость» – это «...интегративное свойство личности, характеризующееся таким взаимодействием эмоциональных, волевых, интеллектуальных и мотивационных компонентов психической деятельности индивидуума, которое обеспечивает оптимально успешное достижение цели деятельности в сложной эмотивной обстановке» (Братченко, 1997).

Проанализировав теоретические источники по вопросу стрессоустойчивости в студенческом возрасте мы выяснили, что стрессоустойчивость – это свойство личности, которое характеризуется взаимодействием эмоциональных, волевых, интеллектуальных и мотивационных компонентов психической деятельности, которое в сложной эмоциональной обстановке обеспечивает человеку способность руководить своими эмоциями (Авдошина, 2018).

Целью нашей работы явилось изучение особенностей стрессоустойчивости студентов после проведения коррекционной работы, обучающихся в разных ВУЗах.

**Объект исследования:** стрессоустойчивость как социально-психологический феномен.

Предмет исследования: особенности стрессоустойчивости студентов клинической психологии и инженеров в машиностроении.

**Психодиагностические методы:** Опросник анализа стиля жизни (Бостонский тест на стрессоустойчивость); Тест самооценки стрессоустойчивости (Коухен, Вимшансон); Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (Норман, Эндер, Джеймс).

В результате была выдвинута следующая гипотеза исследования: особенности стрессоустойчивости у студентов разных специальностей имеют существенные различия.

Данное исследование проводилось после коррекционной работы, с целью изучения особенностей стрессоустойчивости студентов, после проведенной коррекционной работы, в котором принимали участие студенты факультета клинической психологии 2 курса возраста 19 лет (4 человека мужского и 15 студентов женского пола) и инженерно-экономического факультета 2 курса возраста 19 лет (3 человека женского и 16 человек мужского пола).

Анализируя результаты исследования по методике «Анализ стиля жизни (Бостонский тест на стрессоустойчивость)», можно констатиро-

вать, что у 41% опрошенных студентов наблюдается наибольшая устойчивость к стрессовым ситуациям. У 33% опрошенных студентов выявили то, что стрессовые ситуации оказывают немалое влияние на их жизнь, они не активно сопротивляются данным ситуациям. Очень уязвимы в случае стрессовой ситуации оказались 26% опрошенных студентов. Таким образом, после коррекционной работы у опрошенных студентов появилась наибольшая устойчивость к стрессовым ситуациям.

Анализируя результаты исследования по тесту «Самооценка стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона», после коррекционной работы, можно констатировать, что для 30% опрошенных студентов характерна самооценка стрессоустойчивости - «отлично», такие студенты могут правильно оценить стрессовую ситуацию и умеют с ней справиться. У 29% опрошенных студентов – «хорошо», то есть они адекватно оценивают стрессовую ситуацию, 26% опрошенных – «удовлетворительно», то есть эти студенты менее адекватно оценивают стрессовую ситуацию. И у 15% опрошенных студентов отмечается самооценка на уровне «плохо», такие студенты не могут оценить стрессовую ситуацию адекватно, дают волю своим эмоциям. Таким образом, в основном преобладает самооценка на уровне «хорошо», то есть, в целом студенты адекватно оценивают стрессовую ситуацию.

Анализируя результаты исследования по методике «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (адаптированный вариант Крюковой Т.А.), после проведения коррекционной работы, можно констатировать, что у опрошенных студентов преобладает эмоционально-ориентированный копинг, то есть эти студенты без труда могут регулировать свои эмоции. Студентам инженерно-экономического факультета, в сравнении со студентами медико-психолого-фармацевтического факультета, характерен также эмоционально-ориентированный копинг, но копинг, ориентированный на избегание у студентов инженерно-экономического факультета используют чаще, чем студенты медико-психолого-фармацевтического факультета.

В результате эмпирического исследования наша гипотеза о том, что особенности стрессоустойчивости у студентов разных специальностей имеют существенные различия нашла своё подтверждение.

### Список литературы

1. Авдошина А.В. Уровень стрессоустойчивости студентов разных специальностей [Электронный ресурс] // ДОСМЕ. URL : [http://www.docme.ru/doc/7011/avdoshinauroven.\\_stressoustojchivosti-studentov-raznyh-spe](http://www.docme.ru/doc/7011/avdoshinauroven._stressoustojchivosti-studentov-raznyh-spe) (дата обращения: 18.01.2018).
2. Братченко С.Л., Миронова М.Л. Личностный рост и его критерии // Психологические проблемы самореализации личности. СПб. : Прайм-Еврознак, 1997. С. 38-46.
3. Дворкина А.И. Стрессоустойчивость как фактор профессионального становления студентов технического ВУЗа // Научное общество студентов XXI столетия. Серия: Гуманитарные науки : сб. ст. по материалам XXI междунар. студ. науч.-практ. конф. Новосибирск, 2014. №6 (21). URL : [http://sibac.info/archive/guman/6\(21\).pdf](http://sibac.info/archive/guman/6(21).pdf) (дата обращения: 18.01.2018).

4. Запесоцкий А.И. Молодежь в современном мире. Проблемы индивидуализации и социально-культурной интеграции. М. : Изд-во Московского ун-та: Академия, 1996. 304 с.
5. Климов Е.А. Психология профессиональной деятельности. М. : Академия, 2004. 304 с.
6. Субботин С.В. Устойчивость к психическому стрессу как характеристики метаиндивидуальности учителя : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Пермь, 1992. 152 с.
7. Фолкмен С., Лазарус Р.С. Отношения между привыканием и эмоцией: Значения для теории и исследования // Медицина социологии. 1998. 26 с.

УДК 616-05:616-071.1

## ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ АЛЛЕРГИЕЙ ЖИТЕЛЕЙ Г. КРАСНОЯРСКА

К.А. Краус, А.И. Шевченко

*Гимназия №4, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Цель исследования - выявить поло-возрастные особенности аллергических заболеваний жителей г. Красноярск. Очевидно, что эффективность лечения будет намного выше, если его выявлять в молодом возрасте и применять комплекс профилактических мероприятий. Среди полученных результатов явно выделяются две возрастные подгруппы, которые болеют аллергией чаще (в возрасте 17–18 лет и более 30 лет); в ходе анкетирования 45% оказались болеющими аллергией; главными аллергенами при заболеваниях оказались продукты питания (15%) и пыльца растений (7%); чаще всего аллергические заболевания происходят с периодичностью 1–2 раза в год; с возрастом аллергические заболевания встречаются чаще у представителей женского пола (с 50% в группе 12-13 лет, до 72% в возрастной группе более 30 лет), у респондентов мужского пола с возрастом заболеваемость аллергиями уменьшается (с 55% в группе 12-13 лет, до 50% в возрастной группе более 30 лет).

**Ключевые слова:** поло-возрастные особенности, аллергические заболевания, типы аллергии, методы диагностики

**Актуальность.** В наше время аллергия стала глобальной проблемой для здоровья человека. В последние десятилетия отмечен выраженный рост заболеваемости, ей можно по праву присвоить название «болезнь века», так как сейчас аллергией, а точнее одной из её разновидностей, страдает более 85% населения нашей планеты и более 15% жителей в каждом мегаполисе. По распространенности аллергические заболевания занимают третье место в мире после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний (Галузинская, 2018). Причиной аллергии является

чаще всего неправильное питание и нездоровый образ жизни. Например, чрезмерное потребление рафинированных продуктов или насыщенных химическими препаратами и добавками. Причиной аллергии также может быть простой эмоциональный или психологический стресс. При лечении аллергии в первую очередь необходимо устранение контакта с аллергенами из окружающей среды (Зиммер, 2018). Лечение медикаментозными средствами – это лечение, направленное на то, чтобы снизить риск развития аллергической реакции, а также устранить симптомы, вызванные аллергией. Учитывая экологические причины заболеваний аллергиями особое внимание к их лечению и профилактике необходимо рассматривать в контексте образа жизни горожанина. Многочисленными исследованиями ученых доказано, что негативные факторы городской среды жизни человека (химические загрязнения воздуха, пыль, применение синтетических материалов в интерьере квартир и офисов, использование в питании добавок и консервантов и т. п.), провоцируют различные виды аллергий. Очевидно, что эффективность лечения будет намного выше, если его выявлять в молодом возрасте и применять комплекс профилактических мероприятий.

**Теоретический обзор.** Слово «аллергия» в 1906 году ввел в обиход австрийский педиатр Клеманс Пирке (Clemens Peter Freiherr von Pirquet), обозначая необычную реакцию организма на введение противодифтерийной сыворотки. Пирке и его коллега доктор Бела Шик были очень удивлены, когда у некоторых пациентов, получивших сыворотку, увеличивались лимфатические узлы, опухали суставы, появлялись высыпания на коже и повышалась температура. Термин, предложенный Пирке, объединил два греческих слова: *allos* («другой», «измененный») и *ergos* («работа»).

Самое древнее описание аллергии, дошедшее до наших дней, датировано 2540 годом до нашей эры. Согласно древним летописям, именно в этом году египетский фараон Менес скончался от аллергического шока, вызванного укусом осы.

Симптомы аллергии подробно описывал Гиппократ: он обращал внимание на кожные высыпания и пищеварительные расстройства после употребления той или иной пищи. Авиценна в своих трудах упоминает странный «весенний насморк» в период цветения трав. Итальянский врач французского происхождения Леонардо Боталло в 1565 году описал «розовую лихорадку», которой страдали некоторые люди в период цветения роз. Вместо того, чтобы наслаждаться прекрасным запахом, несчастные мучились от ужасного кашля и насморка. О сенной лихорадке впервые сообщил английский врач Джон Босток (John Bostock), выступивший в 1819 году на заседании Лондонского Медико-хирургического общества с докладом о «периодическом поражении глаз и груди». Ученый описал симптомы заболевания некоего пациента с инициалами JB (им был

сам Джон Босток): с восьмилетнего возраста ежегодно в начале лета его одолевали сильный насморк, слезотечение, затрудненное дыхание. Врач думал, что недуг как-то вызывается сеном и дал загадочной болезни название «сенная лихорадка» (Галузинская, 2018).

Гистамин — то самое вещество, вызывающее слезотечение, насморк, затрудненное дыхание и иные аллергические симптомы, выявил Генри Дейл в 1910 году. Ученый занимался изучением спорыньи паразитического гриба злаков. Совместно с химиком Джорджем Баргером ему удалось выделить из спорыньи гистамин, который сначала называли β-имидазол-этиламин. Изучение роли этого вещества в развитии аллергии сделало возможным появление антигистаминных препаратов (Федоскова, Ильина, 2018).

Тайну сенной лихорадки в 1859 году раскрыл Чарльз Блекли (Charles Blackley), британский исследователь, тоже страдавший этой формой аллергии. Как-то раз, понюхав букет полевых трав, он несколько раз сильно чихнул. Тогда он предположил, что его реакция связана с пылью трав, цветущих в начале лета. Люди вдыхали летающую в воздухе пыльцу, что и вызывало у некоторых чихание, насморк и слезотечение. В те годы считали, что сенная лихорадка — болезнь лишь образованных людей, занимающихся высококвалифицированной работой. Того же лестного мнения придерживался Чарльз Блекли. Однако, в начале XX века стало окончательно ясно, что недуг поражает представителей любых слоев общества.

Явление анафилаксии открыл французский физиолог Шарль Рише (Charles Robert Richet). В 1901 году Рише вместе с князем Монако Альбером участвовал в научной экспедиции по Средиземному морю. Исследователь изучал ядовитые свойства щупалец португальского кораблика — морского обитателя, ожоги которого опасны для человека. Несколько лет ранее Рише проводил эксперимент на собаках, вводя им сыворотку крови морского угря. С каждым уколом животные чувствовали себя хуже и хуже. Теперь же физиолог повторил свои эксперименты, используя яд португальского кораблика. Пытаясь определить летальную для собак дозу, он вводил им различные концентрации яда. Если первую инъекцию собака переносила хорошо, ученый делал второй укол, содержащий гораздо меньше яда. И неожиданно это приводило к скорой гибели животного. Рише показал, что подобная реакция может быть связана с другими веществами. В знак признания работ по анафилаксии Шарлю Рише в 1913 году присудили Нобелевскую премию по физиологии и медицине (Галузинская, 2018).

Реакция людей на различные группы аллергенов зависит от генетических особенностей иммунной системы. Многочисленные данные свидетельствуют о существовании наследственной предрасположенности к аллергии. Родители, страдающие аллергией, подвержены большему риску родить ребенка с той же патологией, чем здоровые пары. Причиной

аллергии могут являться: чужеродные белки, содержащиеся в донорской плазме и вакцинах, пыль (уличная, домашняя или книжная), пыльца растений, споры грибков или плесени, некоторые лекарственные препараты (пенициллин), продукты питания (обычно: яйца, молоко, пшеница, соя, морепродукты, орехи, фрукты) укусы насекомых/членистоногих, шерсть животных, выделения домашнего клеща, латекс, химические чистящие средства (Зиммер, 2018).

Аллергию можно разделить на три типа:

- Пищевая аллергия - индивидуальная непереносимость продуктов питания. Это наиболее распространенный тип, ею страдают около 90% людей.
- Лекарственная аллергия - гиперчувствительность к компонентам современных препаратов.
- Респираторная аллергия - повышенная чувствительность эпителиальной ткани легких к аллергенам внешней среды.

Симптомы аллергических заболеваний. Одни и те же аллергены могут вызывать различные виды аллергических реакций - бронхиальную астму, аллергический ринит, отит и конъюнктивит, крапивницу, отек Квинке. То, какая бывает аллергия, зависит не столько от ее причины, сколько от того, в каком органе происходит воспалительная реакция. Воспаление может проявляться одновременно несколькими видами аллергической реакции, что приводит к анафилактическому шоку. В зависимости от того, какая бывает аллергия, различаются и ее симптомы:

- при аллергической астме - видами аллергической реакции являются кашель, одышка, нарушение дыхания;
- при аллергическом насморке - чиханье, зуд слизистой носа, выделения, заложенность;
- при аллергическом конъюнктивите - покраснение и припухлость глаз, слезотечение, зуд век;
- при аллергической крапивнице - сыпь, похожая на ожог крапивой; при отеке Квинке - припухлость кожи или слизистых;
- при атопическом дерматите - высыпания, сопровождающиеся зудом; при контактном дерматите - высыпания на участках, контактирующих с аллергенами;
- при анафилактическом шоке - помутнение или потеря сознания, понижение артериального давления, остановка дыхания и др.

При определенном наборе аллергенов существует множество видов аллергических реакций, причину которых определить может только врач,

проведя тщательное обследование и анализы. Даже если выявлена причина заболевания, не следует заниматься самолечением.

Лечение медикаментозными средствами (Федоскова, Ильина, 2018) – это лечение, направленное на то, чтобы снизить риск развития аллергической реакции, а также устранить симптомы, вызванные аллергией. Медики выделяют несколько групп медикаментозных средств.

1. Антигистамины: Лоратадин (Кларитин), Фексофенадин (Телфаст), Цетиризин (Зиртек), Хлорпирамин (Супрастин), Клемастин (Тавегил) - назначаются одними из первых, если речь идёт о лечении аллергических реакций. В тот момент, когда аллерген попадает в организм, иммунная система человека вырабатывает специальное вещество под названием – гистамин.

2. Деконгестанты: Псевдоэфедрин, Ксилометазолин, Оксиметазолин – данные препараты чаще всего используются для устранения проблемы заложенного носа. Лекарственные средства поступают в продажу в виде капель или спреев и назначаются при простуде, аллергии на пыльцу (сенной лихорадке) или любой аллергической реакции, главный симптом которой - грипп, заложенный нос и синусит.

3. Ингибиторы лейкотриенов (Монтелукаст (Сингуляр) – это химические вещества, блокирующие, вызванные лейкотриенами, реакции. Данные вещества выделяются организмом во время аллергической реакции и вызывают воспаление дыхательных путей их отеки (используются чаще всего при лечении бронхиальной астмы).

4. Стероидные спреи (Беклометазон (Беконас, Беклазон), флутиказон (Назарел, Фликсоназе, Авамис), Мометазон (Момат, Назонекс, Асманекс) – по своей сути данные препараты являются гормональными лекарственными средствами.

5. Гипосенсибилизация. Ещё один метод лечения, применяемый наряду с лечением медикаментозным – иммунотерапия. Суть данного метода такова: в ваш организм постепенно вводится увеличивающееся количество аллергенов, что в итоге приводит к снижению чувствительности организма к отдельно взятому аллергену. Таким лечением является метод АСИТ. Он снижает чувствительность иммунной системы к аллергенам, как бы «приучает» организм к ним. Благодаря этому, когда организм сталкивается с аллергеном в реальной жизни, аллергическая реакция не развивается.

**Постановка проблемы.** На основании проведенного обзора литературы по теме нашего исследования мы выделили особенности заболеваний аллергиями и методов их лечения, убедились в актуальности изучения аллергических проявлений у молодых возрастных групп, особенно в условиях большого промышленного города, к которым относится г. Красноярск.

Цель нашего исследования выявить поло-возрастные особенности аллергических заболеваний жителей г. Красноярска. Для реализации этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Описать виды аллергии, причины и симптомы заболевания.
2. Представить материал по методам диагностики и лечения аллергии посредством соц. опросов и мониторинга интернет-сайтов.
3. Установить закономерность заболеваемости аллергией по гендерным и возрастным признакам (для этого провести социологические опросы).
4. Предложить рекомендации для улучшения состояния людей, имеющих аллергические заболевания.

Объект исследования – учащиеся двух возрастных групп: 1. Школьники гимназии №4 г. Красноярск (возраст 12-18 лет). 2. Студенты Сибирского Федерального Университета (возраст 18–22 лет). Предмет исследования: поло-возрастные особенности аллергических заболеваний школьников и студентов. Гипотеза: существуют особенности заболевания аллергиями в зависимости от возраста и пола учащихся. школ и вузов г. Красноярск. Методика исследования включала ряд методов и приемов:

1. Анализ информации Интернет-источников по проблематике исследования.
2. Разработка исследовательского инструментария (две анкеты, один интервью-опросник).
3. Интервьюирование специалистов из Легочно-аллергологического центра ККБ №1, анкетирование учащихся гимназии №4, студентов СФУ.
4. Обобщение полученных результатов, оформление выводов и рекомендаций по тематике проведенной работы.

Для проведения данного исследования была организована группа из гимназии №4 г. Красноярск в составе Краус Ксении Александровны и Шевченко Анастасии Игоревны учениц 10 «С» класса. В период с ноября 2017 г. по февраль 2018 г. исследовательской группой запланирован комплекс практических работ для сбора данных с помощью выбранных и разработанных методов (анкетирование, интервью).

### Результаты

Сколько вам лет? – 101

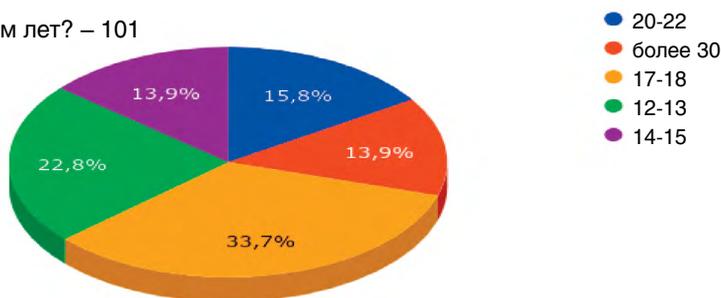


Рис. 1. Возрастной состав участников.

Ваш пол: – 101

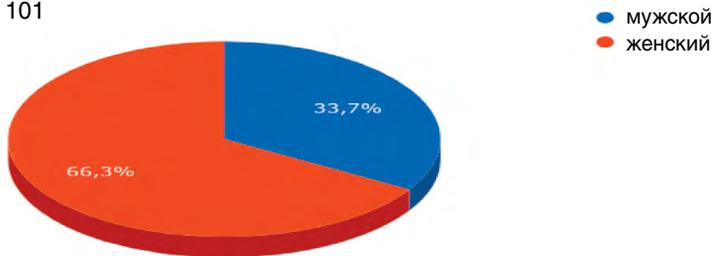


Рис. 2. Половозрастной состав участников

Болеете ли вы аллергией? – 101

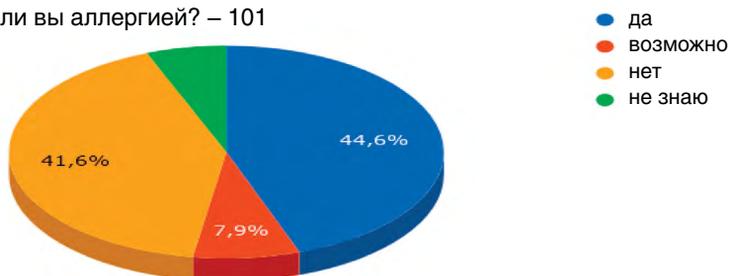


Рис. 3. Наличие заболевания

На что у вас аллергия?

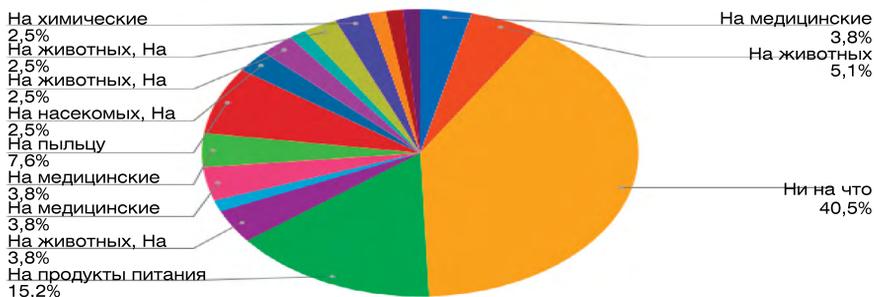


Рис. 4. Типология аллергических реакций

Сколько раз в году бывают проявления аллергии? – 101

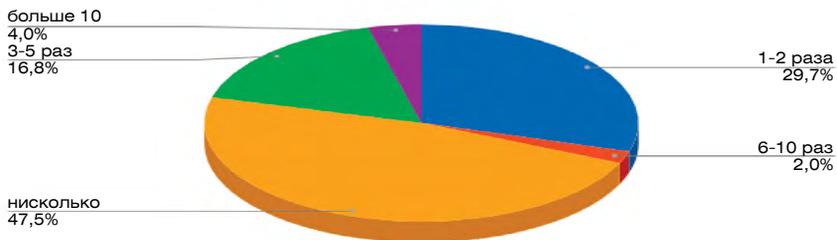


Рис. 5. Сезонные проявления аллергии

Вы курите? – 101

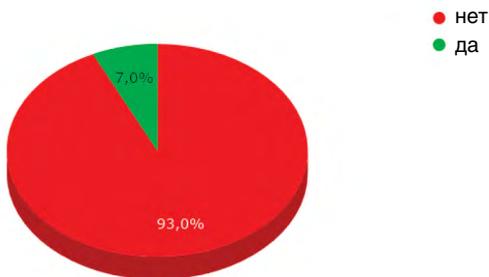


Рис. 6. Наличие привычки табакокурения

Есть ли у вас домашнее животное? – 101

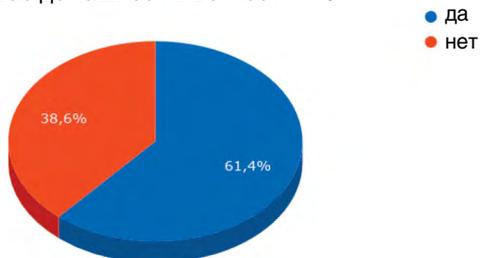


Рис. 7. Наличие домашних животных

На основании результатов исследования мы делаем следующие выводы:

1. Из исследуемой группы респондентов явно выделяются 2 возрастные подгруппы, которые болеют аллергией чаще в возрасте 17 – 18 лет и болеют аллергией гораздо реже в возрасте 18-22 лет.
2. Из 101 опрошенных в ходе анкетирования 45% оказались болеющими аллергией.
3. Главными аллергенами при заболеваниях оказались: продукты питания (15%) и пыльца растений (7%).
4. Чаще всего аллергические заболевания происходят с периодичностью 1 – 2 раза в год.
5. С возрастом аллергические заболевания встречаются чаще у представителей женского пола (с 50% в группе 12-13 лет, до 72% в возрастной группе более 30 лет), у респондентов мужского пола с возрастом заболеваемость аллергиями уменьшается (с 55% в группе 12-13 лет, до 50% в возрастной группе более 30 лет).

Значительную помощь в проведение нашей работы внесла Демко И.В., главный аллерголог г. Красноярска, врач Легочно-аллергологического центра Красноярской Краевой больницы №1.

В ходе проведённой исследовательской работы нами были разработаны исследовательские инструменты, соответствующие ее проблематике (две анкеты), проведена их апробация на целевой аудитории учащихся красноярской гимназии №7 и студентов СФУ. Также нами разработана памятка по правилам профилактики аллергических заболеваний для учащихся школ и их родителей. Материалы данного исследования могут использоваться в практике адресной профилактической работы с учащимися школ, болеющими аллергиями либо предрасположенные к ним.

### Список литературы

1. Галузинская В. Эта вездесущая аллергия [Электронный ресурс] // Наука и жизнь. 1974. № 1. URL : <https://www.nkj.ru/archive/articles/23839/> (дата обращения: 17.09.2017).
2. Зиммер К. Почему мы страдаем от аллергии : новое объяснение [Электронный ресурс]. URL : [http://www.bbc.com/russian/science/2015/05/150514\\_vert\\_fut\\_why\\_do\\_we\\_have\\_allergies](http://www.bbc.com/russian/science/2015/05/150514_vert_fut_why_do_we_have_allergies) (дата обращения: 10.09.2018).
3. Современные проблемы пищевой аллергии – патогенез, клиника, диагностика : метод. рекомендации / сост. В.А. Батулин, В.П. Тельбух. Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2016. 31 с.
4. Федоскова Т.Г. Ильина Н.И. Роль аллергических заболеваний в общеклинической практике // РМЖ. 2004. № 14. С. 876.
5. Что нужно знать об аллергии [Электронный ресурс] // Комсомольская правда. 2017. 10 апреля. URL : <https://www.krsk.kp.ru/daily/26664.5/3686058/> (дата обращения: 17.09.2017).
6. Ягудина Р.И., Аринина Е.Е. Аллергия: обзор противоаллергических антигистаминных препаратов [Электронный ресурс] // КатренСтиль. 2014. № 127. URL : [https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/diagnosis\\_treatment/allergiya](https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/diagnosis_treatment/allergiya) (дата обращения: 17.03.2018).

## ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТА НА ЭТАПЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ

А. Куковякна, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г.Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования мотивов учебной деятельности студентов на этапе завершения обучения. Проблема мотивации является одной из фундаментальных проблем как отечественной так и зарубежной психологии. Вопрос об изучении учебной деятельности студентов является малоизученным. Учебная деятельность мотивируется прежде всего внутренним мотивом, когда познавательная потребность встречается с предметом деятельности. Студенты существенно отличаются друг от друга не только по темпераменту и по характеру, но и по своим способностям, потребностям, стремлениям и интересам, разной степенью самосознания. Индивидуальные особенности проявляются и в выборе жизненного пути. Выбор профессии и овладение ею начинается с профессионального самоопределения. Согласно данным исследования, наиболее значимым в данной выборки исследуемых является мотив становления высококвалифицированным специалистом и мотив получения диплома и по их мнению это позволит обеспечить успешность будущей профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** мотивы учебной деятельности, студент, выпускной курс, профессиональная деятельность.

**Актуальность.** Современное общество предъявляет выпускнику ВУЗа, особые требования, среди которых важное место занимают высокий профессионализм, активность и творчество. Процесс совершенствования подготовки будущих специалистов в условиях современного образования достаточно сложен и обусловлен многими факторами. Одним из факторов является степень адекватности мотивационных установок поступления в ВУЗ и получаемой профессии.

Проблема мотивации является одной из фундаментальных проблем как отечественной так и зарубежной психологии. Вместе с этим как отмечал Х. Хеккаузен «едва ли найдется другая такая же область психологического исследования, к которой можно было бы подойти со столь разных сторон, как к психологии мотивации».

Исследованием мотивации занимались такие выдающиеся психологи как В.Г. Асеев, А.Н. Леонтьев, А.К. Маркова, Ю.Б. Орлов, Х. Хеккаузен, П.М. Якобсон, и другие. Сложность и многоаспектность проблемы мо-

тивации обуславливает множественность понимания ее сущности, природы, структуры, а так же функций мотивов.

Решением наиболее спорного в психологии мотивации вопроса о соотношении мотива и потребности занимались М.И. Бажович, А.Н. Леонтьев, С.П. Манукян, Ю.В. Шаров. Многие исследователи проблемы мотивации человеческой деятельности сходятся в том, что мотивация представляет собой сложную систему, в которую включены определенные иерархические структуры (Асеев В.Г., Бажович М.И., Додонов Б.И., Маслоу А.) и различные виды мотивов (Ломов Б.Ф., Обуховский К., Якобсон П.М.).

Кроме того, данные некоторых исследователей позволяют говорить, что высокая позитивная мотивация может играть роль компенсаторного фактора в случае низких специальных способностей (Мотков А.А.). Однако изучение мотивации учебной деятельности ограничивается лишь младшим школьным возрастом. Исследование проблемы мотивации в профессиональном становлении студентов является наименее изученной. Студенческий возраст изучается в основном с точки зрения особенностей познавательных процессов и личностных особенностей студентов. (Белокрылова Г.М., Донцов А.И., Никеличев М.В.). Исследование особенностей личности студентов привело к выделению нескольких типизаций студентов. Недостаточная теоретическая изученность проблемы развития мотивации в студенческом возрасте обуславливает актуальность нашей темы исследования. Данная работа имеет и определенное практическое значение. Так как изучение ценностного содержания мотивов обучения в ВУЗе, дает возможность привести к эффективности управления формированием правильного эмоционально положительного отношения к будущей трудовой деятельности и осуществления дифференцированного подхода в учебно-воспитательной работе со студентами с различными типами мотивации.

Учебная мотивация определяется как частный вид мотивации, включенный в определенную деятельность, в данном случае деятельность учения. Как подчеркивает, ведущий психолог, занимающийся изучением мотивации учебной деятельности А.К. Маркова, что «Мотивация учения складывается из ряда постоянно изменяющихся и вступающих в новые поколения друг с другом побуждения. Поэтому становление мотивации есть не простое возрастание положительного или усугубление отрицательного отношения к учению, а стоящее за ним усложнение структуры мотивационной сферы, входящих в нее побуждений» (Асеев,2003).

Поэтому, при анализе мотивации учебной деятельности, главное не только определить доминирующий побудитель (мотив), но и учета всей структуры мотивационной сферы человека.

Итак, в психологической литературе, разными авторами выделяются разные виды мотивов учебной деятельности. Так, М.И. Бажович указы-

вается, что для детей разного возраста не все мотивы имеют одинаковую побудительную силу. Одни из них являются основными, ведущими, другие – второстепенными, побочными, не имеющие самостоятельного значения; которые так или иначе подчинены ведущим мотивам. В одних случаях таким ведущим мотивом может оказаться стремление завоевать место отличника в группе, в другом случае – желание получить высшее образование, в третьих – интерес к самим знаниям.

Все эти мотивы (Бажович М.И.) могут быть подразделены на две большие категории. Одни из них связаны с содержанием самой учебной деятельности и процессом ее выполнения; другие – с более широким взаимоотношением ребенка с окружающей средой. К первым относятся познавательные интересы людей, потребность в интеллектуальной активности и овладением новыми умениями, навыками и знаниями; другие – связаны с потребностью человека в общении с другими людьми, в их оценке и одобрении, с желанием занять определенное место в системе доступных ему общественных отношений (Алексеева, 1986)

В. Апелът выделил следующие мотивы учения: социальные (долг и ответственность, понимание социальной значимости учения, стремление занять определенную позицию в отношении с окружающими, получить их одобрение); познавательные (ориентация на овладение новыми знаниями, закономерностями, ориентация на усвоение способов добывания знаний); коммуникативные (общение со сверстниками, взрослыми); и мотивы саморегуляции (ориентация на приобретение дополнительных знаний и затем на построение специальной программы самосовершенствования).

К видам мотивов можно отнести познавательные и социальные мотивы. Если у студента в ходе учения преобладает направленность на содержание учебного предмета, то можно говорить о наличии познавательных мотивов. Если выражена направленность на другого человека в ходе учения, то говорят о социальных мотивах. И познавательные, и социальные мотивы имеют уровни: широкие познавательные мотивы (ориентация на усвоение добывание знаний), мотивы самообразования (ориентация на приобретение дополнительных знаний). Социальные мотивы могут иметь следующие уровни: широкие социальные мотивы (долг, ответственность, понимание социальной значимости учения), узкие социальные или позиционные мотивы (стремление занять определенную позицию в отношениях с окружающими), мотивы социального сотрудничества (ориентация на разные способы взаимодействия с другим человеком).

Мотивы названных видов и уровней могут проходить в своем становлении следующие этапы: актуализация первичных мотивов, постановка на основе этих мотивов новых целей, положительное подкрепление мотива при реализации этих целей, появление на этой основе новых мотивов, соподчинение разных мотивов.

Вопрос об изучении учебной деятельности студентов является малоизученным. В исследованиях посвященных изучению студенческого возраста в основном рассматриваются вопросы связанные с личностными особенностями студентов (Григоренко Е.Л., Корнилова Т.В.), зависимости профессиональных предпочтений студентов от их индивидуально-типологических особенностей (Морошин В.Г., Соколов И.Ю.).

Рассматриваются также вопросы профессионализации памяти студентов (Копяева Г.П., Мараев В.А.). Отмечаются также в исследованиях зависимости успешности учебной деятельности от мотивации (Липкин М.М.).

Учебная мотивация, как и другие виды мотивации характеризуется устойчивостью, направленностью и динамичностью. Устойчивость учебной мотивации исследовалась в рамках концепции А.К. Марковой. Психологическая устойчивость определяется исследователями «как способность поддерживать требуемый уровень психической активности при широком варьировании факторов действующих на человека» (Асеев, 2003).

Основываясь на истинном представлении устойчивости, авторы рассматривают ее в комплексе с такими характеристиками учебной мотивации, как сила, осознанность, действенность, сформированность смыслообразующего мотива деятельности, ориентация на процесс и т.д.

Исследования И.П. Именитовой, Е.И. Савонько, показали, что связь устойчивости мотивационной структуры с ее динамичностью состоит в дифференциации компонентов в структуре, их упорядочение с тенденцией к устойчивости структуры. Это позволяет исследователям предполагать, что абсолютное доминирование процессуальной мотивации придает структуре большую устойчивость.

Но какой бы не была мотивация, даже самая положительная, она создает лишь потенциальную возможность развития человека, поскольку реализация мотивов зависит от процессов целеполагания.

Классический закон Йеркса-Додсона, сформированный несколько десятилетий назад, установил зависимость деятельности от силы мотивации. Из него следовало, что чем выше сила мотивации, тем выше результативность деятельности. Но прямая связь сохраняется лишь до определенного предела: если по достижении некоторого уровня сила мотивации продолжает увеличиваться, то эффективность деятельности падает. Однако закон Йеркса-Додсона не распространяется на познавательную мотивацию.

Учебная деятельность мотивируется прежде всего внутренним мотивом, когда познавательная потребность встречается с предметом деятельности. Подробно зависимость успешности учебной деятельности от мотивации была рассмотрена Г. Клаусом. Г. Клаус установил, что «установки на учение и на его предметное содержание оказывает наиболее

стойкое влияние на активное присвоение, на протекание этого процесса и на его успешность». Исходя из этого, он выделил позитивную и негативную мотивацию. По его мнению, человек с сильным желанием овладеть знаниями будет учиться без внешнего принуждения, получая от своих знаний удовольствие, проявляя настойчивость; достаточно быстро осваивая необходимые сведения, демонстрируя интеллект, гибкость, фантазию.

В тоже время результаты исследования (Липкин М.М., Яковлева Н.В.) продемонстрировали, что сочетание высоких уровней познавательного и состязательного мотивов способствует хорошей успеваемости в ВУЗе, тогда как преобладание аверсивных тенденций при одновременно низком уровне состязательного мотива приводит к низким результатам обучения.

Ю.М. Орлов сделал вывод о том, что «наибольшее влияние на академические успехи оказывает подсознательная потребность в сочетании с высокой потребностью в достижениях» (Асеев, 2003).

Студенты существенно отличаются друг от друга не только по темпераменту и по характеру, но и по своим способностям, потребностям, стремлениям и интересам, разной степенью самосознания. Индивидуальные особенности проявляются и в выборе жизненного пути. Выбор профессии и овладение ею начинается с профессионального самоопределения.

Согласно, И. Кону, профессиональное самоопределение человека начинается далеко в его детстве, когда в детской игре, ребенок принимает на себя разные профессиональные роли, и проигрывает связанные с ним поведения. И заканчивается в ранней юности, когда уже необходимо принять решение, которое повлияет на всю дальнейшую жизнь человека.

Как отмечают исследования (Ивановой Н.Л., Комусовой Н.В., Фескиной С.Е.), развитие профессиональной направленности студентов в ВУЗе определяется предшествующими и более ранними формами выражения положительного отношения к профессии и стоящие за этим отношением мотивы. Было обнаружено, что ведущими мотивами поступления в ВУЗ является увлечение учебным предметом и интересом к профессии (Алексеева, 1986).

А поскольку общей конечной целью обучения в ВУЗе является профессиональная подготовка специалистов, то отношение студентов к своей будущей профессии можно рассматривать как форму и меру принятия конечных целей обучения. Наиболее обобщенной формой отношения человека к профессии является профессиональная направленность (становление), которая характеризуется как интерес к профессии и склонность заниматься ею. Н.В. Кузьмина выделяет такие свойства профессиональной направленности, как объективность, специфичность, сопротивляемость, валентность, удовлетворенность, обобщенность, устойчивость (Алексеева, 1986).

Учебная мотивация складывается из оценки студентами различных аспектов учебного процесса, его содержания, форм, способов организации с точки зрения их личных индивидуальных потребностей и целей, которые могут совпадать или не совпадать с целями обучения.

Становление будущего специалиста как высококвалифицированного специалиста, по мнению Н.В. Нестеровой, В.А. Якунина, возможно лишь при сформированном мотивационно-ценностном отношении в его профессиональном становлении. Н.Б. Нестерова, анализируя психологические особенности развития учебно-познавательной деятельности студентов, она разделяет весь период обучения на три этапа:

I этап (I курс) Характеризуется высокими уровневыми показателями профессиональных и учебных мотивов, управляющие учебной деятельностью. Вместе с тем они идеализированы, так как обусловлены пониманием их общественного смысла, а не личностного.

II этап (II, III курс) Отличается общим снижением интенсивности всех мотивационных компонентов. Познавательные и профессиональные мотивы перестают управлять учебной деятельностью.

III этап (IV-V курс) Характеризуется тем, что растет степень осознания и интеграции различных форм мотивов обучения (Асеев, 2003).

Авторы занимающиеся изучением студенчества попытались выделить критерии типизации студентов. Так, А.В. Дмитриев и В.Т. Лисовский помимо отношения к учебе, ввели такие основания, как научная и общественно-политическая активность, общая культура и коллективизм. В результате ими было выделено шесть типов студентов. Несмотря на полноту описания и легкости нахождения аналогов к выделенным типам среди студенчества, данная типизация оказывается ограниченной ситуацией обучения в ВУЗе и лишь условно может быть распространена по будущую деятельность. В этом отношении более предпочтительно выглядит типология студентов американского колледжа, полученная Д. Готлибом и Б. Ходкинсом. Ими выделены следующие типы становления в профессии:

Тип «W» (профессионалы). Они относятся к учебе как к инструменту подготовки к будущей профессии. Выполняют лишь столько домашних заданий и упражнений, сколько требуется для того, чтобы не остаться на второй год. По мнению большинства «профессионалов», основная причина того, что они учатся, - это получение профессиональной подготовки и образования.

Тип «X» (нонконформисты). Эти студенты ищут в преподаваемых предметах, знания о жизни вообще на основе собственного выбора. Не выходят из библиотек. По их мнению, учебное заведение существует для того, чтобы удовлетворить их жажду знаний и любопытство к жизни.

Тип «Y» (академики). Эти студенты приближаются к типу «X» с той разницей, что академики тоже живут книгами, не отрываются от других

форм общественной жизни. Они стараются выделиться, как можно лучше сдать экзамены.

Тип «Z» (студенческие деятели). Эти студенты большое внимание уделяют общественным формам жизни, чем самой науке.

Вполне вероятно, что общая направленность сложившейся структуры интересов данных типов сохраняются и в их дальнейшей деятельности.

Однако стремление авторов найти универсальное основание типологии, позволяющей как бы предугадать пути развития профессионала, особенно ярко проявляется в попытках определить уровни профессиональной направленности студентов. Так, Э.Ф. Зеер выделяет следующие типы студентов по профессиональной направленности:

I тип – студенты с положительной профессиональной направленностью, которая представляет ситуацию соответствия личности выбранной профессии, что предполагает связь между доминирующих, ведущих мотивов с содержанием профессиональной деятельности.

II тип – студенты окончательно не определившиеся в своем выборе профессии. Для них приемлем компромисс между неопределением, иногда негативным отношением к профессии и продолжением обучения в ВУЗе, перспективой в дальнейшем работать по этой профессией.

III тип – студенты с негативным отношением к профессии. Мотивация их выбора обусловлена общественными ценностями высшего образования. Они имеют слабое представление о профессии. Здесь ведущий мотив выражает потребность не столько в самой деятельности, сколько в различных связанных с ней обстоятельствах.

Таким образом, как видно из последней типизации, студенты различаются своей мотивированностью к деятельности.

Анализируя имеющуюся литературу по данной проблеме мы пришли к выводу, о том что профессиональное становление учебной деятельности студентов находится на начальном уровне своего научного изыскания. В основном, исследования проведенные на студенческих группах посвящены изучению влияния мотивации на успешность обучения студентов в ВУЗе. Так, например, в исследованиях М.М. Лапкина и Н.В. Яковлева, было установлено, что успешность обучения в ВУЗе зависит от многих аспектов психофизической активности. Одним из этих факторов успеваемости, являются, по их мнению, мотивационная составляющая деятельности.

Путем экспериментального исследования было получено так же, что максимальная удовлетворенность избранной профессией наблюдается у студентов I курса. В дальнейшем этот показатель неуклонно снижался, вплоть до 5 курса (Реан А.). Однако, несмотря на то, что незадолго до окончания ВУЗа удовлетворенность профессией оказывается наименьшей, само отношение к профессии становится положительным. Причем,

в некоторых случаях снижение удовлетворенности логично было бы связать с уровнем преподавания в конкретном ВУЗе (Алексеева, 1986).

Существует так же экспериментальное положение (Крылов Н.И.) о том, что у большинства учащихся интерес к содержательной стороне профессии как ведущий мотив выбора представлен в значительно меньшем числе случаев, нежели побочные основания поскорее стать материально состоятельным, за компанию с друзьями и т.д (Асеев, 2003).

Однако, наиболее интересным на наш взгляд являются исследования Зотова А.А., Юпитова А.В., касающиеся ситуации профессионального самоопределения студентов. Исходя из данных авторов; именно студенты I и II курса испытывают тревогу по поводу новой непривычной для учащихся среды и более свободного характера организации занятий. Основной причиной обращений первокурсников за помощью являются смысложизненные связи «Правильно ли я поступил?», «Ту ли профессию я выбрал?». Как видно из вышеизложенного, у студентов первых курсов наблюдается неустойчивость мотивации и преобладание мотивации боязни неудачи.

При ответе на вопрос «Какую работу вы хотели бы получить после окончания ВУЗа?» Авторами (Зотова А.А., Юпитова А.В.) были получены следующие данные: свою специфическую деятельность больше всего выбирают студенты I курса – 53%, и V курса – 44, 6%, и менее всего студенты III курса – 25, 5%. При этом прослеживается определенная динамика значимости мотивов для студентов при выборе предстоящей деятельности. Эта динамика при переходе от младших курсов к старшим стабильно снижается доля студентов, руководствующихся мотивом познания, одновременно возрастает доля тех, кто намерен строить свои отношения на основе престижности будущей профессии. А.А. Зотова, Юпитова А.В. и указывают так же на то, что с I по V курс растет неудовлетворенность тем, что дал им университет в профессиональном плане.

Таким образом мы можем заключить то, что становление будущего специалиста как высококвалифицированного возможно лишь при сформированном мотивационно - ценностном отношении в его профессиональном становлении.

С целью изучения мотивации учения студентов нами было проведено экспериментальное исследование. В данном исследовании принимали участие студенты 5 курса, обучающиеся по специальностям «Педагогика и психология», «Педагогика и методика начального обучения», «Физика и математика» СФУ. В эксперименте приняли участие 146 человек. Для решения поставленных задач мы выбрали следующие методики:

1. Тест-опросник для измерения мотивации достижения (ТМД).
2. Методика «Мотивация обучения в вузе».
3. Методика «Изучение мотивов учебной деятельности студентов».

По данным проведения тест-опросника ТМД на выборке 5 курса оказалось, что только 6 человек из 146 получили от 165 баллов и выше, что говорит о том, что потребность в достижении у этих студентов выражена сильно. Остальные 140 человека получили средние оценки. Поскольку среди тех студентов, у которых потребность в достижении выражена средне, наблюдается большой разброс шкальных оценок (от 105 до 162), что говорит о том, что средняя выраженность потребности в достижении проявляется неодинаково. Поэтому мы посчитали необходимым выделить оценки приближающиеся к верхней границе, и нижней границе. Здесь и далее оценки верхней границы в данной выборке будут соответствовать сильной выраженности потребности в достижении, т.е. выраженности мотива стремления к успеху, нижняя граница оценок будет соответствовать слабой выраженности потребности в достижении, т.е. преобладанию мотива избегания неудач. Остальные оценки соответствуют средней выраженности потребности в достижении.

В результате проведения исследования по методике «Изучение мотивов учебной деятельности» мы можем заключить, что наиболее значимыми мотивами для исследуемой нами выборки являются:

1. Стать высококвалифицированным специалистом.
2. Обеспечить успешность будущей профессиональной деятельности.
3. Получить интеллектуальное удовлетворение.
4. Получить диплом.
5. Приобрести глубокие и прочные знания.

Согласно данным исследования, наиболее значимым в данной группе мотивов является мотив становления высококвалифицированным специалистом и мотив получения диплома. В большей степени это связано с тем, что студенты находятся на последней ступени обучения.

После обработки данных по методике «Мотивация обучения в вузе» можно заключить, что у исследуемых нами студентов 5 курса преобладает стремление обеспечить успешность будущей профессиональной деятельности, что составляет в среднем 7,5 баллов из 10 возможных. На втором по значимости месте располагается стремление овладеть профессиональными знаниями и сформировать профессиональные важные качества, суммарный бал по данной шкале составил по нашим подсчетам 6 баллов из 10 возможных. На последнем по значимости месте располагается стремление получить диплом суммарный бал составил 3,6 баллов из 12,6 возможных.

Известно, что учебная деятельность полимотивирована, так как процесс обучения совершается для учащихся не в личном вакууме, а в сложном взаимопереплетении социально-обусловленных процессов. Поэтому, основной проблемой любого профессионального образования является

переход от актуально осуществляющейся учебной деятельности студентов к усвояемой ими профессиональной деятельности; с позиции общей теории деятельности, такой переход идет прежде всего по линии трансформации познавательных мотивов студента в профессиональные мотивы специалиста. То есть, одним из ведущих в общем мотивационном синдроме учения являются познавательные и профессиональные мотивы, взаимообусловленное развитие которых составляет динамику взаимных трансформаций познавательных и профессиональных мотивов студента. Исходя из данного положения, можно сделать вывод о том, что мотивация у студентов на протяжении его обучения в ВУЗе претерпевает некоторые изменения, т.е. мотивация имеет свою динамику от курса к курсу.

### **Список литературы**

1. Асеев В.Г. Мотивация учебной деятельности и формирование личности. М. : Просвещение, 2006. 297 с.
2. Алексеева М.И. Мотивация учения студентов и удовлетворенность выбором вузом // Эмоциональная регуляция учебной и трудовой деятельности. М., 1986. С. 47.
3. Стоянова Е.И., Живаева Ю.В. Субъективное качество выбора у студентов разных специальностей (направлений подготовки) как показатель психологического здоровья // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы междунар. науч.-практ. конф. Красноярск, 2014. С. 74-78.
4. Логинова И.О., Чупина В.Б., Стоянова Е.И., Живаева Ю.В. Психолого-образовательное сопровождение как условие формирования ситуативной готовности студентов к осуществлению выбора // Вестник КГПУ им.В.П.Астафьева. 2015. № 1 (31). С. 162-166.

**УДК 159.9.07**

## **СООТНОШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК С УРОВНЕМ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СОТРУДНИКОВ ФСИН**

**О.О. Курганидзе, Ю.В. Живаева**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Стрессоустойчивость является одним из важных качеств профессий, связанных с необходимостью осуществления деятельности в ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение, в том числе экстремального характера. Ярким примером в этой связи является деятельность сотрудников системы исполнения наказаний. Существуют различные подходы к рассмотрению понятия и структуры стрессоустойчивости. В данном эмпирическом исследовании определялись такие показатели стрессоустойчивости, как уровень организационного стресса, в

сравнении с личностными особенностями. Известно, что стрессоустойчивость представляет собой динамическую структуру личности, определяющую совладание со стрессовыми воздействиями среды при сохранении результативности деятельности и ресурсности индивида, включает в себя физиологические, эмоциональные, мотивационные, ценностные, социальные, когнитивные компоненты и является фактором, ослабляющий воздействие стресса, способствующего формированию дезадаптивных, болезненных состояний. На основании корреляционного исследования были определены связи между показателями стрессоустойчивости сотрудников СИН и их личностными особенностями. На основании результатов исследования определены возможности их использования в процессе психологического сопровождения деятельности сотрудников.

**Ключевые слова:** стресс, стрессоустойчивость, личностные характеристики, пенитенциарная психология

**Актуальность.** В настоящее время проблема психологической устойчивости к стрессу является одной из наиболее активно изучаемых, что вызвано все более усложняющимися условиями существования человека в современном мире. В свою очередь, исследований посвященных изучению пенитенциарной психологии гораздо меньше, чем исследований посвященных проблемам заключенных. Важность изучения проблем здоровьесбережения для сотрудников системы исполнения наказаний обусловлена экстремальностью условий профессиональной деятельности и высокой степенью риска развития проблем в сфере психического здоровья и здоровья в целом (М.Г. Дебольский, А.Н. Баламут, Ю.А. Кренева). Это связано с работой с контингентом подозреваемых, обвиняемых, осужденных (многие из них страдают психическими расстройствами, тяжелыми хроническими и инфекционными заболеваниями, алкоголизмом и наркоманией), несущими угрозу жизни и здоровью, ограничениями в перемещении по территории учреждений, ограничениями в использовании личных вещей, изоляцией профессиональной деятельности, социальными предубеждениями и часто негативным отношением населения к профессии, напряженностью условий работы и высокими требованиями, предъявляемыми к профессиональной деятельности.

Особо актуальным является решение проблем, связанных с профилактикой профессионально-нравственной деформации сотрудника. Часто это понятие связывают со снижением эффективности профессиональной деятельности, изменениями человеческих качеств, и прежде всего нравственных, когда сотрудник теряет верное представление о смысле службы, не уважает себя за то, что работает в правоохранительных органах, воспринимает службу как средство достижения узкоэгоистических целей. Иногда в это понятие включают утерю способности самостоятельно мыслить, принимать решения, нешаблонно действовать. Пропадает инициатива, возникает мелочная регламентация своих действий. Одной из

главных сторон деформации является утеря способности к самооценке. Происходит огрубление чувств, развивается черствость, конфликтность, раздражительность, нарастает неуравновешенность. Кроме того, явно снижается ориентировочная активность познавательных функций.

**Постановка проблемы.** Деятельность каждого сотрудника ГУФСИН проходит в условиях истощающего психоэмоционального стресса, последствиями которого часто являются нарушения, которые проявляются в виде различного девиантного поведения, связанного с алкоголизацией, проявлением вербальной и физической агрессии или наличием скрытой аутоагрессии, склонностью к саморазрушающему, суицидальному поведению.

Произошедшие с начала XXI в. изменения в социально-политической и экономической сферах в Российской Федерации в меньшей мере отразились на всей уголовно-исполнительной системе Российской Федерации (УИС РФ), которая во многом сохранила традиции пенитенциарной системы прошлого. Впервые ввел понятие «пенитенциарий» и разработал теорию «раскаяния» преступника, со временем ставшую наиболее популярной во многих западных странах, английский юрист Джон Говард. Заключенных приучали к праведному образу мыслей, раздумье о боге, пониманию различий между добром и злом.

С определенной долей условности можно выделить три основные группы субъектов пенитенциарных отношений: осужденные, сотрудники и государство, представленное судебными и правоохранительными органами, в том или ином качестве вовлеченными в механизм назначения и исполнения уголовного наказания.

Говоря о психологии восприятия названными субъектами друг друга, следует прежде всего отметить наличие между ними взаимного недоверия и культурно-нравственного неприятия. Объективно в абсолютном большинстве все они являются гражданами одной страны и носителями одной национальной культуры. Вместе с тем на психологическом уровне имеет место взаимное отторжение. Основным отличительным фактором, отграничивающим одних от других, выступает способ попадания в пенитенциарную среду. Сотрудники сделали свой выбор добровольно и сознательно, осужденные приобрели специфический социально-правовой статус по решению суда.

Служба в системе исполнения наказаний относится к экстремальным видам профессиональной деятельности, поэтому для описания психологического портрета пенитенциарной среды следует обратиться к характеристикам экстремальных профессий (М.Г. Дебольский, А.Н. Баламут, Ю.А. Кренева).

Стрессоры профессиональной сферы деятельности человека предъявляют высокие требования к его адаптационным ресурсам. Нехватка этих ресурсов ведет к ухудшению результатов деятельности, нарушениям социальной адаптации, развитию стресс-зависимых заболеваний.

В.Л. Зубарев и А.М. Чирков выделяют факторы экстремальной деятельности, обуславливающие стресс: экстремальные профессионально-психологические факторы (опасность, риск, внезапность, дефицит времени, неопределенность, новизна, высокие нагрузки, чрезмерная ответственность) и экстремальные морально-психологические факторы (агрессивность, наличие криминального элемента и т.д.).

**Материалы и методы.** Целью исследования является изучение показателей личностных характеристик с уровнем стрессоустойчивости.

Задачи:

1. Провести обобщение современных представлений о стрессоустойчивости
2. Выявить личностные особенности сотрудников пенитенциарной сферы с высокой и низкой стрессоустойчивостью
3. Экспериментально изучить взаимодействие личностных характеристик с уровнем стрессоустойчивости
  - а) обосновать замысел эксперимента;
  - б) определить и описать выборку испытуемых (не менее 10 человек);
  - в) реализовать процедуру эксперимента;
  - г) представить экспериментальные данные в табличном виде;
  - д) проинтерпретировать результаты эксперимента в контексте выдвинутой гипотезы и теоретических выводов;
4. Содержательно обобщить теоретические выводы и результаты эксперимента, сформулировать выводы о справедливости выдвинутой гипотезы.

Гипотезой исследования являются существующие отличия между показателями личностных особенностей сотрудников пенитенциарной сферы и уровнем стрессоустойчивости.

Экспериментальная база: ФКУ Исправительная колония №16 ГУФСИН России по Красноярскому краю.

Для реализации поставленных задач был использован комплекс методов:

- теоретические методы (анализ теоретических источников, методы абстрагирования и конкретизации, обобщение и интерпретация научных данных);
- эмпирические методы (наблюдение, беседа, методы количественного и качественного анализов).
- психодиагностические методы: Шкала организационного стресса Мак-Лина (1954); Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Мини-мульти) (адаптация В.П. Зайцева, 2004).

### **Результаты исследования:**

По результатам проведения методики Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Мини-мульти) (адаптация В.П. Зайцева, 2004), были получены следующие результаты базисных шкал:

Анализ данных показывал, что у 10% сотрудников преобладает шкала депрессии. Такие люди старательны в делах, добросовестны, высоко моральны и обязательны, но не способны принимать решения самостоятельно, у них нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние. Также у 23% сотрудников преобладают показатели по шкале истерии. Такие лица используют симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы решаются «уходом» в болезнь. Главной особенностью таких людей является стремление казаться больше, значительнее, чем на самом деле. У 25% испытуемых доминирует шкала паранойальности, основная черта людей с высокими показателями по этой шкале – склонность к формированию «сверхценных» идей. Это лица односторонние, агрессивные и злопамятные. Малейшие собственные удачи они всегда переоценивают. По шкале гипомании преобладание у 30%, для лиц с высокими оценками по этой шкале характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. Любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости. 11% шкала шизоидный тип поведения. Лицам с высокими показателями по этой шкале свойственен шизоидный тип поведения. Они способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика. Общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях. По шкале психопатии преобладание у 4%, что свидетельствует о социальной дезадаптации этих сотрудников. Такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями. Возможен временный погдем по этой шкале, вызванный какой-нибудь причиной. Преобладание базисных шкал ипохондрии и психастении не выявлено.

При анализе результатов методики Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Мини-мульти) (адаптация В.П. Зайцева, 2004) и методики Шкала организационного стресса Мак-Лина (1954) было выявлено, что высокие показатели организационного стресса наблюдаются у сотрудников с преобладанием таких базисных шкал особенностей личности как паранойальность, истерия и гипомания. Остальные исследуемые имеют средний уровень организационного стресса. Анализ полученных результатов подтверждает гипотезу о существующих отличиях между показателями личностных особенностей сотрудников пенитенциарной сферы и уровнем стрессоустойчивости.

## Список литературы

1. Антипов А.Н. О некоторых угрозах пенитенциарной безопасности // Уголовно-исполнительная система на современном этапе: взаимодействие науки и практики: материалы Междунар. науч.-практ. межведомств. конф. / под общ. ред. А.А. Вогинова. Самара : Самарский юридический институт Федеральной службы исполнения наказаний, 2016. С. 23-26.
2. Федоров А.Ф. История развития прикладной пенитенциарной психологии в отечественной и зарубежной науке [Электронный ресурс] // SuperInf.ru [сайт]. URL: [http://www.superinf.ru/view\\_helpstud.php?id=2349](http://www.superinf.ru/view_helpstud.php?id=2349) (дата обращения 30.06.2013 г.).
3. Ашанина Е.Н. Структурно-функциональная модель копинг-поведения сотрудников МЧС России как субъекта экстремальной профессиональной деятельности: автор. дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2011. 38 с.
4. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М. : ПЕР СЭ, 2006. 528 с.
5. Гриднева А.А. Психологическая безопасность сотрудников УИС в условиях истощающего организационного стресса // Уголовно-исполнительная система: педагогика, психология и право : материалы Всерос. научн.-практ. конф. (Томск, 15-16 апр. 2015 г.). Томск, 2015. С.163-165.
6. Куртанидзе О.О., Живаева Ю.В. Особенности совладающего поведения в экстремальных ситуациях у студентов психологов и клинических психологов // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы IV-й Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 23-24 нояб. 2017 г.). Красноярск : КрасГМУ, 2017. С.292-298.
7. Куртанидзе О.О., Живаева Ю.В. Особенности проявления тревожности у студентов в предсессионный период // Тенденции развития науки и образования. 2016. № 15-1. С. 33-36.
8. Панченко Л.Л. Диагностика стресса : учеб. пособие. Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2005. 35 с.

УДК 159.9.07

## АУТОАГРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.Л. Мартышко, Н.В. Попенко

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматриваются актуальные психологические проблемы пациентов с параноидной шизофренией, в условиях психоневрологического диспансера. Необходимость проведения комплексного психологического обследования состоит в изучении аутоагрессивного поведения данной категории пациентов, а так же дальнейшего медико-психологического сопровождения.

**Ключевые слова:** психические расстройства, параноидная шизофрения, аутоагрессия.

**Актуальность.** Шизофрения характеризуется полиморфизмом клинических проявлений и продолжает оставаться одной из наиболее изучаемых нозологических форм. (Коцюбинский А.П., 2000). Больные данной нозологической группы относятся к группе риска осуществления аутоагрессивных действий. В рамках шизофренического процесса встречается большое разнообразие аутоагрессивных проявлений: от истинных суицидальных попыток до демонстративно-шантажных проявлений несуйцидального характера (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980; Ефремов В.С., 2004).

Параноидная шизофрения — тип шизофрении, характеризующийся доминированием галлюцинаций и (или) бреда, при этом разорванность речи, аффективное уплощение и кататонические симптомы могут присутствовать в лёгкой форме, но не являются основными в клинической картине.

**Постановка проблемы.** В литературе феномены аутоагрессии описаны преимущественно у пациентов с расстройствами личности, органическими психическими нарушениями, а также у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами. (Личко А.Е., 1991) При этом больные шизофренией (F20. по МКБ-10) имеют большой удельный вес среди лиц, совершающих аутоагрессивные действия, особенно среди психически больных, находящихся на длительном стационарном лечении. Кроме того, длительная социальная изоляция является фактором риска осуществления несуйцидальных аутоагрессивных действий.

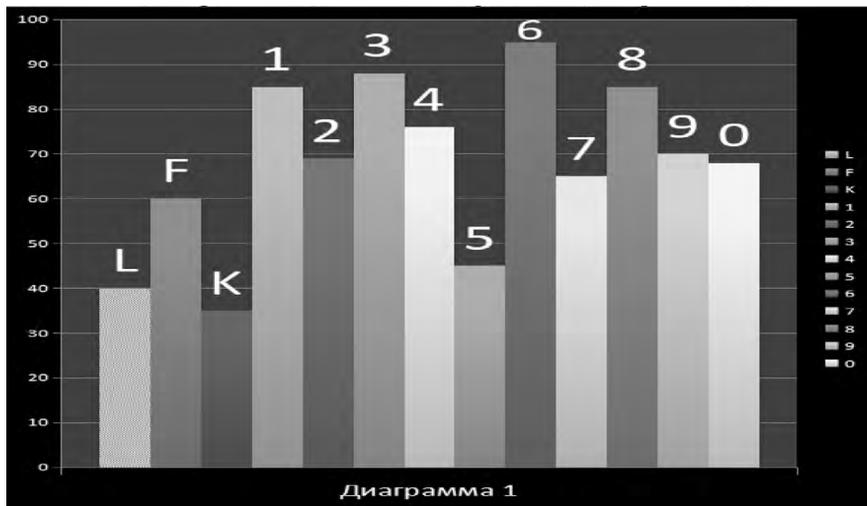
Целью настоящего исследования явилось изучение и сравнения феномена аутоагрессивного поведения у больных параноидной шизофренией находящихся в остром состоянии и в состоянии ремиссии.

**Материалы и методы.** Было обследовано 2 больных шизофренией. Возраст больных 41 и 52.

Критериями включения: диагноз «Шизофрения параноидная» (F20.0 по МКБ-10). Критериями исключения: наличие признаков острого психотического состояния, органических стигм, наркологических или серьезных соматических заболеваний, беременности.

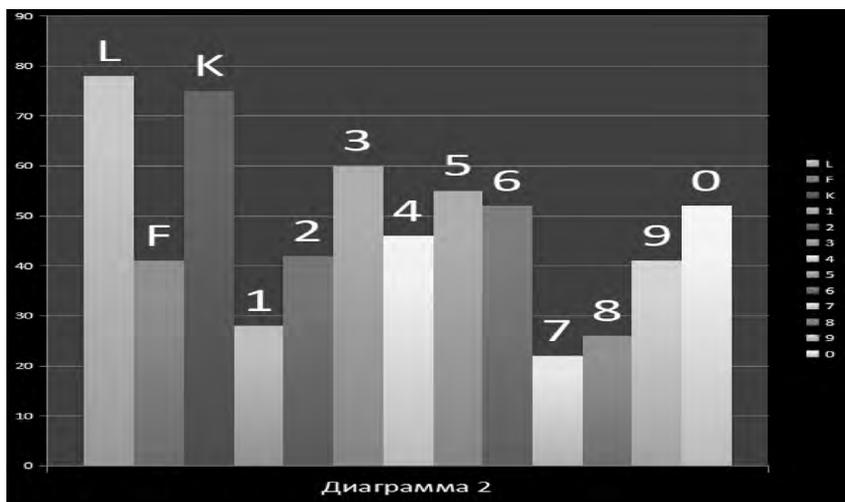
В ходе эмпирического исследования были использованы следующие методы: Для исследования индивидуальных особенностей и психических состояний личности была использована методика многостороннего исследования личности (ММИЛ), для самооценки методика «Дембо-Рубинштейн» (мод. Прихожан.).

В результате исследования заметна огромная разница по результатам у пациентки в остром состоянии ( Диаграмма 1, 3 ) и пациентки в ремиссии ( Диаграмма 2, 4).



**Рис.1.** Результаты исследования у пациентки в остром состоянии

Высокие пики по шкалам F, 1,3,6,8 отражают высокий уровень эмоциональной напряженности или являются признаком личностной дезинтеграции, что может быть связано как с выраженным стрессом, так и с нервно-психическими нарушениями не психогенного характера. Ипохондричность в виде сенестопатий, тревожное и депрессивное состояние. Враждебность, склонность к паранойальным реакциям.



**Рис.2.** Результаты исследования у пациентки в ремиссии

Высокие пики по шкалам L,К,З указывают на умышленное стремление украсить себя, показать себя «в лучшем свете», формирование своего поведения в зависимости от социального одобрения и озабоченность своим социальным статусом. Высокая чувствительность к средовым воздействиям и неустойчивость эмоционального состояния.

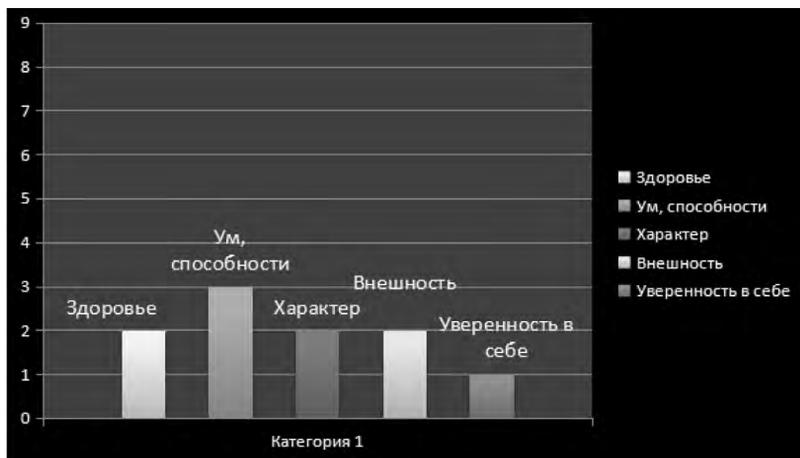


Рис. 3. Результаты исследования показателей критики

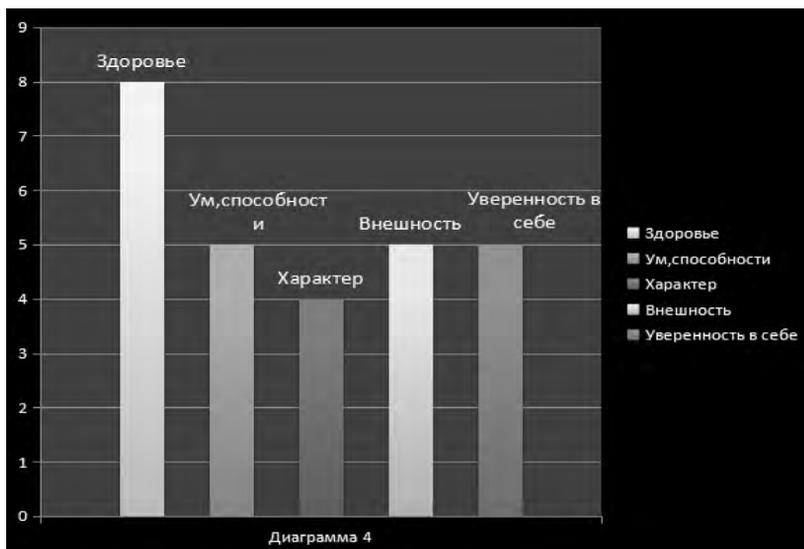


Рис. 4. Результаты исследования показателей здоровья, способностей, характера, внешности, уверенности в себе

Высокие показатели по шкале «Здоровье», остальные шкалы в пределах середины.

Проявление аутоагрессии у больных параноидной шизофренией сопряжены с выраженной враждебностью по отношению к другим людям и социальной ангедонией, а так же низкой самооценкой.

Аутоагрессия отсутствует на протяжении ремиссии заболевания.

### Список литературы

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Анализ предсмертных записок суицидентов // Научные и организационные проблемы суицидологи : сб. науч. тр. Московск. НИИ психиатрии. М., 1983. С. 53-74.
2. Ефремов В.С. Основы суицидологии. СПб.: Диалект, 2004. 480 с.
3. Левина С.Д. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 26 с.
4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л. : Медицина, 1983. 255 с.
5. Магзумова Ш.Ш. Клинико-социальная характеристика больных шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ташкент, 1995. 20 с.
6. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. СПб. : Воен.-мед. акад., 2007. 528 с.
7. Тихоненко В.А., Цупрун В.Е. Факторы суицидального риска в популяции больных психоневрологического диспансера // Научные и организационные проблемы суицидологии : сб. науч. тр. Московск. НИИ психиатрии. М., 1983. С. 133-141.

УДК 159.9.07

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**К.В. Лангинова, Н.В. Попенко**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье рассматриваются актуальные психологические проблемы пациентов, перенесших ишемический инсульт, в условиях реабилитационного отделения. Необходимость проведения комплексного психологического обследования состоит в определении наиболее проблемных эмоциональных состояний данной категории пациентов, а также дальнейшего сопровождения больных в ранний реабилитационный период в условиях стационара.

**Ключевые слова:** инсульт, ранний реабилитационный период, субъективное благополучие, тревога, депрессия, внутренний конфликт, внутренний вакуум.

**Актуальность.** Острые нарушения мозгового кровообращения во всем мире является актуальной медико-социальной проблемой. В России, как и в большинстве развитых стран мира, инсульт занимает одно из лидирующих мест в структуре причин общей смертности (Информационный бюллетень, 2015).

Инсульт – основная причина стойкой инвалидизации. Более 10 % больных, перенесших ОНМК, имеют статус «инвалида» и нуждаются в посторонней помощи и уходе (Гусев, 2007). Качество жизни у таких больных во многом снижается: затрудняется физическое функционирование; проблемы со здоровьем ограничивают больного в повседневной деятельности; снижается жизненная активность. Важным этапом в восстановительном периоде играет реабилитация (медицинская, социальная и психологическая).

### **Постановка проблемы**

Процесс реабилитации зачастую затрудняется и тормозится негативными психоэмоциональными состояниями больного такими как: страхи, фобии, постинсультная депрессия, нарушение межличностного взаимодействия, повышенная тревожность и др. (Петрова, 2015). В связи с этим востребованным остается вопрос о качественном, междисциплинарном подходе к реабилитации пациентов. Для эффективной реабилитации больных после инсульта необходимо не только соматическое, но и психологическое воздействие (Шкловский, 2014). Важность данной работы заключается в том, что для качественной психологической реабилитации необходимым этапом является диагностика и анализ психологических особенностей пациентов.

Целью эмпирического исследования было изучение уровня тревоги и депрессии, субъективного благополучия, а также выявление внутренних конфликтов и вакуумов в раннем реабилитационном периоде у пациентов, перенесших инсульт, в раннем реабилитационном периоде.

**Материалы и методы.** Всего было исследовано 25 пациентов мужского пола, перенесших ишемический инсульт, от 38 до 64 лет. Средний возраст исследуемых составил 54 года.

Критерии включения: пациенты с ишемическим инсультом, ранний период реабилитации, мотивация пациента к исследованию.

Критерии исключения: геморрагический инсульт, нарушения речи (афазии, дизартрии), выраженные когнитивные нарушения.

В ходе эмпирического исследования были использованы следующие методы: 1) госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); 2) шкала

субъективного благополучия А. Перуэ-Баду (русскоязычная адаптация М.В. Соколовой); 3) методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» Е.Б. Фанталовой; 4) клиническое интервью; 5) статистический анализ.

**Результаты исследования.** Показатель субъективного благополучия в исследуемой группе распределился следующим образом (Рис.1):

У 4% пациентов наблюдаются оценки, отклоняющиеся в сторону субъективного благополучия. Это говорит об умеренном эмоциональном комфорте исследуемых: они не испытывают серьезных эмоциональных проблем, достаточно уверены в себе, активны, успешно взаимодействуют с окружающими, адекватно управляют своим поведением.

76% пациентов субъективно оценивают свое благополучие как умеренное. Пациенты с такими оценками серьезные проблемы не ощущают, но и об их полном эмоциональном комфорте говорить нельзя.

У 20% исследуемых пациентов оценки отклоняются в сторону субъективного неблагополучия. Такие оценки могут говорить о склонности к депрессии и тревоге исследуемых, о их замкнутости, зависимости. Также эти пациенты могут плохо переносить стрессовые ситуации.

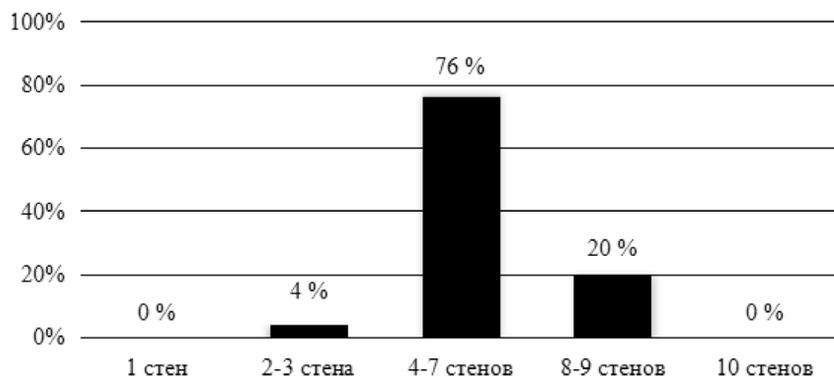
Крайне низких и крайне высоких оценок не отмечалось.

Средний показатель по шкале субъективного благополучия у исследуемых пациентов составил 69,6 «сырых баллов» или 6 стенов, что относится к умеренным оценкам. Можно сделать вывод о том, что серьезные проблемы пациенты не ощущают, но и о полном эмоциональном комфорте в данном случае говорить нельзя.

Данная методика также позволила выявить оценку субъективного благополучия пациентов, связанную с их эмоциональным состоянием, социальным положением и некоторыми физическими симптомами (Рис.2):

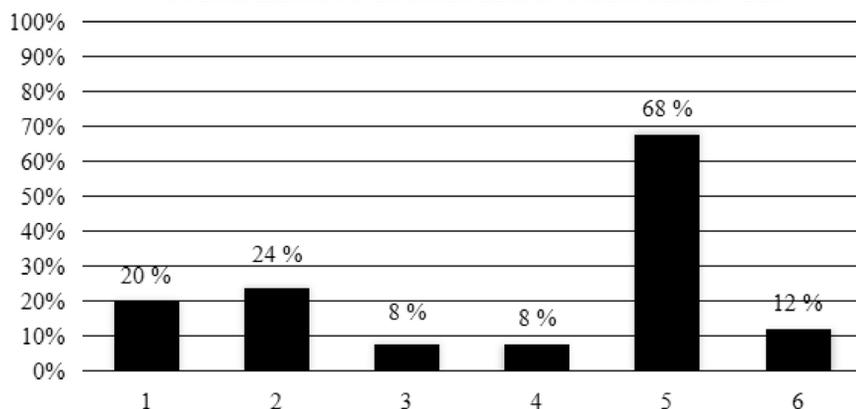
- повышенную напряженность и чувствительность испытывают 20% пациентов;
- признаки, сопровождающие основную психоэмоциональную симптоматику, отмечаются у 24% пациентов;
- изменения настроения отмечается у 8% пациентов;
- крайняя значимость социального окружения отмечается у 8% пациентов;
- низкая самооценка здоровья встречается у 68% пациентов;
- низкая степень удовлетворенности повседневной деятельностью наблюдается у 12% пациентов.

### ПОКАЗАТЕЛИ СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ



**Рис. 1.** Процентное соотношение показателей по шкале субъективного благополучия у пациентов, перенесших ишемический инсульт, в раннем реабилитационном периоде

### СФЕРЫ НИЗКОГО СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ



**Рис. 2.** Процентное соотношение показателей по шкале субъективного благополучия в разных сферах у пациентов, перенесших ишемический инсульт, в раннем реабилитационном периоде

**Условные обозначения:**

1 - повышенная напряженность и чувствительность; 2 - признаки, сопровождающие основную психоэмоциональную симптоматику; 3 - изменения настроения; 4 - крайняя значимость социального окружения; 5 - низкая самооценка здоровья; 6 - низкая степень удовлетворенности повседневной деятельностью.

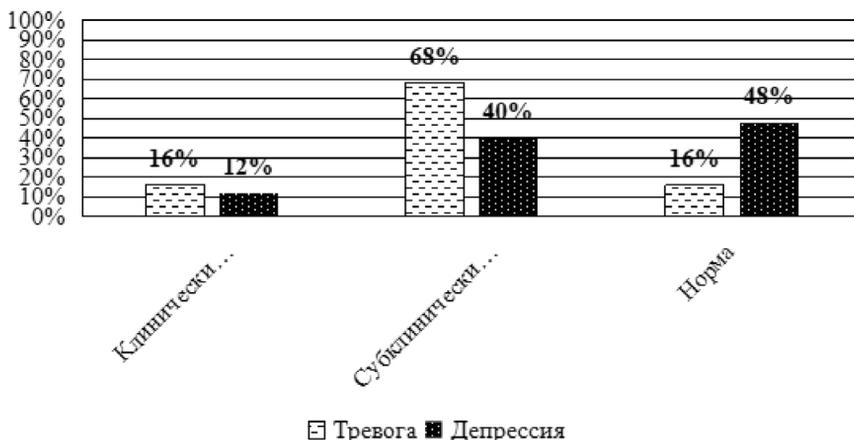
В исследуемой группе показатель уровня тревоги/депрессии распределен следующим образом:

**Тревога.** У 16% выявлены клинические признаки тревоги, им свойственна эмоциональная лабильность, раздражительность. 68% больных с субклиническими признаками тревоги, это указывает на симптомы раздражительности, плохое настроение.

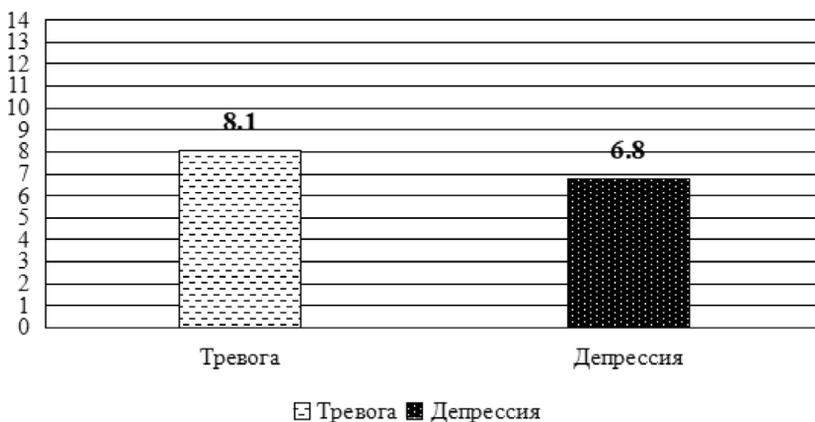
У 16% пациентов уровень тревоги соответствует нормативному показателю (Рис.3).

**Депрессия.** У 12% больных обнаружена клинически выраженная депрессия, о чем свидетельствует непроходящее чувство печали или полная безрадостность, плаксивость, пациентам не доставляют удовольствия даже самые любимые занятия. Так же отмечаются другие нарушения: бессонница, неспособность сосредоточиться, забывчивость, снижение аппетита. 40% пациентов имеют субклиническую симптоматику, которая существенно не нарушает жизнедеятельность и социальное функционирование данной категории больных. У 48% пациентов не выявлено наличие признаков, указывающее на депрессивное состояние (Рис.3).

В исследуемой группе общий показатель составил: тревога (8,1), депрессия (6,8). Данные показатели выражаются субклиническими признаками тревоги и нормативными показателями депрессии соответственно. Таким образом, у пациентов данной группы проявляются симптомы раздражительности, плохое настроение, эмоциональное напряжение наряду с отсутствием депрессивных клинических признаков (Рис.4).



**Рис. 3.** Процентное соотношение показателей по шкале тревоги/депрессии у исследуемой группы пациентов



**Рис. 4.** Общий показатель тревоги/депрессии в исследуемой группе

*Таблица 1*

**Сравнительная характеристика средних показателей «Ценности» и «Доступности» в исследуемой группе пациентов**

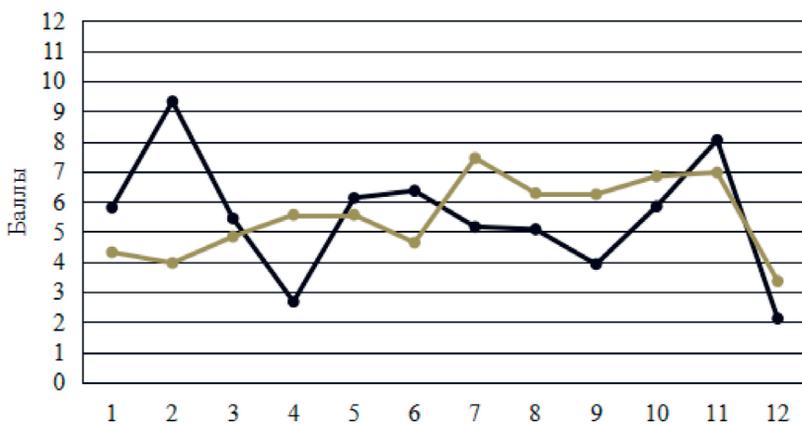
№	Сфера жизни	Ценность, баллы	Доступность, баллы	Ц-Д, баллы
1	Активная, деятельная жизнь	5,8	4,32	1,48
2	Здоровье	9,32	3,96	5,36
3	Интересная работа	5,44	4,84	0,6
4	Красота природы и искусства	2,68	5,56	-2,88
5	Любовь	6,12	5,56	0,56
6	Материально-обеспеченная жизнь	6,36	4,64	1,72
7	Наличие хороших и верных друзей	5,16	7,44	-2,28
8	Уверенность в себе	5,08	6,28	-1,2
9	Познание	3,92	6,24	-2,32
10	Свобода	5,84	6,84	-1
11	Счастливая семейная жизнь	8,04	6,96	1,08
12	Творчество	2,12	3,36	-1,24

Анализируя представленные показатели, можно констатировать, что наиболее ценными для пациентов исследуемой группы являлись такие ценностные предпочтения как «Здоровье (физическое и психическое)», «Счастливая семейная жизнь»; менее ценными - «Материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)», «Любовь

(духовная и физическая близость с человеком)», «Свобода как независимость в поступках и действиях», «Активная, деятельная жизнь»; и не представляющими ценности для пациентов данной группы – «Интересная работа», «Наличие хороших и верных друзей», «Уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений)», «Красота природы и искусства», «Познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, а также интеллектуальное развитие)».

Анализируя показатели ценностных предпочтений по «доступности», можно отметить тот факт, что в рейтинге наиболее доступных выступают такие сферы как: «Наличие хороших и верных друзей», «Счастливая семейная жизнь», «Свобода как независимость в поступках и действиях», «Уверенность в себе (свобода от внутренних противоречий, сомнений)», «Познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, а также интеллектуальное развитие)»; наименее - «Красота природы и искусства», «Любовь (духовная и физическая близость с человеком)», «Интересная работа», «Материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)». И практически не доступна такие сферы как «Творчество» и «Здоровье».

Ниже отражены данные по соотношению состояний внутреннего конфликта (ВК), внутреннего вакуума (ВВ), нейтральной зоны (НЗ) у пациентов исследуемой группы (Рис.5).



**Рис. 5.** Соотношение средних показателей «ценности» и «доступности» в исследуемой группе (на рисунке: черным цветом – «Ценность», серым цветом - «Доступность»); 1- активная, деятельная жизнь; 2 – здоровье; 3 – интересная работа; 4 – красота природы и искусства; 5 – любовь; 6 – материально-обеспеченная жизнь; 7 – наличие хороших и верных друзей; 8 – уверенность в себе; 9 - познание; 10 – свобода; 11 – счастливая семейная жизнь; 12 – творчество)

Результаты свидетельствуют о том, что ВК у больных наблюдается в такой ценности, как «Здоровье». Учитывая степень тяжести заболевания, ограничения физической активности у пациентов, мы можем говорить о блокаде одной из жизненно важных потребностей, «желаемое» пациентов не совпадает с «действительным». Как следствие, это приводит к негативным эмоциональным переживаниям, скрытой тревоге и психологическому напряжению.

**Выводы.** На основе полученных результатов данной работы, можно сделать вывод о том, что большинство исследуемых испытывает субклинически выраженные признаки тревоги, дает низкую самооценку здоровью. Средние показатели в группе исследуемых по ценности и доступности такой сферы жизни как «Здоровье» имеют большой разрыв. Это говорит о наличии внутреннего конфликта в данной сфере. Также большинство исследуемых не испытывает субъективного благополучия: они либо оценивают свое благополучие как умеренное, либо их оценки отклоняются в сторону субъективного неблагополучия.

Таким образом, диагностика особенностей эмоционально-волевой сферы (уровня тревоги, депрессии, субъективного благополучия, внутренних конфликтов) позволяет выявить необходимость психологического воздействия на инсультных больных уже в раннем реабилитационном периоде и оказать своевременное психологическое сопровождение в условиях стационара.

### Список литературы

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных действий // Журнал неврологии и психиатрии. 2007. № 6. С. 4–10.
2. Петрова Е.А., Кольцова Е.А., Савина М.А. Клиническая картина тревожных расстройств у больных с инсультом // Consilium Medicum. 2015. № 9. С. 37–41.
3. Шкловский В.М., Лукашевич И.П., Орлов И.Ю., Малин Д.И. Роль структурно-функциональных изменений головного мозга в формировании психопатологических расстройств у больных инсультом // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 34–39.
4. Сердечно-сосудистые заболевания [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения // Информационный бюллетень. URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/> (дата обращения : 10.03.2018.).
5. McIntosh C.J., James A.I.W. The jungle book of neuropsychology: Disentangling the influence of feral childhood from adult brain injury in order to provide effective rehabilitation // Neuropsychol Rehabil. 2018. Vol. 8, № 2. P. 293–308.
6. VanGilder J.L., Hengge C.R., Duff K. [et al.] Visuospatial function predicts one-week motor skill retention in cognitively intact older adults // Neurosci Lett. 2018. Vol. 664. P. 139–143.

## ОСОБЕННОСТИ И КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

А.В. Леничева, В.Б. Чупина

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Статья посвящена изучению особенностей агрессивного поведения младших школьников в теоретическом аспекте. В работе изучается выраженность проявления агрессии у младших школьников. Предлагаются методы и основы коррекционной программы на снижение агрессивности у младших школьников.

**Ключевые слова:** поведение, младшие школьники, агрессия, коррекция.

**Актуальность.** Агрессия - одно из наиболее ярких проявлений эмоции, характерных для всех возрастных групп, включая детей. Издавна проблема агрессивного поведения людей была одной из самых сложных и интересных проблем психологии и педагогики.

К тому же причины и проявления детская агрессия имеет свои особенности, и требуют особого психолого-педагогического подхода.

Постановка проблемы. Проблема агрессивности младших школьников на данный момент является крайне актуальной для современного общества. С данной проблемой особенно тесно сталкивается младшая и средняя школа. Так как именно в этот период проходят значимые социальные и психофизиологические процессы такие как: кризис 7 лет и переход в подростковый возраст 10-11 лет. Данные процессы ведут за собой повышение уровня агрессивности. Одной из самых распространенных ошибок со стороны родителей и учителей является стремление подавлять всяческие проявления детской агрессивности, что может привести к обратному эффекту.

Актуальность данной работы обусловлена, в первую очередь, последствиями агрессивности растущего поколения. Наблюдается рост различных отклонений в личностном развитии и поведении детей, что приводит к проблемам общества в целом.

Цель исследования: изучение возможности коррекции агрессивного поведения детей младшего школьного возраста.

Объект исследования: агрессивное поведение детей младшего школьного возраста.

Предмет исследования: возможности коррекции агрессивного поведения детей младшего школьного возраста.

Гипотеза исследования: проведение коррекционной работы позволит снизить агрессивное поведение детей младшего школьного возраста.

Задачи исследования:

- проанализировать психологическую и педагогическую литературу по данной проблеме;
- определить особенности агрессивности в младшем школьном возрасте;
- сформулировать выводы по данной проблеме;
- дать характеристику способов и методов коррекции агрессивного поведения младших школьников;
- сформулировать выводы на основании результатов теоретического исследования.

Детская агрессия является наиболее частой причиной беспокойства родителей за поведение своих чад и поводом обращения к специалистам. В большинстве случаев причиной агрессии маленьких детей является недостаток внимания и понимания со стороны взрослых. Но своим поведением маленькие агрессоры только еще больше отталкивают от себя окружающих, а их неприязнь лишь усиливает протестное поведение ребенка. Ведь именно враждебное неодобрение окружающих, а вовсе не внутренние трудности в большинстве случаев провоцирует ребенка, возбуждая в нем чувство гнева и страха.

Наиболее сильные проявления агрессии свойственны именно детям, причем младшего возраста. Малышу в чем-то отказали и это его сильно раздражает. Дети ранимы и беззащитны, их легко обидеть или обмануть и в большинстве случаев детская агрессия — всего лишь протест против поведения взрослых, отстаивание своих границ и прав. Детская агрессивность обычно нарастает на протяжении всего дошкольного возраста и только к семи годам идет на спад. Психологи связывают это с тем, что к этому возрасту, ребенок уже научается разрешать конфликты другими способами (Чижова, 2003).

Если агрессивность ребенка, как привычная реакция на препятствия и запреты не уменьшается, а только набирает силу, то есть повод для беспокойства. Очень многое в период детской агрессии зависит от реакции на нее родителей. И тут нашим малышам нужна скорее помощь и понимание, чем строгость и наказания за неприемлемое с точки зрения морали поведение.

Исследования показывают, что дети, становящиеся хронической жертвой агрессии, часто уединяются и впадают в депрессию; они не любят ходить в школу; у них низкая самооценка.

В автореферате «Медико-педагогическое исследование формирования характера девиантного ребенка» Е.Е. Першина, выделяет несколько основных вида агрессии:

1. Физическая агрессия - использование физической силы против другого лица. Данный тип агрессивности проявляется у детей достаточ-

но часто. Ребенок разъяряется, осыпает ударами тех, кто находится рядом с ним, нападает на детей младше себя или даже взрослых.

2. Вербальная агрессия - выражение негативных чувств как через форму, так и через содержание вербальных реакций;

3. Прямая агрессия - непосредственно направленная на кого-либо;

4. Косвенная агрессия - действия, которые окольным путем направлены на другое лицо. Действия, которые характеризуются ненаправленностью и неупорядоченностью (взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топании ногами);

5. Инструментальная агрессия - использование агрессивных реакций, как средство достижения какой-либо цели; в свою очередь данный тип агрессии автор предлагает разделить на: аффективную, импульсивную, экспрессивную.

6. Враждебная агрессия - выражается в действиях, целью которых является причинение вреда объекту агрессии;

7. Аутоагрессия - проявляется в самообвинении, самоуничижении, нанесении себе телесных повреждений вплоть до самоубийства (Бэрн, Ричардсон, 2011).

Е.Е. Першина, отечественный исследователь, работающий в данной сфере, отмечает, что ребенок не становится агрессивным неожиданным. Он может быть мягким и воспитанным, а спустя минуту начать кричать. Процесс изменения мировоззрения ребенка происходит постепенно. Так же автор говорит о том, что причиной такого изменения может быть лишение или ограничения свободы деятельности ребенка младшего школьного возраста.

Причин агрессивного поведения несколько:

- это выраженные эмоциональные нарушения;
- это семейное неблагополучие;
- это стрессы, перемены или любые изменения;
- это излишне строгое воспитание, постоянные запреты и отказы или наоборот, это излишняя опека, потакание любым прихотям;
- это повторение стиля поведения родителей.

Предлагается коррекционная программа направленная на снижение агрессивных тенденций у детей младшего школьного возраста:

Развитие культуры общения, обучение приемлемым, конструктивным формам поведения в различных ситуациях, особенно в конфликтных;

Работа с эмоциональной сферой – развитие эмпатии, умения понимать свои чувства и чувства других людей;

Формирование самоконтроля, способности владеть собой в сложных ситуациях;

Обучение безопасным способам выражения агрессии.

Для достижения поставленной цели предлагается решить ряд задач.

1. Создать положительное эмоциональное настроение в группе.
2. Способствовать развитию навыков снятия напряжения, саморегуляции.
3. Обучить приемлемым способам выражения гнева.
4. Сформировать навыки общения в конфликтных ситуациях.
5. Повысить уровень эмпатийных способностей.

**Методы проведения:** беседа, коррекционные упражнения, арттерапевтические техники, ролевые игры, психогимнастические упражнения.

Коррекционная программа состоит из 10 занятий. Продолжительность одного занятия составляет 40 минут. Занятия проводятся 2 раза в неделю с группой детей младшего школьного возраста.

Критерии включения в программу коррекции:

- возраст 10-11 лет;
- учащиеся с высоким и средним показателем агрессии;
- учащиеся, имеющие согласие родителей на прохождение психокоррекционных занятий.

Критерии исключения из программы коррекции:

- возраст 8,9,12,13 лет;
- учащиеся с низким показателем агрессии;
- учащиеся, не имеющие согласия родителей на прохождение психокоррекционных занятий.

Таким образом, становление агрессивного поведения - это сложный и многогранный процесс, в котором действуют множество факторов. На становление агрессивного поведения влияют степень сплоченности семьи, близости между родителем и ребенком, характер взаимоотношений между членами семьи, так же стиль семейного руководства.

В ходе исследования была проанализирована психологическая и педагогическая литература по данной проблеме, что позволило разработать психокоррекционную программу для снижения агрессивного поведения детей младшего школьного возраста.

### **Список литературы**

1. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 2011. 352 с.
2. Кумарина Г.Ф., Вайнер М.Э., Вьюнкова Ю.Н., Дементьева И.Ф. [и др.] Коррекционная педагогика в начальном образовании. М. : Академия, 2003. 320 с.
3. Фурманов И.А. Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. Минск: Ильин В.П., 1996. 192 с.
4. Чижова С.Ю., Калинина О.В. Детская агрессивность. М. : Академия развития, 2003. 160 с.
5. Янаев С.И. Краткий словарь терминов по психологии и педагогике. М. : Образование, 2006. 545 с.

## ОСОБЕННОСТИ И КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ИЗ ПОЛНЫХ И НЕ ПОЛНЫХ СЕМЕЙ

А.В. Леничева, В.Б. Чупина

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Статья посвящена изучению особенностей агрессивного поведения младших школьников из полных и не полных семей в теоретическом аспекте. Изучение особенностей агрессивного поведения у младших школьников из полных и не полных семей позволяет определить в каких семьях уровень агрессивности школьников выше, а так же присутствует ли, и так же влияет ли наличие, либо отсутствие воспитания двух родителей на возникновение агрессивности у младших школьников. Предлагаются методы и основы коррекционной программы на снижение агрессивности у младших школьников из полных и не полных семей.

**Ключевые слова:** поведение, младшие школьники, полная семья, неполная семья, агрессия, коррекция.

**Актуальность.** Проявления агрессивности, вспышки гнева, причинение боли, часто затеваемые драки – эти симптомы напрямую связаны с одной из актуальных проблем психологии – феноменом агрессивности личности. Проявление агрессии в детских и учебных заведениях является проблемой, которая все больше волнует педагогов и родителей.

Важность семьи как института воспитания обусловлена тем, что в ней ребенок находится в течении значительной части своей жизни, а самое главное в момент становления ребенка как личности и по длительности своего воздействия на личность ни один из институтов воспитания не может сравниться с семьей. Именно в ней закладываются основы личности ребенка. Количество неполных семей, в которых присутствует дефицит воспитательных и иных социально ориентированных возможностей, растет на современном этапе. Нередко развитие личности ребенка в неполной семье осуществляется под воздействием разных состояний, в частности, обида, неуверенность, а так же переживания развода родителей. Интерес к заявленной теме определяется нарастающим вниманием к ней со стороны исследователей самых разных специальностей – психологов, социологов, отражая тем самым социальные запросы общества.

Актуальность данной проблемы определяется так же важным значением агрессивности в структуре личности человека, ее влиянием на формирование тех или иных форм поведения, конструктивных, социально

принятых либо же наоборот разрушительных и противоречащих социальным нормам поступки.

Цели исследования: изучение возможности коррекции агрессивного поведения детей младшего школьного возраста из полных и не полных семей.

Объект исследования: агрессивное поведение детей младшего школьного возраста из полных и не полных семей.

Предмет исследования: возможности коррекции агрессивного поведения детей младшего школьного возраста из полных и не полных семей.

Гипотеза исследования: проведение коррекционной работы позволит снизить агрессивное поведение детей младшего школьного возраста из полных и не полных семей.

Задачи исследования:

- проанализировать психологическую и педагогическую литературу по данной проблеме;
- определить особенности агрессивности детей в младшем школьном возрасте из полных и не полных семей;
- сформулировать выводы по данной проблеме;
- дать характеристику способов и методов коррекции агрессивного поведения младших школьников из полных и не полных семей;
- сформулировать выводы на основании результатов теоретического исследования.

«Агрессия (от латинского «agressio» -нападение, приступ) – это мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее ущерб людям (негативные переживания, состояния напряженности, страха, подавленности)».

Следуя этому определению, агрессия – это категория поведения, заданная мотивами и имеющая цель. Агрессивное поведение направлено на разрушение, противоположным ему является конструктивное, созидательное поведение человека.

Существует большое количество теоретических обоснований природы агрессии, причин ее возникновения и факторов, которые влияют на ее проявление. Однако они все подпадают под следующие категории.

Агрессия относится:

- 1) к врожденным задаткам и побуждениям;
- 2) к потребностям, которые стимулируются извне;
- 3) к эмоциональным и познавательным процессам;
- 4) к социальным условиям в совокупности с предшествующим обучением.

Семья является первой социальной единицей, в которой оказывается ребенок. Анализ поведения ребенка невозможен без обращения к его се-

мейному окружению. Мы рассмотрим особенности функционирования неполных семей.

Н. Аккерман замечает: «...Ребенок представляется частью семьи... Ребенок берет от семьи все, что необходимо для его роста и развития...». Можно ли предположить, что в случае, если семья неполная, она не в состоянии дать ребенку «все, что необходимо»? (Колосова, 2004).

В полной семье развитие ребенка сопровождается влиянием многочисленных процессов. Он имеет отношения с отцом, с матерью, наблюдает отношения между родителями. Отец и мать, взаимодействуя, изменяются под влиянием друг друга, что тоже отражается на ребенке.

Агрессивное поведение детей в неполной семье можно объяснить, с одной стороны, отсутствием примеров нормативного мужского поведения и смещением представлений о поведенческих нормах в сторону преувеличенной жесткости и даже жестокости (Бандура, 2000).

Бывает, что мать ребенка берет на себя роль отца, демонстрируя «силу». В этом случае ребенок (мальчик) не может идентифицировать себя с матерью и занимает пассивную позицию, либо проявляет протестные формы поведения. Мать может перенести негативное отношение к отцу на ребенка, что также повлияет на нормальное развитие ребенка. Кроме фактора неполноценной полоролевой идентификации в неполной семье, авторы работ по семейной психологии указывают ряд дополнительных неблагоприятных условий. К ним относят повышенную тревожность матери, оставшейся с ребенком, финансовые трудности.

Отношения общества к матерям - одиночкам тоже может увеличить вероятность отклонений в поведении ребенка. Хотя сегодня эта проблема не имеет такого актуального звучания, как раньше, осуждения со стороны родственников и знакомых могут иметь место. Такое отношение может вызвать протест у ребенка.

Следует указать, что большинство авторов все-таки не считают неполные семьи обязательно патологичными. Они только определяют факторы, под воздействием которых может развиваться отклоняющаяся линия поведения ребенка.

В итоге можно сказать, что неполная семья - это лишь предпосылка к неполноценному формированию личности, но она не является предопределяющей. М. Николс называет фактор психологического отсутствия отца в семье таким же травмирующим ребенка, как и фактор физического отсутствия.

Предлагается коррекционная программа, направленная на снижение агрессивных тенденций у детей младшего школьного возраста.

Развитие культуры общения, обучение приемлемым, конструктивным формам поведения в различных ситуациях, особенно в конфликтных;

1. Работа с эмоциональной сферой – развитие эмпатии, умения понимать свои чувства и чувства других людей;

2. Формирование самоконтроля, способности владеть собой в сложных ситуациях;

3. Обучение безопасным способам выражения агрессии.

Задачи:

1. Научить ребенка разным способам проявления агрессии;

2. Научить ребенка основным приемам самоконтроля;

Способствовать формированию положительных качеств ребенка.

Методы проведения: беседа, коррекционные упражнения, арттерапевтические техники, ролевые игры, психогимнастические упражнения.

Занятия проходят систематически – один раз в 7 дней. Так же каждое занятие направлено на то, чтобы скорректировать проявления агрессивного поведения младшего школьника. Количество занятий – 12, продолжительность каждого занятия — 30 минут.

Критерии включения в программу коррекции:

- возраст 10-11 лет;
- учащиеся с высоким и средним показателем агрессии;
- учащиеся, имеющие согласие родителей на прохождение психокоррекционных занятий.

Критерии исключения из программы коррекции:

- возраст 8,9,12,13 лет;
- учащиеся с низким показателем агрессии;
- учащиеся, не имеющие согласия родителей на прохождение психокоррекционных занятий.

Таким образом было определено, вслед за авторами, что агрессия - это один из видов человеческого поведения, а агрессивность - это свойство личности, отвечающее за готовность к такому поведению.

Также были описаны различные известные классификации агрессии для того, чтобы лучше ознакомиться с ее проявлениями.

В описании особенностей детей из полных и не полных семей были обозначены те предпосылки в их развитии, которые могут вести к формированию свойства агрессивности.

В ходе исследования была проанализирована психологическая и педагогическая литература по данной проблеме, что позволило разработать психокоррекционную программу для снижения агрессивного поведения детей младшего школьного возраста из полных и не полных семей.

### **Список литературы**

1. Бандура А. Подростковая агрессия: Изучение влияния воспитания и семейных отношений. М. : Апрель-пресс, 2000. 507 с.
2. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 2011. 352 с.
3. Колосова С.Л. Детская агрессия. СПб. : Питер, 2004. 240 с.
4. Чижова С.Ю., Калинина О.В. Детская агрессивность. М. : Академия развития, 2003. 160 с.

## ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЧНОСТИ

С. В. Никифорова, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования особенностей структурных характеристик психологического благополучия личности женщин в среднем зрелом возрасте. Актуальность проблемы психологического благополучия личности и ее связи с личностными особенностями определяется ее высокой значимостью для решения важнейших вопросов конструктивного развития и функционирования личности, с одной стороны, и недостаточностью теоретических и эмпирических исследований в данной научной области – с другой. Результаты исследования особенностей структурных характеристик психологического благополучия личности женщин данного возраста выявили факт того, что на этом этапе жизненного пути у исследуемых нами женщин выявлены трудности с самопринятием, им может быть не свойственно чувство осмысленности жизни и чувство направленности, чувство неспособности улучшить или изменить окружающие обстоятельства, отсутствие чувства контроля над внешним миром.

**Ключевые слова:** психологическое благополучие, конструктивное развитие, самопринятие, самооценка, личностный рост, женщины

**Актуальность.** В отличие от понятия «психическое здоровье» термин «психологическое благополучие» по своему смыслу и содержанию соотносится, прежде всего, с экзистенциальным переживанием человеком отношения к собственной жизни. Строго говоря, оно, прежде всего, существует в сознании самого носителя психологического благополучия и является с этой точки зрения субъективной реальностью, обладает такой характеристикой как целостность, базируется на интегральной оценке своего собственного бытия. Современная отечественная психология не располагает общепризнанным понятием «психологическое благополучие личности». Несмотря, на широкую распространённость термина в научной и научно-популярной литературе, не существует его единой дефиниции. Часто под ним подразумевают целый ряд близких, но не тождественных по своему значению понятий, таких как: «психическое здоровье», «норма», «нормальная и аномальная личность», «позитивный стиль жизни», «эмоциональный комфорт», «качество жизни», «внутренняя картина здоровья, болезни», «зрелая личность», «самоактуализован-

ная личность», «полноценно функционирующая личность». За рубежом попытки определить и операционализировать понятие предпринимались разными исследователями, в рамках различных психологических школ, но до сих пор не удаётся обобщить различные подходы в понимании психологического благополучия личности, с целью выработки его единого определения, установления ясных и чётких критериев ограничивающих его от других терминов. Теоретическую базу для понимания феномена психологического благополучия заложили исследования Н. Брэдбёрна (Bradburn, 1969). Он вводит понятие «психологическое благополучие» и отождествляет его с субъективным ощущением счастья и общей удовлетворённостью жизнью. Помимо этого сам автор ссылается на аристотелевское описание понятия «эвдемония» (eudaimonia), как отражающее суть психологического благополучия. Брэдбёрн отмечает, что он не подразумевает под понятием психологическое благополучие ряд других широко используемых понятий, таких как самоактуализация, самооценка, сила эго, автономия, но в то же время исследователь отмечает, что, возможно, эти понятия имеют области взаимного пересечения (Diener, 1995). Брэдбёрн создал модель структуры психологического благополучия, которая представляет из себя баланс, достигаемый постоянным взаимодействием двух видов аффекта – позитивного и негативного. События повседневной жизни, несущие в себе радость или разочарование, отражаясь в нашем сознании, накапливаются в виде соответственно окрашенного аффекта. То, что нас расстраивает, и то, из-за чего мы переживаем, суммируется в виде негативного аффекта, те же события повседневной жизни, которые несут нам радость и счастье, способствуют увеличению позитивного аффекта. Разница между позитивным и негативным аффектами является показателем психологического благополучия и отражает общее ощущение удовлетворённостью жизнью. Взгляды Брэдбёрна на природу и строение благополучия личности получили широкое признание в научных кругах, а разработанная им методика «The affect balance scale» применяется в исследованиях, связанных с изучением различных аспектов психологического благополучия. Важным вкладом в проблему понимания феномена психологического благополучия стали работы Э. Динера (Diener, 1984; 1995). Этот автор вводит понятие «субъективного благополучия». Субъективное благополучие, по мнению исследователя, состоит из трёх основных компонентов: удовлетворение, приятные эмоции (pleasant affect) и неприятные эмоции (unpleasant affect), все эти три компонента вместе формируют единый показатель субъективного благополучия. Как отмечает сам автор, речь здесь идёт о когнитивной (интеллектуальная оценка удовлетворённости различными сферами своей жизни) и эмоциональной (наличие плохого или хорошего настроения) сторонах самопринятия. Динер считает, что большинство людей так или иначе оценивают то, что с ними случается в терминах «хорошо – пло-

хо», но такая интеллектуальная оценка всегда имеет под собой соответственно окрашенную эмоцию. Динер отмечает, что теория субъективного благополучия – та область психологии, которую интересует понимание того, как и почему люди оценивают свою жизнь; для исследователей важно научиться отличать не просто различные клинические состояния, но научиться находить различия в уровнях личностного благополучия. Наиболее распространённым методом исследования субъективного благополучия является самоотчёт. Такой подход продиктован тем обстоятельством, что субъективное благополучие может определяться только с точки зрения внутреннего опыта респондента (Bradburn, 1969). Другим автором, предложившим свою теорию психологического благополучия, стала американская исследовательница, доктор психологии Кэрол Рифф (Ryff, 1989; 1995, 1996). Во многом, продолжая традиции, заложенные Н. Брэдбёрном, она, однако, критически пересматривает его взгляд на психологическое благополучие как баланс между позитивным и негативным аффектами. Выдвигая тезис о том, что гедонистическое решение проблемы психологического благополучия страдает определённой ограниченностью, автор создаёт собственную теорию, базисом которой послужили основные концепции, так или иначе связанные с понятием психологического благополучия и относящиеся к проблеме позитивного психологического функционирования (теории А. Маслоу, К. Роджерса, Г. Олпорта, К.-Г. Юнга, Э. Эриксона, Ш. Бюлер, Б. Ньюгартена, М. Яходы, Д. Биррена). Подобный подход позволил ей обобщить и выделить шесть основных компонентов психологического благополучия: самопринятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цель в жизни, личностный рост (Ryff, 1989; 1995, 1996). Человек, обладающий высокой автономией, способен быть независимым, он не боится противопоставить своё мнение мнению большинства, может позволить себе не стандартное мышление и поведение, он оценивает себя исходя из собственных предпочтений. Отсутствие достаточного уровня автономии ведёт к конформизму, излишней зависимости от мнения окружающих, такому человеку тяжело самому принимать решения, его поведение и образ мыслей сильно подвержены влиянию социума. Управление окружающей средой подразумевает наличие качеств, которые обуславливают успешное овладение различными видами деятельности, способность добиваться желаемого, преодолевать трудности на пути реализации собственных целей, в случае недостатка этой характеристики наблюдается ощущение собственного бессилия, некомпетентности, присутствует не способность что-то изменить или улучшить для того, чтобы добиться желаемого. Личностный рост предусматривает стремление развиваться, учиться и воспринимать новое, а так же наличие ощущения собственного прогресса. Если личностный рост по каким то причинам не возможен, то следствием этого становится чувство скуки, стагнации, от-

сутствие веры в свои способности к переменам, овладению новыми умениями и навыками, при этом уменьшается интерес к жизни. Позитивные отношения с окружающими - в этом случае подразумевается, как умение сопереживать, так и способность быть открытым для общения, а так же наличие навыков, помогающих устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми, кроме этого, данная характеристика включает в себя желание быть гибким во взаимодействии с окружающими, умение прийти к компромиссу. Отсутствие этого качества свидетельствует об одиночестве, неспособности устанавливать и поддерживать доверительные отношения, не желании искать компромиссы, замкнутости.

Другой важный компонент психологического благополучия - наличие жизненных целей, что сопряжено с чувством осмысленности существования, ощущением ценности того, что было в прошлом, происходит в настоящем и будет происходить в будущем. Отсутствие целей в жизни влечёт ощущение бессмысленности, тоски, скуки.

Самопринятие отражает позитивную самооценку себя и своей жизни в целом, осознание и принятие не только своих положительных качеств, но и своих недостатков, противоположность самопринятия – чувство неудовлетворённости собой, выражается в негативной оценке определённых качеств своей личности, неудовлетворённости своим прошлым.

Рифф считает, что выделенные ею компоненты интегрируют в себе различные структурные элементы различных психологических теорий. Например, такой компонент как «самопринятие» включает в себя не только самоуважение и позитивное самоотношение, описанное у А. Маслоу, К. Роджерса, Г. Олпорта и М. Яходы, но и признание своих достоинств и недостатков, включенное в концепцию индивидуации К.-Г. Юнга, а так же принятие собственного прошлого, описанное Эриксоном как часть процесса эго-интеграции (Ryff, 1995).

Описанная теория послужила базисом, на основании которого был создан оригинальный метод психотерапии (well-being therapy). А оригинальный опросник «The scales of psychological well-being» (Шкалы психологического благополучия) получил широкое признание и активно применяется в научных исследованиях связанных с изучением различных сфер психологического благополучия. В настоящий момент достаточно изучены закономерности зависимости психологического благополучия от пола, возраста, культурной принадлежности, помимо этого ведутся работы по изучению других факторов оказывающих влияние на психологическое благополучие.

Таким образом, актуальность проблемы психологического благополучия личности и ее связи с личностными особенностями определяется ее высокой значимостью для решения важнейших вопросов конструктивного развития и функционирования личности, с одной стороны, и недостаточностью теоретических и эмпирических исследований в данной научной области – с другой.

С целью изучения психологического благополучия нами было проведено исследование на выборке женщин 30-45 лет, в количестве 20 человек г.Красноярск.

Нами был использована методика «Шкалы психологического благополучия» (ШПБ) - это адаптированный русскоязычный вариант опросника «The scales of psychological well-being», предложенного доктором психологии Кэрол Рифф (Carol Ryff). Исходя из полученных данных по методике «Шкалы психологического благополучия» (ШПБ) мы определили степень выраженности психологического благополучия и его компонентов у исследуемых.

Высокие и нормативные значения выявлены у 68% исследуемых, что свидетельствует о наличии у них близких, приятных, доверительных отношений с окружающими; желания проявлять заботу о других людях; способности к эмпатии; наличии навыков, помогающих устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми. Кроме этого, данная характеристика включает в себя желание быть гибким во взаимодействии с окружающими, умение прийти к компромиссу. Отсутствие этого качества свидетельствует об одиночестве, неспособности устанавливать и поддерживать доверительные отношения, не желанием искать компромиссы, замкнутости, что характерно для 32% исследуемых.

Из результатов, полученных по шкале «Автономия» можно сделать вывод о том, что 45% исследуемых имеют средние баллы, а 15% - высокие. Исходя из этого, можно говорить о том, что исследуемым характерны такие качества, как независимость, способность противостоять социальному давлению в своих мыслях и поступках. А также они способны регулировать собственное поведение и оценивать себя исходя из собственных стандартов.

Озабоченность ожиданиями и оценками других, ориентация на мнение других людей при принятии важных решений и неспособность противостоять социальному давлению в мыслях и поступках характерны для людей с низкими показателями по данной шкале, что характерно для 40% исследуемых.

Анализируя полученные результаты по шкале «Управление средой» можно сделать следующие выводы:

- чувство уверенности и компетентности в управлении повседневными делами, способность эффективно использовать различные жизненные обстоятельства, умение самому выбирать и создавать подходящий контекст для реализации личных потребностей и ценностей, а также умение осуществлять разнообразные виды деятельности присущи 56% респондентам;

- для 44% респондентов характерны трудности в управлении повседневными делами, чувство неспособности улучшить или изменить окружающие обстоятельства, отсутствие чувства контроля над внешним миром.

По шкале «Личностный рост» у всех респондентов нормативные значения. Из этого следует, что исследуемые обладают чувством продолжающегося развития и реализацию своего потенциала, видят свой рост и экспансию, открыты новому опыту, наблюдают все большее совершенствование себя и своего поведения с течением времени.

Полученные результаты по шкале «Цели в жизни» свидетельствуют о том, что высокие баллы выявлены у 47% респондентов и средние у 23% исследуемых. Из этого следует, что наличие целей в жизни и чувства осмысленности своего прошлого и настоящего присуще 70% исследуемым. У них сформированы убеждения, придающие жизни цель, а также есть основания и причины для того, чтобы жить.

Для 30% исследуемых из нашей выборки не свойственно чувство осмысленности жизни и чувство направленности. Присутствует недостаток целей, отсутствуют воззрения и убеждения, придающие жизни смысл. Они не видят целей и в своем прошлом.

Анализируя полученные показатели по шкале «Самопринятие», можно отметить факт того, что высокие и нормативные значения выявлены у 45% респондентов. Они обладают позитивным отношением к себе и своему прошлому, осознают и принимают разные стороны своего Я, включая как положительные, так и отрицательные качества.

Недовольство самим собой испытывают 55% респондентов, им свойственно то, что они разочарованы в собственном прошлом, обеспокоены некоторыми чертами собственной личности, не принимают себя. Для них характерно желание быть другим, не таким, каков есть на самом деле.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило определить интегральный показатель степени направленности на реализацию основных компонентов позитивного функционирования (личностного роста, самопринятия, управления средой, автономии, цели в жизни, позитивных отношений с окружающими), а также степени реализованности этой направленности, субъективно выражающейся в ощущении счастья, удовлетворенности собой и собственной жизнью. Результаты исследования особенностей структурных характеристик психологического благополучия личности женщин среднего зрелого возраста выявили факт того, что на данном этапе жизненного пути у исследуемых нами женщин есть проблемы с самопринятием, им может быть не свойственно чувство осмысленности жизни и чувство направленности, чувство неспособности улучшить или изменить окружающие обстоятельства, отсутствие чувства контроля над внешним миром. На основании результатов исследования нами будет разработана и реализована программа тренинга по оптимизации компонентов психологического благополучия.

## Список литературы

1. Воронина А.В. Оценка психологического благополучия школьников в системе профилактической и коррекционной работы психологической службы : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. Томск, 2002. 24 с.
2. Романова М.И., Живаева Ю.В. Сопровождение формирования компонентов психологического благополучия у людей, находящихся на учете в онкологическом диспансере // Социальное образование 21 века: история, современность, перспективы профессии «Социальная работа» в России. Красноярск, 2014. С. 156-159.
3. Живаева Ю.В. Взаимосвязь феномена психологического благополучия личности с проявлением мотивации достижения у студентов различных социокультурных сред // Психология обучения. 2012. № 8. С.44-53.
4. Шевеленкова Т.Д. Исследование личностного способа существования человека в современном мире (опыт гуманистического направления в зарубежной психологии) // Психология личности в условиях социальных изменений : сб. М. : Институт психологии РАН, 1993. С. 21-37.
5. Bradburn N. The Structure of Psychological Well-Being. Chicago: Aldine Pub. Co., 1969. 320 p.
6. Diener E. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem // Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 68, № 4. P. 653-663.
7. Ryff C.D. Psychological well-being in adult life // Current Directions in Psychological Science. 1995. Vol. 4, № 4. P. 99-104.

УДК 159.922

## МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В ДОУ

Т.Ю. Павличенко, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлена модель психолого-педагогического сопровождения ребенка в ДОУ. С момента поступления ребенка и до его перехода общеобразовательное учреждение рядом с ним выстраивается учреждение рядом с ним выстраивается цепочка мероприятий которые способствуют его развитию, а осуществляют их окружающие его взрослые и на любом возрастном этапе дошкольного детства есть возможность вовремя выявить трудности в развитии и провести коррекционно-развивающие мероприятия, что дает возможность ребенку развиваться соответственно возрастным параметрам и не иметь трудностей при поступлении в школу.

**Ключевые слова:** психолого-педагогическое сопровождение, дети, профилактика, диагностика, консультирование, развивающая работа, коррекционная работа.

Истоки проблем в развитии ребенка зачастую лежат в раннем детстве и чем раньше распознать причины их возникновения, тем больше шансов у ребенка на гармоничное развитие. Передавая особое внимание полноценному психическому и личностному развитию ребенка в реализации деятельности педагога-психолога, считаем, что приоритетными направлениями в работе с детьми является ранняя диагностика и коррекция нарушений в развитии, обеспечение готовности к школе, что в свою очередь является одной из задач психолого-педагогического сопровождения в условиях ДОУ.

Участвуя в разработке и реализации мероприятия адекватного психолого-педагогического сопровождения нами изучены теории детского развития З. Фрейда, Э. Эриксона, Ж. Пиаже, Д. Уотсона, А. Мослоу и Л.С. Выготского. Рассмотрены периодизация и закономерности психического развития ребенка в кризисы и стабильные периоды, динамики развития и зоны ближайшего развития. Изучены материалы по истории зарождения в системе образования комплексной помощи ребенку в развитии.

В нашем понимании понятие «сопровождение» включает в себя разностороннюю комплексную поддержку ребенка в его развитии, создание условий для благополучного проживания кризисных периодов и полноценного развития на каждом возрастном этапе.

Целью ППС является - создание и поддержание условий для оптимальных образовательных воздействий на основе определения индивидуальных возможностей ребенка.

Задача ППС - предупреждение возникновения проблем развития ребенка; помощь (содействие) ребенку в решении актуальных задач развития, обучения, социализации.

В направления работы по психолого-педагогической службе входит:

- профилактика
- диагностика (индивидуальная и групповая (скрининг))
- консультирование (индивидуальное и групповое)
- развивающая работа (индивидуальная и групповая)
- коррекционная работа.

Исходя из вышеизложенного реализацию поставленной задачи важно строить по этапам, опишем их далее.

#### I. ПМПС ребенка раннего возраста

Нами разработана модель «Психолого-педагогического сопровождения ребенка раннего возраста». Результатом чего являются:

создание адаптационной группы «Мать и дитя». Организация и осуществление работы данной группы может быть предоставлена как первый подготовительный этап в процессе сопровождения ребенка-дошкольника. Специалисты ДОУ — участники процесса сопровождения создают единую развивающую среду, одновременно важную для ребенка и его родителей, помогают родителям освоить необходимые педагоги-

ческие способы взаимодействия с детьми. Изначально важно проводить семейный мониторинг (изучение и наблюдение семейной ситуации) в период преадаптации и адаптации ребенка, он длится с момента обращения родителей по поводу устройства ребенка в дошкольное учреждение и до окончательного момента адаптации его к условиям сада. Родители предоставляют сведения о семье в медицинской и социальной анкетах. Для них определяется оптимальный режим посещения группы, определяются актуальные формы работы специалистов с родителями. Работу возможно осуществлять по следующим направлениям деятельности:

1. Индивидуальные занятия педагога с ребенком в присутствии родителей.

2. Совместные занятия с детьми и родителями, стимулирующие развитие различных видов детской деятельности.

3. ПМПС поддержка семьи. Предлагается примерный перечень занятий (наблюдение, муз.занятия, оздоровительные процедуры, занятия с книгой, упражнения на звукопроизношение)

Разработан перспективный план консультаций с родителями. Данные мероприятия помогают организовать полноценное участие родителей в воспитательно-образовательном процессе, обеспечить наиболее легкую, безболезненную адаптацию ребенку. Устанавливается тесная взаимосвязь сотрудников ДООУ и семьи.

Следующий этап - адаптационный.

Целью этого этапа является поддержание оптимальной адаптации ребенка к условиям ДООУ, воздействиям воспитательно-образовательной среды.

Задачами данного периода определяются:

- построение прогноза вероятной степени адаптации;
- оказание помощи родителям в установлении отношений с детьми в новых жизненных обстоятельствах;
- разработка и осуществление системы мероприятий по предотвращению дезадаптации.

Чтобы обеспечить оптимальное течение адаптации необходимо строить постепенный переход ребенка из семьи в ДООУ. Время приспособления семьи к новым жизненным обстоятельствам подразделяем на 3 периода: острый, подострый, компенсационный. Т.к. самые серьезные трудности семья испытывает в острый период, то снижается напряженность этого периода благодаря следующим действиям:

- процедура диагностики уровня взаимной адаптации (анкеты для родителей (социальная, медицинская), анкета для воспитателей; «Психолого-педагогические параметры определения готовности ребенка к поступлению в ДООУ»;

- составление схемы введения ребенка в группу ДОО;
- разработка пакета рекомендаций для родителей.

На основании полученных данных можно сформировать прогноз возможной адаптации, что позволит организовать успешный переход от семейного к общественному воспитанию.

И последний этап на данной ступени развития это направления развития.

Главным здесь является создание оптимальных педагогических, социальных и психологических условий для успешной реализации потенциала развития ребенка. Проследить фактический уровень развития каждого ребенка в данном возрастном периоде позволяет анализ линий развития. Помимо психического развития необходимо наблюдать поведенческие реакции, такие как сон, аппетит, настроение, а так же медицинские особенности, некоторые черты личности.

По результатам адаптационного периода проводится консилиум специалистов, осуществляется сопровождение, где имея полную информацию о каждом ребенке появляется возможность проработать линию индивидуального развития каждого ребенка.

II. Но на этом работа по сопровождению не заканчивается. Следующей ступенью является сопровождение ребенка до момента поступления его в школу. Чтобы иметь полную картину индивидуального развития ребенка необходима всесторонняя диагностическая работа. Осуществление этого стало возможным благодаря диагностический пакет позволяющий осуществить скрининг диагностики с целью раннего выявления отклонений в развитии. На основании данных полученных от этого анкетирования составляется индивидуальная коррекционно-развивающая программа, реализацией которой занимаются как родители, так и специалисты ДОО. Кроме скрининг диагностики проводится и работа по изучению всестороннего развития ребенка. При подготовке к школе на каждого ребенка накапливается «пакет документации результатов обследования» за весь период нахождения ребенка в дошкольном учреждении. Эти данные передаются специалистам в общеобразовательную школу, что позволяет им иметь картину развития ребенка при поступлении в школу и таким образом продолжить сопровождение ребенка на данном этапе. Вся эта деятельность строится по направлениям:

1. Работа с педагогами. При реализации психолого-педагогической службы возникла проблема нехватки информации об особенностях развития ребенка, способах сбора информации, оптимальных условий адаптации и много др., узких специалистов и педагогов ДОО.

Решение проблемы увидели через проведение семинаров, бесед, дискуссионных клубов по «трудным вопросам» - формирование у педагогов общей психологической культуры. Понимая важность эмоционального состояния взрослого и его влияния на эмоциональное состояние детей,

с целью создания благоприятного климата в учебно-воспитательном учреждении есть возможность проводить тренинги и семинары по темам «Общение с собой», «Что такое конфликт, консультативные способы решения конфликтных ситуаций»

Консультирование педагогов по запросам с целью изучения уровня межличностных и межгрупповых отношений. Проводится обследование педагогического коллектива по методике Дж. Морено социометрия.

Изучить личность педагогов и им самим узнать о себе более подробно позволяют методики:

Методика определения «Типа личности и вероятностных расстройств данного типа» Дж. Олдхема и Л.Морриса;

Методика «О сортировка» В Стефансона. Диагностика основных тенденций поведения в реальной группе и представлений в себе. Позволяет определить 6 основных тенденций поведения человека в реальной группе;

Методика диагностики личности с помощью психометрического теста С. Деллиндер адаптация А.П. Алексеева. Позволяет дать подробную характеристику личностных особенностей любого человека, составить сценарий поведения для каждого типа личности и др.

Результаты обследования по данным методикам носят качественный, описательный характер, но, имея эти данные каждый педагог может работать в плане собственного профессионального и личностного саморазвития.

Сущность взаимодействия с родителями в процессе сопровождения ребенка раннего возраста описана выше, дальнейшее сотрудничество строится по тем же принципам. Родители выступают неотъемлемыми участниками процесса сопровождения. С целью повышения общей психологической культуры проводятся семинары, тренинги, беседы по темам «Возрастные особенности», «Условия поло-ролевого воспитания ребенка», консультации и выступления на родительских собраниях по «проблемным вопросам», пополняются уголки для родителей. Кроме этого осуществляется диагностика родительно-детских отношений по методикам:

PARI (адаптация Т.В. Нещерет ) Семейная жизнь глазами матери, которая позволяет изучить отношения родителей к разным сторонам семейной жизни. На основании полученных данных делается вывод о родительно-детских отношениях. Позволяет найти ключ к пониманию особенностей неудавшихся отношений между родителями и ребенком, определить зоны напряжений в отношениях. Эта методика оказывает помощь в психодиагностической беседе.

Методика диагностики родительно-детских отношений А.Я. Варга, В.В. Столин. Выступает как психодиагностический инструмент, ориентированный на выявление родительно-детских отношений.

Данные, полученные в результате обследования по данным методикам позволяют найти ответ на проблемные вопросы в родительно-детских отношениях.

Таким образом, все участники процесса сопровождения направляют свое особое внимание на процесс индивидуального развития ребенка. Эта скрининг диагностика на раннем этапе выявляет детей с трудностями в развитии. Для изучения познавательной сферы старших дошкольников используются методики Беловой, Ильиной; А. Лурия «10 слов», Л. Венгер «Самая непохожая», Д. Эльконин «Графический диктант» и другие методики необходимые для углубленного изучения познавательных процессов.

Диагностика уровня развития интеллекта проводится по методикам Мэдис, Векслер, матрицы Равена и др.

Диагностика эмоционально-волевой сферы по методикам: Гуткиной Н.М., диагностика уровня общения детей со взрослыми и сверстниками методика «Два дома»

Методика «Определение мотивов учения» М. , «беседы о школе» Т. Нежнова и др.

Данные обследования позволяют вовремя корректировать индивидуальный путь развития ребенка.

На основании полученных результатов выбирается коррекционно-развивающая программа. Применимы: программа А. С. Роньжова «игры в период адаптации» занятия по развитию эмоционально-волевой сферы проводятся по программам: С.В. Крюкова «Удивляюсь, злюсь, боюсь и радуюсь»; Е.И. Лебедеко «Развитие самосознания и индивидуальности», С.В. Крюкова «Здравствуй, я сам».

Кроме этого проводятся индивидуальные коррекционно-развивающие занятия по результатам диагностики по запросам.

Таким образом, с момента поступления ребенка и до его перехода общеобразовательное учреждение рядом с ним выстраивается учреждение рядом с ним выстраивается цепочка мероприятий которые способствуют его развитию, а осуществляют их окружающие его взрослые и на любом возрастном этапе дошкольного детства есть возможность вовремя выявить трудности в развитии и провести коррекционно-развивающие мероприятия, что дает возможность ребенку развиваться соответственно возрастным параметрам и не иметь трудностей при поступлении в школу.

### Список литературы

1. Абрамова Г.С. Практикум по возрастной психологии. М. : Академия, 2001. 342 с.
2. Байкенов С.Г. Экспериментальное изучение самооценки учащихся вспомогательной школы. М. : Просвещение, 1991. 233 с.
3. Битянова М.Р., Азарова Т.В., Афанасьева Е.И., Васильева Н.Л. Работа психолога в начальной школе. М. : Совершенство, 1998. 322 с.
4. Захарова А.В., Боцманова М.Э. Как формировать самооценку школьника // Начальная школа. 1992. № 3. С. 58-65.

5. Люблинская А.А. Учителю о психологии младшего школьника. М. : ИНФРА-М, 2001. 246 с.
6. Мухина В.С. Детская психология. М. : Академия, 1992. 254 с.
7. Фридман Л.М., Кулагина И.Ю. Психологический справочник учителя. М. : Просвещение, 1993. 334 с.

УДК 159.946.2:616.8-056.76

## **МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ МОТОРНО-СЕНСОРНЫМИ НЕЙРОПАТИЯМИ**

**О.В. Петряева**

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Наследственные моторно-сенсорные нейропатии - группа гетерогенных заболеваний, объединенных общими клиническими проявлениями: слабость и нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей, суставные деформации. Несмотря на возможности современной медицины в поддержании здоровья пациентов, они имеют крайне низкий комплаенс. Поэтому организация ведения пациентов с наследственными моторно-сенсорными нейропатиями – одна из ключевых задач в неврологии. Подавляющее большинство ученых убеждено в необходимости мультидисциплинарного подхода к реабилитации данных пациентов, немалую роль в которой играет психологическое сопровождение.

**Ключевые слова:** наследственные моторно-сенсорные нейропатии (НМСН), реабилитация, абилитация, ортезирование, кинезиотейпирование, физиотерапия, качество жизни, психологическое сопровождение, комплаенс.

**Актуальность.** Наследственные моторно-сенсорные нейропатии (НМСН) - большая группа генетически гетерогенных заболеваний, характеризующихся прогрессирующим поражением периферических нервов. Распространенность НМСН составляет 1 на 3000–3500 человек. Считается, что 70% всех хронических нейропатий являются наследственными. Первое описание заболевания этой группы было сделано J. Charcot, P. Marie и H. Tooth в 1886 году. Клинические проявления характеризуются сочетанием слабости и атрофии мышц дистальных отделов рук и ног, с последующей их деформацией, расстройствами чувствительности, сухо-

жильной гипо- или арефлексией. Достаточно часто к указанным симптомам поражения периферических нервов присоединяются расстройства координации.

Первое проявление болезни чаще всего происходит в подростковом возрасте или в раннем взрослом возрасте. Тяжесть симптомов сильно различается даже среди членов одной семьи с этим заболеванием. НМСН нередко ведёт к ограничению трудоспособности и к инвалидизации, при этом большинство пациентов имеют нормальную продолжительность жизни. НМСН является генетически крайне неоднородным заболеванием, симптомы этой болезни могут быть вызваны мутациями в более чем двух десятках генов, хотя большая часть заболеваний вызвана мутациями в генах PMP22, MPZ, GJB1 и MFN2. Наследование болезни чаще всего аутосомно-доминантное, однако может быть аутосомно-рецессивным и X-сцепленным. На данный момент не существует медикаментозного лечения наследственных моторно-сенсорных нейропатий. Правильно сбалансированная диета и контроль веса поможет минимизировать двигательные нарушения. У 80% пациентов отмечается деформация свода стопы (Wicart, 2012). По мнению другого ученого деформации стопы регистрируются у 71% пациентов с НМСН, и у 30% данные деформации требуют хирургического вмешательства. Конечно хирургическое лечение имеет свои преимущества и недостатки: хирургическое лечение является максимально эффективным и быстрым способом лечения мышечных контрактур, которые часто формируются у данных больных. Однако, хирургическое вмешательство противопоказано большинству пациентов в связи с угнетающим воздействием наркотического препарата на центральную и периферическую нервные системы человека. Порой данное вмешательство имеет больше последствий, чем улучшает состояние пациента и повышает качество жизни, поэтому необходимо всегда адекватно просчитывать риски оперативного лечения (Laurá, 2018).

В настоящее время активно разрабатываются комплексы консервативного лечения. Издавна известно воздействие физиотерапии на периферическую нервную систему для стимуляции нервного импульса, для мышечного расслабления, для миотрофического эффекта и, конечно, обезболивания (Галимзянова, Шарафеева, Комина, 2013). Из зарубежных стран в практику реабилитологов приходят такие направления как кинезиотерапия и кинезиотейпирование для разработки контрактурных суставов, для лечения синдрома укороченной мышцы, для обезболивания и улучшения трофики поврежденных участков за счет увеличения подкожных и межфасциальных пространств с помощью эластичной клейкой ленты - тейпа (Барулин, Курушина, Калинин, 2016). Использование ортезов в течение консервативного лечения поможет сохранить качество жизни пациентов с НМСН на прежнем уровне за счет уменьшения или профилактики мышечных контрактур, снижения болевого синдрома, вос-

становления равновесия и правильного паттерна походки, а также увеличения скорости ходьбы. Это подтверждается многими исследованиями, в том числе (Ramdharry, 2012) где наглядно показано улучшение скорости ходьбы по ровной поверхности и при подъеме по лестнице у пациентом с НМСН, использующих «ankle-foot orthosis» (AFOs).

В исследовании О.В. Кожевникова мы видим сравнение консервативного лечения, включающего в себя ЛФК, физиотерапию, ортезы, и оперативного лечения. Результаты оценивались через 6 месяцев и 4 года. По данным автора при оценке двигательных и чувствительных расстройств в данные временные промежутки не было выявлено статистически значимого различия в обеих группах (Kozhevnikov, 2015).

Наличие и доказанная эффективность вышеперечисленных методов лечения должны снижать количество осложнений данной группы заболевания, однако статистика наличия деформаций остается на прежнем уровне. Основной причиной этого называют низкую приверженность пациентов к лечению.

По данным исследования (Chetlin, 2004) 87% пациентов продолжают выполнять упражнения ЛФК на дому, но только лишь пока происходит динамическое наблюдение врачами. В исследовании (Vinci, Gargiulo, 2008) описана более плачевная ситуация – было рекомендовано ношение ортезов 25 пациентам и только 5 начали их использовать. И 3\5 пациентов «ненавидели» их.

Высокий комплаенс пациентов с моторно-сенсорными нейропатиями не безусловательное желание врачей. Причиной является необходимость динамического наблюдения и изменения комплекса консервативного лечения в зависимости от состояния пациента, прогрессирования его заболевания. Наиболее скрупулезно врачи должны следить за видом ортеза, применяемого пациентом на том или ином этапе заболевания. С развитием технологий меняется внешний вид и функциональность ортезов. В настоящее время имеется большое разнообразие данных аппаратов. Исходя из динамического анализа неврологического статуса и паттерна ходьбы, ортез может и должен быть заменен. Группа наследственных моторно-сенсорных нейропатий весьма обширна и в зависимости от специфики заболевания и скорости прогрессирования необходимо использовать наиболее подходящие аппараты.

Низкий комплаенс – первоочередная проблема любых врачей, т.к. любое лечение это коллективная работа врача и пациента. И многие авторы задумывались о повышении приверженности лечению: так (Danilov, 2008) считает, что проблема низкой приверженности лечению кроется в отсутствии доверительных отношений между врачом и пациентом. Некоторые авторы (Gluschenko, 2012) пришли к заключению, что приверженность лечению должна формироваться на приеме у врача, где пациентам прививается правильное восприятие болезни и адекватное понимание дальнейшего ее развития. Также, нельзя не упомянуть о понятии «феномен белого

халата» - данные множества исследований подтверждают, что максимальный комплаенс пациентов наблюдается в течение 5 дней после приема и 5 дней до очередного приема врача (Cramer, Scheyer, Mattson, 1990).

С психологической точки зрения комплаенс рассматривается как две подсистемы: подсистема “болезнь во мне” связана с принятием или непринятием болезни как части себя. В зависимости от принятого решения активность пациента будет направлена на поиск аргументов, подтверждающих его вывод и, вполне вероятно, будут игнорироваться контраргументы. Подсистема “я в болезни” формируется из-за переоценки жизненной перспективы под влиянием болезни, менять привычный жизненный уклад.

Внесение изменений в одну из подсистем ведет за собой изменение остальных: так, появление, усиление или исчезновение болезненной симптоматики может влиять на принятие или непринятие заболевания. Изменения, вносимые во внутреннюю картину болезни, могут быть как управляемые - целенаправленное просвещение об особенностях заболевания и всего, что с ним связано, так и неуправляемые. В качестве стихийных факторов может выступать случайно услышанная информация (Ложкина, 2015).

Однако, заболевание, рассматриваемое в данной работе, является наследственным, постоянно прогрессирующим. Соответственно, большинство вносимых изменений в подсистемы комплаенса будут только усиливать отторжение к рекомендациям врача. Остается открытым вопрос - смогут ли конкурировать с этим активные просветительные работы со стороны врача или убедительные доводы в пользу различных методов лечения и поддержания здорового образа жизни пациента.

Для максимального позитивного влияния врача на систему комплаенса необходима высокая уверенность в собственных решениях. Авторы представляют прямую корреляцию эффективности общения с профессиональной самооценки врача субъективному идеалу (). Также показано, что для разных групп больных одинаково успешны бывают врачи с высокой и низкой интуитивностью, ответственностью, мотивацией достижения. А успешное решение профессиональных задач психологически фиксируется как соответствие субъективному идеалу профессионала независимо от способа решения. Из чего следует, что пациенту более важен результат, а не путь к его достижению.

По сравнению с другими патологиями нервной системы, больные с НМСН не видят результата как такового в связи с характером заболевания, отсутствием патогенетического и наличия только симптоматического видов лечения.

В заключении – вопрос ведения пациентов с НМСН остается открытым и все еще актуальным. Наше мнение - необходимо использовать мультидисциплинарную бригаду, включающую в себя невролога, нейрогенетика, терапевта (педиатра), врача общей практики, врача ЛФК, медицинского психолога, что обеспечит успех в лечении НМСН.

## Список литературы

1. Wicart P. Cavus foot, from neonates to adolescents // *Orthop. Traumatol. Surg. Res.* 2012. Vol. 98. P. 813-828.
2. Laurá M., Singh D., Ramdharry G. [et al.] Prevalence and orthopedic management of foot and ankle deformities in Charcot-Marie-Tooth disease // *Muscle Nerve*. 2018. Vol. 57, № 2. P. 255-259.
3. Галимзянова А.М., Шарафеева Е.Е., Комина А.Н. Основные принципы физиотерапии // *Педиатрический вестник Южного Урала*. 2013. № 2. P. 58-61.
4. Барулин А.Е., Курушина О.В., Калинин Б.М. Применение методики кинезиотейпирования у пациентов неврологического профиля // *РМЖ*. 2016. № 13. С. 834-837.
5. Ramdharry G.M., Day B.L., Reilly M.M., Marsden J.F. Foot drop splints improve proximal as well as distal leg control during gait in Charcot-Marie-Tooth disease // *Muscle Nerve*. 2012. Vol. 46, № 4. P. 512-519.
6. Кожевников О.В., Косов И.С., Иванов А.В., Грибова И.В., Болотов А.В. Сравнительная оценка результатов комплексного и консервативного лечения плосковальгусной деформации стоп у детей // *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*. 2015. № 2. С. 55-59.
7. Chetlin R.D., Gutmann L., Tamopolsky M., Ullrich I.H., Yeater R.A. Resistance training effectiveness in patients with Charcot-Marie-Tooth disease: recommendations for exercise prescription // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2004. Vol. 85, № 8. P. 1217-1223.
8. Vinci P., Gargiulo P. Poor compliance with ankle-foot orthoses in Charcot-Marie-Tooth disease // *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2008. Vol. 44, № 1. P. 27-31.
9. Данилов Д.С. Индивидуальный выбор современной психофармакотерапии шизофрении (основные принципы, обсуждение результатов клинических исследований и некоторые практические рекомендации) // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2008. № 6. С. 50-57.
10. Глущенко Е.В., Шнайдер Н.А., Кантимирова Е.А., Козулина Е.А., Воевода М.И., Максимов В.Н., Аллахвердян А.А. Опыт организации диагностической и медико-социальной помощи больным с наследственной нейропатией Шарко–Мари–Тута в Красноярском крае region // *Нервно-мышечные болезни*. 2012. № 1. P. 41-53.
11. Глущенко Е.В., Шнайдер Н.А., Шульмин А.В., Воевода М.И., Максимов В.Н., Аллахвердян А.А., Козулина Е.А., Пилюгина М.С. Случай наследственной моторно-сенсорной невропатии Шарко-Мари-Тута 1 А типа // *Сибирское медицинское обозрение*. 2015. № 4. С. 84-87.
12. Cramer J.A., Scheyer R.D., Mattson R.H. Compliance declines between clinic visits // *Archives of Internal Medicine*. 1990. Vol. 150, № 7. P. 1509-1510.
13. Ложкина Л.И. Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико-методологические аспекты // *Известия саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика*. 2015. Т. 15, № 3. С. 75-80.
14. Солондаев В.К., Сумеркина Д.В. Комплаенс в общении врач-больной [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2011. № 4(9). URL: [http://www.medpsy.ru/mpj/archiv\\_global/2011\\_4\\_9/nomer/nomer24.php](http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer24.php) (дата обращения: 12.04.2018)

## ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ СТУДЕНТА ПСИХОЛОГА

Е.О. Плотников, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В настоящей статье демонстрируются результаты проведенного исследования особенностей формирования профессиональной идентичности у студентов-психологов. Выявлено, что структура профессиональной идентичности студента представлена многогранным, системным психологическим явлением, которое характеризуется постоянной трансформацией его содержания и обуславливается различиями этапов подготовки специалистов. Формирование профессиональной идентичности специалиста является глубоким и системным процессом. Определен факт того, что оптимизация процесса формирования профессиональной идентичности студента-психолога на различных этапах обучения в вузе возможна при осуществлении технологий психолого-педагогического сопровождения.

**Ключевые слова:** профессиональное развитие, профессиональная идентичность, профессиональное пространство, процесс сопровождения, студенты

**Актуальность.** В настоящее время, из-за крупномасштабной модификации высшего образования, развитие личности в профессии стало одним из наиболее приоритетных направлений теоретических исследований и технологических разработок педагогики. Профессиональное становление на этапе вузовской подготовки воспринимается как единый процесс постоянного развития личности профессионала и включает в себя приобретение теоретических знаний, практических умений и навыков, а также развитие индивидуальности будущего специалиста в конкретной области его деятельности. Образование компетентных специалистов - это потребность не столько сегодняшнего общества, а сколько самого человека, реализующего процесс включения в профессиональную сферу и использующего различные варианты адаптации к динамично трансформирующейся структуре профессиональной жизни. Успешность профессиональной эффективности молодого специалиста во многом определяется своевременным включением в профессию уже на этапе обучения в вузе и осознанным выбором сферы собственной деятельности. Вопросы формирования профессиональной идентичности, её условий и эффективности уже давно являются предметом обсуждения всевозможных психолого-педагогических школ и направлений.

Огромную роль в формировании готовности к реализации деятельности и формировании профессиональной и личностной идентичности играет психолого-педагогическое сопровождение молодых специалистов в процессе обучения. Системный подход к вопросу формирования качественной определенности «Я» в структуре «Я-целостности» является одним из важнейших направлений реализации психолого-педагогического сопровождения специалиста на всех этапах его подготовки. Продуктом такого сопровождения является выработанная внутренняя готовность молодого специалиста к осознанному и индивидуальному включению в профессиональную сферу и сообщество, подразумевающее принятие его ценностей и порядков.

Сегодня перед психологией поставлены важные задачи по определению проблемы идентичности, ее динамики и содержания формирующих процессов. Благодаря теоретическому анализу психологических и педагогических исследований и положений, мы можем выделить несколько ведущих подходов изучающих проблематику идентичности среди зарубежных авторов: конструкты психоаналитической теории (Дж. Марсиа, А. Фрейд, М. Фридман, Э. Эриксон), положения символического интеракционизма (И. Гофман, Л. Краппман, Дж. Мид, Р. Фогельсон, Ю. Харбермас и др.), интерпретации идентичности в рамках когнитивного подхода (Г. Брейкуэлл, Дж. Тернер, Х. Тэджфел, М. Яромовиц) (Живаева, Стоянова, 2016).

На порядок большее количество исследований рассматривает проблемы идентичности в отечественной психологии: (Е. П. Ермолаева, Д. Н. Завалишина, М. В. Заковоротная). Проблема социальной идентичности рассмотрена в работах Н. В. Антоновой, Н. Л. Ивановой, Т. Г. Стефаненко, В. А. Ядова. Авторами раскрывается понятие «социальная идентичность», дается психологическая характеристика видов социальной идентичности, особенностей ее формирования, структурных компонентов и описание кризисов идентичности. Особенности процесса формирования профессиональной идентичности описаны в работах Е. П. Ермолаевой, Е. А. Климова, Л. М. Митиной, Л. Б. Шнейдер. В отечественной психологии также определены и описаны типы идентичности (Т. В. Мищенко, Ю. П. Поваренков, Е. Е. Трандина). Определены и представлены структурные компоненты идентичности и их развитие на этапе обучения студента в вузе (Т. М. Буякас, Г. Ю. Любимова, Ю. А. Кумырина) (Живаева, Стоянова, 2016).

Процессуальное рассмотрение опирающихся на положения системной антропологической концепции феноменов существования личности обеспечило структурно-функциональное рассмотрение психики человека (Э. В. Галажинский, В. Е. Клочко, О. М. Краснорядцева). Идентификация личности трактуется как условие определяющее равновесие «Я» в процессе постоянных трансформаций саморазвития человека, а он сам

действует как открытая и саморегулирующаяся система (О. В. Лукьянов, Д. И. Нефедова) (Лукьянов, 2009).

Анализ теоретических источников вслед за многими авторами позволил нам определить профессиональную идентичность как системное, многоуровневое динамическое явление, которое непосредственно связано с профессиональным самосознанием, самоопределением, профессиональным развитием личности в целом. Профессиональная идентичность выступает как один из основных критериев процесса профессионализации личности. Основания для классификации видов идентичности рассматриваются в работах Н. В. Антоновой, Г. Брейкуэлла, И. Гофмана, А. Тэдшфела и др. Подтверждение возможности выделения профессиональной идентичности как самостоятельного понятия отражено в работах А. Ватермана. Профессиональная идентичность определяется Э. Ф. Зеером с опорой на понятие профессионального «образа Я», включающего осознание своей идентичности с профессиональным «образом Я», уникальностью собственного «Я» и профессиональные стереотипы. Профессиональная идентичность, по мнению Л. Б. Шнейдер, представляет собой не только осознание своей тождественности с профессиональной общностью, но и ее оценку, психологическую значимость членства в ней, разделяемые профессиональные чувства, своеобразную ментальность, ощущение своей профессиональной компетентности, самостоятельности и самоэффективности, т.е. переживание своей профессиональной целостности и определенности. В концепции профессиогеनेза Е. П. Ермолаевой профессиональная идентичность рассматривается как основной компонент личной идентичности, обеспечивающий успешность профессионального становления личности (Стоянова, Живаева, 2016).

Анализ работ по исследованию профессиональной идентичности дает нам возможность определить, что профессиональная идентичность рассматривается в составе личностной идентичности, реализуется как некоторая динамическая структура элементов, включающая потребности, интересы, установки, убеждения и другие компоненты когнитивной, мотивационно-ценностной и эмоциональной сфер личности. Исследователи констатируют значение и важность взаимосвязи когнитивного, эмоционального, ценностного и поведенческого компонентов профессиональной идентичности. Проведенный теоретический анализ исследований, направленных на изучение профессиональной идентичности, позволил нам определить ее структуру. Исходя из концепции становления профессиональной идентичности Л. Б. Шнейдер, мы рассматриваем профессиональную идентичность как совокупность компонентов: когнитивного (проявление профессиональных знаний и убеждений); эмоционально-оценочного (эмоционально-оценочное отношение к самому себе как «деятелю», к профессиональным знаниям и убеждениям); поведенческого компонента (реакция, выражающаяся в поведении) (Стоянова, Живаева, 2016).

В работах Т. В. Мищенко описана динамика параметров профессиональной идентичности студентов педагогических вузов, определены закономерности появления кризисов и стадий стабилизации, смена которых ведет в дальнейшем к становлению профессиональной идентичности. Е. Е. Трандина провела исследование на выборке студентов юридического вуза и определила, что становление профессиональной идентичности в процессе обучения в вузе носит неравномерный характер и обусловлено взаимодействием школьной, студенческой и учебно-профессиональной идентичности. В исследовании И. Е. Григорович было установлено, что первый, третий и пятый курсы обучения являются для студентов наиболее сложными и проблемными для профессионального становления, что проявляется в ярко выраженном кризисе становления профессиональной идентичности.

Е. И. Гиниатуллина рассматривает проблемы профессиональной идентичности на этапе кризиса становления молодого специалиста. В исследовании определена специфическая взаимосвязь структурных компонентов профессиональной идентичности на стадии возникновения и преодоления профессиональных кризисов на момент завершения этапа профессионального обучения и в период первичной профессиональной адаптации выпускников вузов. В исследовании Т. В. Румянцевой описано, что профессиональная идентичность развивается в процессе профессионального обучения, самоопределения, самоорганизации и персонализации, а также обуславливается развитием рефлексии. На основании проведенного анализа мы выделили, что динамика развития содержательных характеристик профессиональной идентичности является специфической и обусловлена взаимодействием ее компонентов. Трансформации уровней показателей профессиональной идентичности студентов определяются этапом обучения в вузе.

На этапе обучения в вузе мы можем говорить о наличии зрелой профессиональной идентичности у ничтожно малого количества студентов. Этот факт приводит к необходимости структурного рассмотрения процессов формирования профессиональной идентичности и поиску возможных путей применения технологий психолого-педагогического сопровождения как на ранних, так и на поздних этапах подготовки специалистов. Одной из основополагающих идей реализации сопровождения является психологическая поддержка студентов. Проблеме психолого-педагогического сопровождения, где основное внимание уделяется профессиональной идентичности и ее свойствам характеризующим ее как процесс обеспечивающий гармоничность «Я» исследований посвящено очень немного. Реализация психолого-педагогического сопровождения на различных этапах подготовки специалистов затрудняется благодаря низкой методической обеспеченности, несовершенству нормативных актов, а так же многогранности и неоднозначности проявления процесса формирования профессиональной идентичности.

Для экспериментального исследования процесса формирования профессиональной идентичности у студентов были выбраны следующие методики: «Методика определения эмоциональной напряженности» (составлена на основе методики Н. М. Пейсахова и Г. Ш. Габдреевой); «Методика оценки индекса жизненного стиля» (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х. Р. Конт); «Методика определения индикатора копинг-стратегий» (Дж. Амирхан); «Методика исследования профессиональной идентичности» (Л. Б. Шнейдер).

Исследование проводилось на базе ФГОУ ВПО «Сибирский Федеральный Университет». Выборка была составлена из студентов, обучающихся на факультете психологии с первого по четвертый курсы.

По результатам исследования были выявлены следующие закономерности: реализация формирования профессиональной идентичности специалиста имеет многогранный и интегративный характер. Вариативность взаимосвязей содержания характеристики процесса определяется характеристиками этапа обучения в вузе:

– для студентов первого курса значимость обучения и образование в вузе напрямую связано с избеганием проблем, уровнем удовлетворенности выбранной профессией и характером ожидания результата собственной деятельности. Чем большая ценность придается результату деятельности, тем ниже уровень эмоциональной напряженности у студентов;

– студенты второго курса реализацию своего потенциала связывают с необходимостью мобилизации усилий для достижения поставленных целей; инициативность решения поставленных задач у них напрямую коррелирует со сложностью заданий, оценка и уровень достижения результатов деятельности зависят от уровня общей напряженности студентов. Значение отрицательных обуславливающих связей указывает на то, что студенты не склонны к мобилизации необходимых усилий и ресурсов для преодоления сложностей и успешного решения поставленных задач;

– у студентов, обучающихся на третьем курсе, выявлена адекватная оценка своих возможностей, определяемых самими студентами как достаточные для преодоления трудностей и решения поставленных задач на этапе обучения в вузе. Для них уже характерна адекватная оценка собственных возможностей, используемых для решения поставленных задач в отношении своей собственной подготовки и личностного развития;

– студенты четвертого курса напрямую связывают оценку собственного потенциала с обучением и образованием в вузе, а закономерность результатов достижения поставленных целей, инициативность решения поставленных задач, уровень мобилизации своих усилий – со сферой профессиональной деятельности. Желание получить высокие результаты в профессиональной сфере связывается у них с приложением больших усилий со стороны самих студентов, необходимостью планирования способов и решений для достижения поставленных задач, на данном этапе обучения и подготовки испы-

туемые демонстрируют склонность к мобилизации и применению волевых усилий для достижения наилучшей результативности.

Таким образом, для процесса формирования профессиональной идентичности студента характерно изменение содержания профессиональной идентичности, которая реализуется в процессе осознания собственной принадлежности к профессиональной сфере и профессии, а так же в проявлении удовлетворенности планируемой профессиональной деятельностью, принятие ценностей и порядков профессионального сообщества.

Последовательность трансформации профессиональной идентичности на различных этапах подготовки специалистов в вузе обеспечивает наличие вышеуказанных характеристик. По Л. Б. Шнейдер важнейшим показателем успешности формирования профессиональной идентичности на этапе обучения в вузе является осознание принадлежности к профессиональному сообществу, принятие его ценностей и норм, ощущение собственной профессиональной зрелости и принадлежности. Проведенный анализ ряда исследований, указывающих на характерные черты студенческого возраста, подчеркивает значимость данного периода развития в жизни личности и профессионала. В первую очередь этапу студенчества свойственен существенный интеллектуальный рост Усваивается организация учебно-профессиональной деятельности молодого специалиста, принятие социальной роли «студент».

Своевременное применение технологий психолого-педагогического сопровождения на всех этапах обучения и подготовки в вузе способствует реализации процесса формирования профессиональной идентичности. Подобное сопровождение будет наиболее успешным, если процесс формирования профессиональной идентичности будет ориентирован на развитие личности молодого специалиста, приобретение им новых психологических компетенций в преодолении трудностей и само рефлексии. Одной из наиболее эффективных форм реализации психолого-педагогического сопровождения являются рефлексивные семинары, организация которых помимо реализации поддерживающей функции, позволяет приобретать новые качества и компетенции для будущего профессионального и личностного созревания молодых специалистов.

### Список литературы

1. Живаева Ю.В., Стоянова Е.И. Исследование идентичности в подростковом и юношеском возрасте // Теория и практика современной науки. 2016. № 12 (18). С.1-9.
2. Краснорядцева О.М., Трифонова Ю.А. Психолого-образовательное сопровождение процесса становления профессиональной идентичности студентов педагогического колледжа // Психология обучения. 2011. № 11. С. 74-84.
3. Лукьянов О.В. Самоидентичность как условие устойчивости человека в меняющемся мире : дис. ... д-ра психол. наук. Томск, 2009. 289 с.
4. Стоянова Е.И., Живаева Ю.В. Специфика самоактуализационного потенциала личности студентов с разными представлениями о свободе выбора // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал. Красноярск, 2016. С. 168-177.

## КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ У СОТРУДНИКОВ ОВД НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛА ПОЛИЦИИ МО МВД «ЕМЕЛЬЯНОВСКИЙ»

Т.А. Савицкая, Е.И. Стоянова

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** представлены результаты исследования эмоциональной неустойчивости у сотрудников МО МВД России «Емельяновский», а также, программа психокоррекционной работы, направленная на снижение данного эмоционального состояния. Методики, с помощью которых можно изучить данное эмоциональное состояние свидетельствуют о том, какой уровень эмоциональной неустойчивости преобладает у сотрудников. Так же, в данной работе представлены техники и приемы, с помощью которых можно снизить уровень данного эмоционального состояния. Эффективность данных методов позволяет не только констатировать состояние испытуемых, выявить уровень эмоциональной неустойчивости, а также дать рекомендации для работы с сотрудниками и на их основании построить коррекционную программу.

**Ключевые слова:** коррекция, эмоциональная устойчивость, сотрудники оvd, деструктивные влияния

**Актуальность.** Проблема эмоциональной устойчивости занимает одно из важнейших мест в системе наук о человеке, осуществляющем деятельность в напряженных (экстремальных, стрессовых) ситуациях. К ее решению в целом, к изучению отдельных аспектов обращались многие исследователи: Б. А. Вяткин, Э. Гельгорн и Дж. Лувборроу, П. Б. Зильберман, В. М. Игуменов, Л. А. Китаев-Смык, Ф. П. Космолинский, В. Л. Маришук, Е. А. Милерян, А. Е. Ольшанникова, В. М. Писаренко, К. К. Платонов, Я. Рейковский, Г. Селье, О. А. Сиротин, В. В. Суворова, О. А. Черникова и многие другие.

Эмоциональная устойчивость, постоянная личностная черта, которая, по мнению Я. Рейковского, выражается в чувствительности к эмоциональным стимулам и в податливости психических механизмов регуляции к разлаживанию под влиянием эмоционального возбуждения.

А. В. Батрашев понимает под эмоциональной устойчивостью неподверженность эмоциональных состояний и процессов деструктивным влияниям внутренних и внешних условий. Она выражается в способности преодолевать повышенное эмоциональное возбуждение, возникающее в процессе сложной деятельности.

По мнению А. А. Реана, эмоциональная устойчивость характеризует продолжительность и степень стабильности эмоциональных реакций (эмоциональных состояний).

Л. М. Аболиным была предпринята попытка разработки системной (целостной) теории эмоциональной устойчивости, ее основная идея заключается в том, что эмоциональная устойчивость - системное качество личности, приобретенное индивидом и проявляющееся у него в напряженной деятельности. В рамках данной теории все эмоциональные механизмы получают свою определенность в структуре саморегуляции.

В психологии и психофизиологии эмоциональная устойчивость исследовалась как свойство личности, способствующее высокой продуктивности деятельности в напряженных условиях; ее изучение строилось в основном на выявлении и дифференциации условий, определении разнородных физиологических и интеллектуальных факторов напряженных и ненапряженных видов деятельности, которые задают высокую степень проявления эмоциональной устойчивости.

Обращаясь к определению понятия «эмоциональная устойчивость», следует отметить, что при всем многообразии подходов к его определению речь идет о способности индивида противостоять тем эмоциональным раздражителям, которые могут отрицательно влиять на протекание деятельности.

Эмоциональная устойчивость – это свойство личности, проявляющееся в напряженных условиях ее деятельности в виде стабильных эмоций, способствующих сохранению направленности и характера действий, адекватных реакции и целям осуществляющего их человека.

Эмоциональная устойчивость человека тесно связана с результатом его действий, то есть с успешностью или не успешностью достижения поставленной им цели.

Существуют две основные группы факторов эмоциональной устойчивости личности: внешние и внутренние.

К внешним факторам, вызывающим отрицательное эмоциональное состояние человека, разрушающее его деятельность и исключающее возможность адекватного поведения, относят стресс, фрустрацию, конфликт и кризис.

К внутренним факторам эмоциогенности относят:

1. эмоционально-физиологическую реактивность (возбудимость) человека;
2. физиологическую организацию, свойства нервной системы организма;
3. приобретенные в процессе жизни человека эмоциональные свойства.

Эмоциональная неустойчивость – это неумение регулировать свое эмоциональное состояние.

Эмоциональная неустойчивость может наступать из-за воздействия внешних факторов или внутренних. В числе последних считаются различные заболевания, что влияют на психо-эмоциональное состояние.

Различают два типа неустойчивости: импульсивный (характеризуется сильной возбудительностью, эмоциональностью, вспыльчивостью); пограничный (более сложное состояние, близкое к психическому расстройству).

Известно, что деятельность сотрудников ОВД характеризуется ситуациями, которые отличаются наличием в них таких факторов, как ненормированный рабочий день, постоянный контакт с асоциальными элементами, необходимость полной отдачи психических и физических сил при пресечении преступлений, что снижает функциональные ресурсы организма, вплоть до их полного истощения, и впоследствии может привести к эмоциональному выгоранию. Это определяет высокие требования к психической сфере личности сотрудников ОВД, их стрессоустойчивости и психологической готовности к деятельности в экстремальных условиях.

Различные негативные эмоциональные состояния, которые могут возникнуть у сотрудников органов внутренних дел при выполнении ими своих служебных обязанностей, очень часто ведут или к агрессивнo-хаотическим, аффективным действиям, или к отказу от необходимых действий и уходу от выполнения служебных задач, что значительно осложняет успех профессиональной деятельности и впоследствии может привести к несчастным случаям и гибели личного состава.

Следовательно, длительное воздействие стрессогенных факторов, наличие постоянной витальной угрозы для жизни, высокая вероятность гибели или травматизации, предъявляют невероятно высокие требования не только к уровню профессиональной подготовленности, но и к психологическим качествам личности, предопределяющим психологическую готовность к деятельности в чрезвычайно трудных условиях.

Особое место нужно выделить эмоциональной устойчивости сотрудников ОВД - как своего рода основе профессиональной готовности к выполнению действий в условиях оперативно-служебной деятельности. Проблема эмоциональной устойчивости занимает одно из важнейших мест в системе наук о человеке, осуществляющем деятельность в напряженных (экстремальных, стрессовых) ситуациях.

Таким образом, рассматриваемая проблема является как клинически, так и социально значимой, что подтверждает актуальность данного исследования. Исследование включает в себя несколько этапов. Исследование проводилось на базе отделов полиции Межмуниципального отдела Министерства внутренних дел России «Емельяновский». В исследовании приняли участие сотрудники органов внутренних дел: дорожно-

патрульной службы. Выборка испытуемых составила 45 человек. Возрастная категория сотрудников – 25 - 47 лет, 39 мужчин и 6 женщин. Цель данного исследования – изучить эмоциональную устойчивость у сотрудников органов внутренних дел и построить психокоррекционную программу.

Первый этап исследования был направлен на сбор информации об индивидуально-психологических особенностях личности. Для этого был применен 16-ти факторный личностный опросник Кеттелла, разработанный американским психологом Р.Б.Кеттеллом. Фактор С («эмоциональная неустойчивость-эмоциональная устойчивость») данного теста позволяет рассмотреть эмоциональные качества личности. С помощью теста Кеттелла можно определить уровень эмоциональной устойчивости (низкий, ниже среднего, средний, выше среднего, высокий).

По окончании проведения теста было выявлено пять групп исследуемых с разным уровнем эмоциональной устойчивости, ведущей из которых была группа с низким уровнем эмоциональной устойчивости – 38 % (наблюдаются слабость, раздражительность, обидчивость, человек находится под влиянием чувств, переменчив, легко расстраивается, при расстройстве теряет равновесие духа).

На втором этапе исследования была применена Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ), разработанная врачом-психиатром Ф.Б. Березиным. При индивидуальной психодиагностике с помощью рассматриваемой методики целого ряда значимых психологических параметров дает возможность в течение короткого времени получить важные данные для суждения об особенностях личности испытуемого, его психическом состоянии в момент исследования, о сравнительной значимости различных характеристик в общей картине состояния. С помощью шкалы 3 (эмоциональной лабильности, демонстративности, истерии (Ну)) так же возможно рассмотреть эмоциональные качества личности и определить уровень эмоциональной неустойчивости (низкий, ниже среднего, средний, выше среднего, высокий).

По окончании проведения методики было выявлено пять групп исследуемых с разным уровнем эмоциональной неустойчивости, ведущей из которых была группа с уровнем выше среднего эмоциональной неустойчивости – 39 % (характерны склонность к быстрой смене переживаний, неустойчивость к стрессу).

Третий этап исследования включает в себя проведение психокоррекционной программы, который может понизить уровень эмоциональной неустойчивости сотрудников.

Прежде всего, приводятся методы психической саморегуляции, освоение которых позволяет снизить уровень стрессовых воздействий, повысить уровень надежности профессиональной деятельности и психологического благополучия специалистов. Используемые методы:

Регуляция состояния с помощью дыхания

Регуляция состояния при помощи техник релаксации

Комплекс 1. Разработан и впервые предложен К.И. Мировским. Эффект упражнений возникает в процессе выполнения тактильно-температурных аппликаций с помощью прикладывания ладоней к различным участкам тела.

Комплекс 2. При выполнении значительно увеличивается энергопотенциал, восстанавливается эмоциональная уравновешенность.

Комплекс 3. Способствует восстановлению сил, освежает организм.

Метод Хасая Алиева «Ключ»

Кроме того, предлагаются краткосрочные психотерапевтические техники, направленные на работу с негативными эмоциональными состояниями и переживаниями (повышенная тревожность, агрессия), для этого применяются:

Эмоционально-образная терапия. Работа с образом предполагает анализ его психологического смысла в контексте проблемы клиента и мысленные воздействия на образ, предназначенные для решения этой проблемы.

Краткий вариант процедуры ДПДГ (метод десенсибилизации и переработки травм движениями глаз). Оригинальный метод ДПДГ был разработан Ф. Шапиро (США) в 1987 г. Предполагается, что движения глаз (или другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна).

Помимо этого, приводятся приемы, позволяющие преодолеть нарушения сна (приводятся приемы самовнушения, способствующие нормализации сна, которые предлагает Маришук).

Так же, применяются методы общего самомассажа. Проводится общий самомассаж от периферии к центру по направлению к близлежащим лимфатическим узлам, которые располагаются в локтевых, коленных суставах, подмышечных впадинах и паху.

Немаловажным является применение аппаратных методов коррекции:

1. Цветодинамическое проекционное устройство «Цветодин-300» обеспечивает решение следующих задач:

- снятие нервно-эмоционального напряжения;
- восстановление основных психических функций;
- оперативное восстановление работоспособности и снижение утомляемости;
- повышение функциональных возможностей организма, устойчивости к влиянию стрессовых факторов;
- обучение навыкам саморегуляции психических состояний.

2. Устройство биологической обратной связи «Релана» предназначено для обучения навыкам психофизиологической саморегуляции. В устройстве использован метод биологической обратной связи для формирования условно-рефлекторных ассоциаций между зрительными и слуховыми признаками расслабления.

3. Аппарат аудиовизуальной стимуляции класса «Voyager» (Photosonix Nova Pго 100). Сеанс психокоррекции: использование прибора одновременно с воздействием функциональной музыки и ароматерапии, а также в сочетании с методиками психокоррекции; Обучающий сеанс: обучение навыкам саморегуляции.

Использование арт–терапевтического подхода в качестве сопровождения и снижения уровня эмоциональной неустойчивости представляется эффективным. Такой метод как арт-терапия очень действенно работает с самыми разнообразными эмоциональными состояниями, собственно, этот метод можно использовать и при высоком уровне эмоциональной неустойчивости.

Излагаемые методики зарекомендовали себя как высокоэффективные для оптимизации функционального состояния специалистов экстремального профиля.

Таким образом, согласно результатам проведенного мною исследования было определено, что:

1. Большинство сотрудников органов внутренних дел имеют низкий уровень эмоциональной устойчивости, характеризующийся раздражительностью, обидчивостью, ранимостью;

2. Большинство сотрудников органов внутренних дел имеют уровень эмоциональной неустойчивости выше среднего, что свидетельствует о склонности к быстрой смене переживаний и неустойчивости к стрессу;

3. Высокие показатели эмоциональной неустойчивости провоцируют различные невротические конфликты и эмоциональные срывы, что может привести к эмоциональному выгоранию.

4. Необходимо оказание психологической помощи, дача рекомендаций и построение коррекционной программы;

5. Специально разработанная психокоррекционная программа, направленная на снижение уровня эмоциональной неустойчивости у сотрудников ОВД должны быть эффективной.

6. Полученные результаты исследования и разработанные рекомендации могут быть использованы в практической деятельности психолога, работающего в структурах МО МВД.

### **Список литературы**

1. 16 факторный личностный опросник Р. Б. Кеттелла [Электронный ресурс] // Психология счастливой жизни. URL : <http://psycabi.net/testy/293-16-faktornyj-lichnostnyj-oprosnik-r-b-kettella-metodika-mnogofaktornyj-oprosnik-kettella-test-kettela-187-voprosov-test-ketela-16-pf> (дата обращения: 19.08.2018).

2. Крыжановская Н.В., Скоробогатая А.Д. Эмоциональная неустойчивость как фактор развития эмоционального выгорания // Концепт. 2015. № 3. С. 146–150.
3. Машекуашева М.Х., Садыкова Л.А. Эмоциональная устойчивость как профессионально значимое качество, обеспечивающее эффективную деятельность сотрудника ОВД // Черные дыры в Российском законодательстве. 2017. № 6. С. 142–143.
4. Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях : учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования. 5-е изд., перераб. и доп. М. : Академия, 2012. 320 с.
5. Прокофьев Л.Е. Основы психической саморегуляции : учеб. пособие. СПб.: Лань, 2003. 67 с.
6. Калашникова М.М., Рысева Ю.В. Развитие стрессоустойчивости оперативных сотрудников полиции // Вопросы. Гипотезы. Ответы: наука XXI века : кол. моногр. Краснодар, 2014. – С. 335–354.
7. Сочик Л.Н. СМИЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СПб. : Речь, 2000. 219 с.
8. Уварова М.Ю., Кедярова Е.А., Паткина Е.Г. Исследование профессиональной деформации сотрудников ОВД (на примере отделов полиции МУ МВД России «Иркутское») // Известия Иркутского государственного университета. 2017. Т. 20. С. 77–90.
9. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / пер. с англ. А.С. Ригина. М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. 496 с.
10. Эмоциональная неустойчивость [Электронный ресурс] // Медицинский портал о здоровье EUROLAB. URL : <http://www.eurolab.ua/mental-health/3726/3738/49181/> (дата обращения: 21.08.2018).
11. Эмоциональная неустойчивость: что и как с этим бороться? [Электронный ресурс] // Информационно-познавательный портал Медицина. URL : <https://med.propto.ru/article/emocionalnaya-neustoychivost-cto-eto-i-kak-s-etim-borotsya> (дата обращения: 19.08.2018).

УДК 159.9.07

## ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

С.В. Симакова

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Данная работа посвящена изучению особенностей диагностики и коррекции тревожности у ребенка младшего школьного возраста. На основании изученных теоретических и практических материалов в статье предложены рекомендации по коррекции детской тревожности.

**Ключевые слова:** тревожность, семья, младший школьный возраст, коррекция.

**Актуальность.** Тревожность является одной из индивидуальных психологических особенностей человека, которая проявляется в повышенной склонности человека к тревоге, беспокойству, страху, зачастую не имеющих оснований. Ощущается это состояние как предчувствие угрозы, переживание дискомфорта. В настоящее время у большинства детей дошкольного возраста можно обнаружить повышенный уровень тревожности, поэтому эта проблема очень актуальна.

Цели исследования: выявление тревожности у детей в классе.

Объект исследования: коррекция тревожности детей младшего школьного возраста.

Предмет исследования: возможности диагностики и коррекции тревожности детей младшего школьного возраста.

Гипотеза исследования: диагностическая и коррекционная работа позволит снизить тревожность у детей младшего школьного возраста.

Задачи исследования:

- а) проанализировать научно-методическую литературу по теме исследования;
- б) подобрать диагностический инструментарий для исследования тревожности младших школьников;
- в) провести диагностику с помощью специально подобранных методик;
- г) сравнить и проанализировать полученные результаты, сформулировать выводы.
- д) разработать психокоррекционную программу, направленную на работу с тревожностью детей младшего школьного возраста.

**Методы исследования:** Исследование было проведено в МАОУ СШ №49 города Красноярск. В исследовании приняли участие учащиеся четвертого класса в количестве 25 человек, из них 10 мальчиков и 15 девочек.

Для диагностики тревожности младших школьников была использована Диагностическая методика «Экспресс- методика выявления тревожности».

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

При обработке методики «Экспресс- методика выявления тревожности» получены следующие результаты: из 25 испытуемых у 12 учеников преобладает низкий уровень тревожности, у 8 учеников средний уровень тревожности, у 4 учеников повышенный уровень; высокий уровень тревожности отмечается у 1 человека.

Для достижения поставленной цели предлагается решить ряд задач:

1. Создать положительное эмоциональное настроение в группе.
2. Способствовать снижению уровня тревожности.
4. Сформировать навыки общения в конфликтных ситуациях.
5. Повысить уровень устойчивости к тревожности.

Методы проведения: беседа, коррекционные упражнения, арттерапевтические техники, ролевые игры.

Коррекционная программа состоит из 10 занятий. Продолжительность одного занятия составляет 40 минут. Занятия проводятся 2 раза в неделю с группой детей младшего школьного возраста.

Критерии включения в программу коррекции:

- возраст 3-10 лет;
- учащиеся с показателем повышенной тревожности;
- учащиеся, имеющие согласие родителей на прохождение психокоррекционных занятий.

Критерии исключения из программы коррекции:

- возраст 11, 12, 13 лет;
- учащиеся с низким уровнем тревожности;
- учащиеся, не имеющие согласия родителей на прохождение психокоррекционных занятий.

Таким образом, по результатам проведенного исследования установлено наличие маленького процента высокого уровня тревожности среди учащихся младшей школы.

В связи с полученными данными, разработана психокоррекционная программа, направленной на снижение тревожности младших школьников, явилась частично необходимой.

В ходе исследования определены возможности диагностики тревожности у детей младшего школьного возраста. Проведенное исследование позволило разработать психокоррекционную программу для снижения уровня тревожности у детей младшего школьного возраста.

### **Список литературы**

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология : учеб. для студентов вузов. М. : Академический Проект, 2013. 323 с.
2. Баркан А.И. Практическая психология для родителей, или Как научиться понимать своего ребенка. М. : АСТ-ПРЕСС, 2015. 234 с.
3. Жигарькова О. Время тревожных детей // Психологическая газета. 2016. № 11. С. 6–7.
4. Кряжева Н.Л. Мир детских эмоций. Дети 5-7 лет. Ярославль: Академия развития, 2001. 207 с.
5. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Психологический журнал. 1992. № 5. С. 111-117.

## ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

С.В. Симакова

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Данная работа посвящена изучению особенностей диагностики и коррекции тревожности у ребенка младшего школьного возраста. На основании изученных теоретических и практических материалов в статье предложены рекомендации по коррекции детской тревожности.

**Ключевые слова:** тревожность, семья, младший школьник, коррекция.

**Актуальность.** Тревожность не связана с какой-либо определенной ситуацией и проявляется почти всегда. Это состояние сопутствует человеку в любом виде деятельности. Когда же человек боится чего-то конкретного, мы говорим о проявлении страха. Например, страх темноты, страх высоты, страх замкнутого пространства. Каждому ребенку присущи определенные страхи. Однако если их очень много, то можно говорить о проявлениях тревожности в характере ребенка. До настоящего времени еще не выработано определенной точки зрения на причины возникновения тревожности. Но большинство ученых считает, что в дошкольном и младшем школьном возрасте одна из основных причин кроется в нарушении детско-родительских отношений.

**Постановка проблемы.** Вопросы, посвященные проблеме детской тревожности возникшей вследствие сложных детско-родительских отношений в повторно-брачных семьях, рассматривались учеными на протяжении всего развития психологической науки и практики. В отечественной психологии исследованиями в этой области занимались ученые В.С. Мухина, Т.А. Репина, М.С. Лисина, Л.И. Божович, Л.С. Выготский, И.В. Дубровина, А.Н. Леонтьев и многие другие.

Школьная тревожность - это одна из типичных проблем, с которыми сталкиваются учителя начальной школы и школьный психолог. Особое внимание она привлекает потому, что выступает ярчайшим признаком школьной дезадаптации ребенка, отрицательно влияя на все сферы его жизнедеятельности: не только на учебу, но и на общение, в том числе и за пределами школы, на здоровье и общий уровень психологического благополучия.

Данная проблема осложняется тем, что довольно часто в практике школьной жизни дети с ЗПР с выраженной тревожностью считаются наиболее «удобными» для учителей и родителей: они всегда готовят уроки,

стремятся выполнять все требования педагогов, не нарушают правила поведения в школе. С другой стороны, это не единственная форма проявления высокой школьной тревожности; зачастую это проблема и наиболее «трудных» детей, которые оцениваются родителями и учителями как «неуправляемые», «невнимательные», «невоспитанные», «наглые». Такое разнообразие проявлений школьной тревожности обусловлено неоднородностью причин, приводящих к школьной дезадаптации. Вместе с тем, несмотря на очевидность различий поведенческих проявлений, в их основе лежит единый синдром - школьная тревожность, которую не всегда бывает просто распознать.

Практика работы школьных психологов показывает, что с данной проблемой можно и нужно работать с целью профилактики школьной дезадаптации у детей начальной школы.

Современная школа предъявляет новые, усложненные требования к ребенку. Момент поступления в школу, период начальной адаптации и усвоения правил, предъявляемых образовательным учреждением, является стрессогенным фактором, вызывающим устойчивые нарушения эмоционального состояния ребенка. Результаты многочисленных исследований, проведенных с детьми младшего школьного возраста с ЗПР, показывают заметное увеличение невротических реакций, неврозов и других нервно-психических и соматических расстройств, в сравнении с дошкольным возрастом; при поступлении в школу также обостряется тревожность у детей, как реакция на новую ситуацию - привнесение в их жизнь нового (и главного на протяжении всего периода обучения в средней школе фактора) - обучения.

Вместе с тем, не смотря на влияние тревожности у младших школьников на возникновение школьной дезадаптации у них, до сих пор остаются малоизученными вопросы частного характера, связанные с исследованием взаимоотношений социальных и психологических характеристик в конкретных группах школьников.

В настоящее время отношение к явлению тревожности в российской психологии существенно изменилось, и мнения относительно этой личностной особенности становятся менее однозначными и категоричными. Современный подход к феномену тревожности основывается на том, что последнюю не следует рассматривать как изначально негативную черту личности; она представляет собой сигнал неадекватности структуры деятельности субъекта по отношению к ситуации. Для каждого человека характерен свой оптимальный уровень тревожности, 'так называемая полезная тревожность, которая является необходимым условием развития личности.

К настоящему времени тревожность изучается как один из основных параметров индивидуальных различий. При этом ее принадлежность к тому или иному уровню психической организации человека до сих пор остается спорным вопросом; ее можно трактовать и как индивидуальное, и как личностное свойство человека.

**Выводы.** В целом, можно отметить, что индивидуальная психологическая помощь учащимся, характеризующимся высокой школьной тревожностью, - это процесс, требующий от психолога творческого подхода, основанного на внимательном анализе всех особенностей личности учащегося, а также социально-педагогической ситуации его развития.

### Список литературы

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология : учеб. для студентов вузов. М. : Академический Проект, 2013. 323 с.
2. Баркан А.И. Практическая психология для родителей, или Как научиться понимать своего ребенка. М. : АСТ-ПРЕСС, 2015. 234 с.
3. Жигарькова О. Время тревожных детей // Психологическая газета. 2016. № 11. С. 6–7.
4. Кряжева Н.Л. Мир детских эмоций. Дети 5-7 лет. Ярославль: Академия развития, 2001. 207 с.
5. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Психологический журнал. 1992. № 5. С. 111-117.

УДК 159.9.07

## ВЗАИМОСВЯЗЬ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С.С. Тактараква

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Изучение вопроса о взаимосвязи акцентуаций характера и типа отношения к болезни является актуальным вопросом медицинской психологии, так как реакция личности на болезнь находится в прямой зависимости от многих факторов, в том числе и от акцентуации характера, а тип акцентуации может определять выбор того или иного типа реагирования на болезнь. Целью данной работы является определение типа акцентуации характера и типа реагирования на болезнь у пациентов от 20 до 50 лет с сердечно - сосудистыми заболеваниями и выявление возможных взаимосвязей между ними.

**Ключевые слова:** акцентуация характера, тип отношения к болезни, сердечно-сосудистые заболевания.

**Актуальность.** Хорошо известно правило, что нужно лечить не болезнь, а больного, точнее – болезнь у данного больного. При этом имеется в виду, главным образом, индивидуализация лечения. Больной человек является не только объектом, но и субъектом врачебного действия, то есть участвует в лечебном процессе наравне с врачом.

Каждый пациент является, прежде всего, личностью, которая имеет свое собственное представление о медицине, о самом себе, о своей болезни и о степени ее серьезности. Врач может совершенно правильно поставить диагноз, используя самые современные возможности, правильно назначить лечение, но только от больного зависит его выполнение (Бурлачук, Коржова, 2008).

Несомненно, что феноменологическая и синдромологическая оформленность типа психического реагирования на заболевание, базируется на особенностях характера человека. Типология реагирования на заболевание создана А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым на основе оценки влияния трёх факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера, и отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе.

Актуальность данной темы состоит в том, что тип акцентуации может определять выбор того или иного типа реагирования на заболевание.

Таким образом, целью данной работы является определение типа акцентуации характера и типа реагирования на болезнь у пациентов от 20 до 50 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями и выявление возможных взаимосвязей между ними.

Объект: пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте от 20 до 50 лет.

Предмет: взаимосвязь акцентуаций характера и типов отношения к болезни у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте от 20 до 50 лет.

Постановка проблемы. Следует ожидать, что существует четкая взаимосвязь акцентуаций характера и типа отношения к болезни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Для реализации поставленных задач был использован комплекс методов:

- теоретические методы (теоретико-методологический анализ, обобщение и интерпретация научных данных);
- эмпирические методы: (беседа, наблюдение, анализ продуктов деятельности);
- психодиагностические методы: Методика «Акцентуации характера и темперамента» (Г. Шмишек, К. Леонгард), «ЛЮБИ» (А.Е. Личко, И.Я. Иванов).

Для исследования взаимосвязи типов акцентуаций характера и типов отношения к болезни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями был подготовлен и проведен комплекс диагностических методик.

Все диагностические методики отвечают логике и целям нашего исследования, подобраны с учетом возраста исследуемых и позволяют в совокупности исследовать искомую взаимосвязь.

Тест - опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда предназначен для диагностики типа акцентуации личности, опубликован Г. Шмишеком в 1970 г и является модификацией «Методики изучения акцентуаций личности К. Леонгарда». Методика предназначена для диагностики акцентуаций характера и темперамента. Согласно К. Леонгарду акцентуация - это «заострение» некоторых, присущих каждому человеку, индивидуальных свойств (Леонгард, 1999).

Акцентуированные личности не являются патологическими, другими словами они нормальные. В них потенциально заложены как возможности социально положительных достижений, так и социально отрицательный заряд (Николаева, 1987).

Выделенные Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены на две группы:

- акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый);
- акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективный, эмотивный).

Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) разработан с целью диагностики типов отношения к болезни и других связанных с нею личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями.

Диагностируется сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

Диагностируемые типы отношений. С помощью ЛОБИ могут быть диагностированы следующие типы отношений :гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический паранойяльный (Тутушкина, 1998).

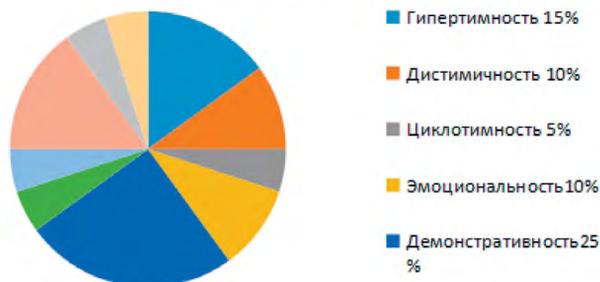
Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) разработан с целью диагностики типов отношения к болезни и других связанных с нею личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями.

Диагностируется сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит)

Диагностируемые типы отношений. С помощью ЛОБИ могут быть диагностированы следующие типы отношений: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический, паранойяльный (Кортнева, 2004).

В результате проведения диагностики на выявление типов акцентуации характера (по К. Леонгарду ) выявлено следующее:

### Соотношение типов акцентуаций характера

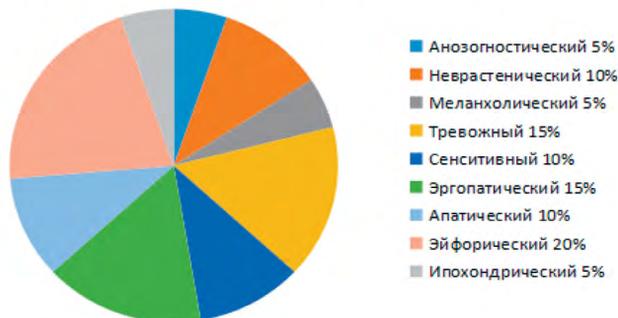


**Рис.1.** Соотношение типов акцентуаций характера у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте 20-50 лет.

Таким образом, у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями было выявлено преобладание гипертимного, дистимистичного, циклотимного, эмоционального, демонстративного, застревающего, педантичного, тревожного, возбудимого и экзальтированного типов акцентуаций характера. Исходя из данных рис.1, можно сделать вывод о том, что преобладающим типом акцентуаций характера в референтной группе является –демонстративный.

В результате проведения диагностики на выявление типов отношения к болезни (по А.Е. Личко и Н.Я. Иванов) выявлено следующее:

### Соотношение типов реагирования на болезнь



**Рис.2.** Соотношение типов реагирования на болезнь у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте 20-50 лет.

Таким образом, у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями было выявлено преобладание анозогностического, неврастенического, меланхолического, тревожного, сенситивного, эргопатического, апатического и эйфорического типа реагирования на болезнь, превалирующими из которых являются эйфорический, тревожный и эргопатический (Рис.2).

Таблица 1

**Взаимосвязь типов отношения к болезни и акцентуации характера у пациентов в сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте 20-50 лет, в %**

Типы реагир. на болезнь / Типы акцентуации характера	А	Н	М	Т	С	Э	Ап	Эф	И
Г						5		10	
Д		5	5						
Ц					5				
Э	5					5			
Дм					5	5		5	5
З							5		
П				5					
Т				10				5	
В		5							
Э							5		

**Условные обозначения:**

- Типы реагирования на болезнь: (А) Анозогностический; (Н) Неврастенический; (М) Меланхолический; (Т) Тревожный; (С) Сенситивный; (Э) Эргопатический; (Ап) Апатический; (Эф) Эйфорический; (И) Ипохондрический.

- Типы акцентуаций характера: (Г) Гипертимность; (Д) Дистимичность; (Ц) Циклотимность; (Э) Эмоциональность; (Дм) Демонстративность; (З) Застывание; (П) Педантичность; (Т) Тревожность; (В) Возбудимость.

Таким образом, после проведения исследования можно сделать вывод о том, что существует некоторое соответствие между типами отношения к болезни и типами акцентуаций характера больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте 20-50 лет.

Для гипертимный типа акцентуации характера наиболее характерен эйфорический тип реагирования на болезнь = 10%;

Для дистимичного типа акцентуации характера характерны неврастенический тип реагирования на болезнь = 5%; меланхолический тип реагирования на болезнь = 5%;

Для циклотимного типа акцентуации характера наиболее характерен сенситивный тип реагирования на болезнь = 5%;

Для эмоционального типа акцентуации характера наиболее характерен эргопатический тип реагирования на болезнь = 5%;

Для демонстративного типа акцентуации характера наиболее характерны сенситивный тип реагирования на болезнь = 5%; эргопатический тип реагирования на болезнь = 5%; эйфорический тип реагирования на болезнь = 5%; ипохондрический тип реагирования на болезнь = 5%;

Для застревающего типа акцентуации характера наиболее характерен апатический тип реагирования на болезнь = 5%;

Для педантичного типа акцентуации характера наиболее характерен тревожный тип реагирования на болезнь = 5%;

Для тревожного типа акцентуации характера наиболее характерен тревожный тип реагирования на болезнь = 10%;

Для возбудимого типа акцентуации характера наиболее характерен неврастенический тип реагирования на болезнь = 5%;

Для экзальтированного типа акцентуации характера наиболее характерен апатический тип реагирования на болезнь = 5%.

Целью данной работы является определение типа акцентуации характера и типа реагирования на болезнь у пациентов от 20 до 50 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями и выявление возможных взаимосвязей между ними. Объектом исследования были больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте от 20 до 50 лет. Предмет работы освещал взаимосвязь акцентуаций характера и типов отношения к болезни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте от 20 до 50 лет.

Вся проведенная работа была основана на гипотезе о том, что следует ожидать, что существует четкая взаимосвязь акцентуаций характера и типа отношения к болезни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте от 20 до 50 лет.

Прохождение предложенных методик было личным решением каждого участника, что указало на их мотивированность в выполняемой работе. Результатом оказалось небольшое количество участников, но достаточное для работы. И, не смотря на некоторые сложности в организации исследования, в связи с состоянием здоровья испытуемых, работа выполнялась. Испытуемые в ходе работы проявляли интерес к предложенным методикам, результатам исследования, проявляли старание в изучении и прохождении предложенного материала для достоверности полученных в процессе интерпритации результатов.

## Список литературы

1. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. М. : Российское педагогическое агентство, 1998. 263 с.
2. Волков В.Т., Стрелис А.К., Караваева Е.В., Тетенев Ф.Ф. Личность пациента и болезнь. Томск : Сибирский медицинский университет, 1995. 328 с.
3. Кортнева Ю.В. Диагностика актуальной проблемы. М. : ИОИ, 2004. 240 с.
4. Леонгард К. Акцентуированные личности. М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. 446 с.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М. : Издательство Московского университета, 1987. 168 с.
6. Тутушкина М.К. Практическая психология. СПб. : Дидактика Плюс, 1998. 336 с.
7. Fiske S.T., Taylor Sh.E. Social cognition : from brains to culture. Boston : McGraw-Hill Higher Education, 2007.

УДК 159.9.07

## ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С.С. Тактаракова

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** Многолетний интерес исследователей к анализу психологических особенностей больных с кардиальной патологией не является беспочвенным, а ориентирован на задачи клинической практики. На сегодняшний день имеется положительный опыт применения психотерапии и психологической помощи в системе лечения и реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Обоснованием для включения психологических средств воздействия в систему лечения больных ССЗ являются психосоматические механизмы возникновения многих патологических состояний, весомая роль психосоциальных факторов риска в кардиологической клинике, наличие психических нарушений тревожно-депрессивного спектра, необходимость повышения приверженности лечению и выполнению врачебных рекомендаций. Реализуемые в кардиологической практике психотерапевтические подходы и психологические воздействия чаще нацелены на коррекцию психоэмоциональных нарушений, обучение управлению стрессом, оптимизацию навыков совладания с заболеванием, гармонизацию межличностных отношений. Модификация психосоциальных факторов риска выводит психологические воздействия на уровень реализации мер профилактики.

**Ключевые слова:** акцентуация характера, тип отношения к болезни, сердечно-сосудистые заболевания, психологическое сопровождение.

**Актуальность.** Хорошо известно правило, что нужно лечить не болезнь, а больного, точнее – болезнь у данного больного. При этом имеется в виду, главным образом, индивидуализация лечения и последующей реабилитации. Больной человек является не только объектом, но и субъектом врачебного действия, то есть участвует в лечебном процессе наравне с врачом. Врач может совершенно правильно поставить диагноз, используя самые современные возможности, правильно назначить лечение, но только от больного зависит его выполнение и успешность реабилитационного периода .

Актуальность данной темы состоит в том, что многолетний интерес исследователей к анализу психологических особенностей больных с кардиальной патологией не является беспочвенным, а ориентирован на задачи клинической практики. На сегодняшний день имеется положительный опыт применения психотерапии и психологической помощи в системе лечения и реабилитации больных ССЗ.

Таким образом, целью данной работы является внедрение программы психологического сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Постановка проблемы.** Следует ожидать, что внедрение программ психологического сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями окажется эффективным в лечении и реабилитации.

Для реализации поставленных целей была составлена программа психологического сопровождения данной категории пациентов.

Цель: Стабилизирование эмоционального и физического состояния пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Задачи:

1. Изменение дезадаптивной системы отношений пациентов к заболеванию.
2. Осознание пациентом механизмов формирования отношения к болезни, формирование адекватных отношений к заболеванию и лечению.
3. Формирование рационального отношения к заболеванию, понимание его причин и характера симптомов

### ***Содержание программы***

#### *Занятие 1.*

Тема: «Снятие эмоционального дискомфорта»

Цель упражнения: Снятие эмоционального напряжения.

Длительность упражнения: 30 минут.

Процедура:

1. Закройте глаза и представьте перед собой зеркало, а в нем Ваше отображение. Присмотритесь: как Вы выглядите в момент наступившего

дискомфорта, как это отражается на выражении Вашего лица, на осанке (Обозов, 1990).

2. Сконцентрируйтесь на физических ощущениях и найдите места, где именно испытываются неуютные ощущения.

3. Суть следующего шага заключается в следующем: Вы должны сами себе (т.е. воображаемому собеседнику, своему отображению) сказать все те слова, которые, по Вашему мнению, успокоят Вас в данной ситуации, ободрят, остановят навязчивую тревогу, самосожаление, самобичевание, самообвинения и восстановит Ваше самоуважение и достоинство. Вложите в эти слова столько эмоциональности и чувств, сколько, по Вашему мнению, нужно будет для достижения поставленной цели. Ваш воображаемый «зеркальный» собеседник будет реагировать на Ваши слова и его ответная реакция станет Вам сигналом – попали ли Ваши слова в цель или они были произнесены впустую.

4. Переключитесь на свои физические ощущения. Если слова дошли до цели, то физические страдания будут утихать и дискомфорт со временем исчезнет. Если же этого не произошло, повторите шаг 3 еще раз.

При необходимости данное упражнение можно повторять несколько раз, главное – это заставить стихнуть физическому эмоциональному дискомфорту – это и есть срочная мгновенная экстренная самопомощь (Кабанов, Мичко, Смирнов, 1983).

#### *Занятие 2.*

Тема «Снятие тревожности пациентов »

Упражнение «Рисунок состояния»

Цель упражнения: Снятие эмоционального напряжения, тревожности, телесных зажимов.

Длительность упражнения: 30 минут.

Процедура:

Участникам предлагается нарисовать «нерабочей» рукой самую любимую игру (или занятие) своего детства и придумать к рисунку название. Понятно, что при рисовании левой рукой «правша» как бы раздвигает границы умений, открывает в себе новые чувства, становится более спонтанным. При этом высока вероятность проявления сильных переживаний, детских страхов, и наоборот, появления ярких творческих образов. Затем можно обсудить, почему именно эта детская игра возникла в воображении? Как чувствовал себя человек, работая над образами? Что чувствует сейчас?

#### *Занятие 3.*

Тема «Дыхательная релаксация»

Цель упражнения: Стабилизация дыхания в стрессовых состояниях.

Длительность упражнения: 5-7 минут.

Процедура:

1. На вдохе, когда легкие заполнены воздухом, задержите дыхание на 1 — 2 секунды прежде, чем начнете делать выдох.

Повторите упражнение 10 раз.

2. Затем выполните похожее упражнение, только теперь задержите дыхание на выдохе прежде, чем сделаете очередной вдох. Повторите упражнение 10 раз.

3. Выполните примерно то же самое, только теперь задерживая дыхание как на вдохе, так и на выдохе. Повторите упражнение 10 раз.

4. Обратите внимание на свои телесные ощущения. 21 повторение задержек дыхания на вдохе и выдохе характерно для буддистской медитации, создающей ощущение глубокой концентрации и покоя.

5. Обратите внимание, является ли ваш вдох более коротким, чем выдох, или наоборот? Как вы полагаете, что может являться причиной этого? Попробуйте сделать вдох и выдох равными по продолжительности.

#### *Занятие 4.*

Тема «Поднятие настроения, активности и самочувствия»

Упражнение «Рисование»

Цель упражнения: Осознание своих эмоций.

Необходимые материалы: Листы бумаги, цветные карандаши.

Длительность упражнения: 20 минут.

Процедура:

Каждый член группы имеет в своем распоряжении много бумаги и цветных карандашей. Используйте одну-две минуты, чтоб осознать ощущения и чувства, которые возникают в этот момент. Забудьте об искусстве и не старайтесь быть художником. Возьмите карандаш и начните наносить какие-нибудь штрихи на бумагу. Рисуйте цветные линии и формы, говорящие о том, как вы себя чувствуете. Попробуйте символически выразить свое состояние в данный момент. Не заставляйте себя рисовать что-то определенное и высокохудожественное. Рисуйте то, что приходит в голову. Когда все члены группы закончат задание, группа может поделиться впечатлениями о каждом рисунке, никак его не оценивая.

#### *Занятие 5.*

Тема «Снятие эмоционального напряжения»

Упражнение «Ладонь»

Цель упражнения: Снятие эмоционального напряжения.

Необходимые материалы: Листы бумаги, цветные карандаши, ручки.

Длительность упражнения: 30 минут.

Процедура:

Участники обводят на листе бумаги контуры своей ладони с разведенными пальцами, после чего раскрашивают рисунок и пишут на каждом из нарисованных пальцев по одной из своих негативных мыслей, а

на широкой части ладони – способы отвлечения от этих мыслей, которые могут послужить помощью в этом («ресурсы»).

В завершении упражнения каждый из участников демонстрирует свой рисунок и рассказывает про него (Кравченко, 2012).

#### *Занятие 6.*

Тема: «Снятие стресса»

Цель упражнения: снятие стресса.

Длительность упражнения: 30- 40 минут.

Процедура:

Это есть своеобразное «очищение мозга» от «ненужных» мыслей.

1. Прислушайтесь к своим чувствам, которые Вы испытываете во время стресса, возможно Вас «прошибает пот» или Вы напряженные от ожидания.

2. Теперь специально сделайте так, чтобы прочувствовать тот момент, когда Вы сильно напряжены. Задайтесь вопросом и ответьте на него: «Ради чего и зачем я так напрягаюсь?».

3. Теперь задайте себе следующий вопрос: «А что мне нужно для того, чтобы я почувствовал(-а) себя лучше?».

4. На 2-3 минуты преувеличьте свои ощущения, пусть Вас на это время «прошибет пот» или наступит колоссальное напряжение. Ничего не предпринимая просто прочувствуйте это состояние и убедитесь в том, что оно занимает очень много энергии и сил, и что эта энергия тратиться в пустую.

5. После проведенного эксперимента-наблюдения ответьте себе: «Нужно ли мне такое напряжение? Хорошо ли это для меня? Хочу ли я избавиться от него?».

6. Следующим шагом будет осознание того, что Ваши требования создают чувство отчаяния.

7. Приступаем непосредственно к релаксации. Для этого нужно представить, что все Ваши мышцы стали подобием податливого теста или поролона. Постарайтесь поймать состояние равновесия.

8. «Очищаем свой мозг от ненужного» и делаем что-то конструктивное и нужное вместо того, чтобы впустую тратить свои силы и энергию для бесполезного напряжения или «прошибания».

9. Последним шагом будет осознанная замена Ваших требований на Ваши предпочтения (Павлов, 2012).

#### *Занятие 7.*

Тема: «Причины и механизмы болезненных ощущений. Разъяснение самоидентичности».

Цель: разъяснение пациенту причин и механизмов его болезненных ощущений и подтверждение его самоидентичности.

Длительность: 40 минут

Процедура:

Такое вмешательство осуществляется, в основном, с использованием метода психотерапевтической беседы — либо проводящейся отдельно, либо, вероятнее, в структуре планового осмотра больного. Темы такого рода бесед могут быть сведены к двум основным направлениям: разъяснение пациенту причин и механизмов его болезненных ощущений и подтверждение его самоидентичности.

Первое направление бесед преследует двоякую цель: во-первых, устранить неясность и провоцируемую ею тревогу, вызванные диффузностью меняющейся схемы тела; во-вторых — помочь больному яснее провести границу между собственным «Я» и болезнью. Тем самым будет облегчено и ускорено формирование новой интегральной схемы тела у больного, с учётом изменений, внесённых болезнью.

Второе направление психотерапевтических бесед с больным, неразрывно связанное с первым, прямо адресовано к его самоидентичности, к отделению последней от переживаний, связанных с болезненными ощущениями. Для реализации второго направления полезно привлечь такие приёмы, как обращение к больному по его личному имени (имени-отчеству), опора на его «догоспитальный» опыт — иными словами, любые способы привлечения внимания пациента к его собственной личности, сохраняющей свою идентичность независимо от наличия болезни. Следует отметить, что обращение по фамилии, а тем более обезличенное «больной» — не просто невежливо, но может быть и вредным для больного, неявным образом подрывая его самоидентичность.

*Занятие 8.*

Тема: «Облегчение боли»

Цель: ослабление болевых ощущений.

Длительность: 20 минут

Процедура:

Больного просят прикрыть глаза и представить себе тот цвет, который, по его мнению соответствует его болевому ощущению. Затем больного просят усилием воли плавно, постепенно изменить представленный цвет на какой-либо другой (обычно контрастный — красный на зелёный и т.п.) Вместе с изменением воображаемого цвета снижается и острота переживания боли. Трансформировать можно не только цвет, но и другие воображаемые характеристики того или иного ощущения (Личко, 1980).

*Занятие 9.*

Тема: «Техника столкновения с ограничениями реальности»

Цель: изменение точки зрения пациента о реальности.

Длительность: 40 минут

Процедура:

Во-первых, психотерапевт может помочь определить те жизненные сферы, на которые пациент в силах продолжать влиять, несмотря на возникшие ограничения. Так, например, изменить факт тяжелого заболевания не в силах никто, но только от человека зависит, занять ли ему по отношению к этому факту позицию пассивной жертвы или попытаться найти аристос — «наилучшее в данной ситуации» (классические примеры — «настоящий человек» А. Маресьев, цирковой артист В. Диккуль и т. п.).

Во-вторых, психотерапевт может изменить существующую установку по отношению к тем ограничениям, которые изменить нельзя. Речь идет как о принятии существующей в жизни несправедливости, так и о рефрейминге по типу «если не можешь поменять ситуацию, поменяй свое отношение к ней».

### *Занятие 10.*

Тема: «Техника разрешения терпеть»

Цель: Самораскрытие пациента.

Продолжительность: 30 минут.

Процедура:

Состоит в том, чтобы дать пациентам понять, что обсуждение проблем, связанных со смертью, высоко ценится в консультировании. Это может быть сделано посредством проявления интереса к самораскрытию пациентов в данной области, а также посредством поощрения их самораскрытия. Кроме того, не следует поддерживать у пациентов отрицание смерти. Наоборот, необходимо активно способствовать тому, чтобы эти вопросы оставались «на виду». Для этого психотерапевт сам должен быть устойчивыми к собственной тревоге, связанной со смертью.

Ведя беседу с пациентом о важности и ответственности той работы, переживаний, которые его заботят, психотерапевт внезапно просит пациента остановиться и прислушаться, а затем сказать, что он слышит. Например, тиканье часов. Необходимо пояснить, что это не просто часы: они отмеривают время. Время, которое отпущено нам на сегодняшнюю встречу. А еще время, которое в целом отпущено нам на жизнь. У каждого оно разное и зависит от генетики, образа жизни, воли к жизни и еще массы других факторов. Но в одном оно похоже — его нельзя рассчитать и повернуть вспять. А теперь подумайте, действительно ли важность и престижность той работы, которой вы занимаетесь, — это те значимые вещи, ради которых вы готовы потратить столько своего личного времени?»

### *Занятие 11.*

Тема «Завершающий этап в работе психологического сопровождения. » Рекомендации» (Best, Addison, 2000).

Освобождение пациента от негативных мыслей, сопровождающих в период своей болезни, обсуждение положительных и отрицательных

моментов в процессе прохождений упражнений на релаксацию, дыхание, снижение тревоги, стресса и поднятию настроения, активности и самочувствия. Анализ проделанной работы в общей картине пациента. Предоставление рекомендаций пациентам по поддержанию своего эмоционального состояния.

Рекомендации по поддержанию своего эмоционального состояния пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Забота о своем эмоциональном состоянии.

Овладение методами снятия эмоционального напряжения.

Снижение к минимуму употребление спиртных напитков, отказ от курения.

Правильное сбалансированное питание.

Включение в режим дня физических упражнений.

Избегать просмотра возбуждающих программ, кинофильмов с насилием и убийствами, обсуждения этих тем; избегать ситуаций, которые усиливают беспокойство.

Данные упражнения направлены на изменение дезадаптивной системы отношений пациентов к заболеванию; осознание пациентом механизмов формирования отношения к болезни, формирование адекватных отношений к заболеванию и лечению; формирование рационального отношения к заболеванию, понимание его причин и характера симптомов.

Можно сказать, что вышеизложенная программа окажет возможность самостоятельно справляться с негативными психологическими аспектами, возникающими в период течения заболевания без сопровождения психолога.

### **Список литературы**

1. Кабанов М.М., Мичко А.Я., Смирнов В.Ж. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л. : Медицина : Ленингр. отд-ние, 1983. 311 с.
2. Кравченко Ю.Е. Психология эмоции. Классические и современные теории и исследования. М. : Форум, 2012. 544 с.
3. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии. 1980. № 8.
4. Обозов Н.Н. Психология работы с людьми: советы руководителю. Киев: Политиздат Украины, 1990. 205 с.
5. Павлов И.С. Психотерапия в практике. Технология психотерапевтического процесса. М. : Акад. Проект; Культура, 2012. 512 с.
6. Best J.B., Addison W.E. A Preliminary Study of Perceived Warmth of Professor and Student Evaluations // Teach. Psychol. 2000. Vol. 27, № 1. P. 60-62.
7. Brown D.T., Benson A.J., Walker N.W. [et al.] A systemic view of higher education and professional psychology: Implications of the Combined-Integrated model of doctoral training // J. Clin. Psychol. 2004. Vol. 60, № 10. P. 1091-1108.

## ВОЗМОЖНОСТИ АРТ-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОЗАМИ

К.В. Хохлова, Е.А. Солдатова, М.А. Лисняк

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** В статье обсуждаются возможности современных подходов в арт-терапии к коррекции эмоциональных нарушений у эндогенных больных. Описаны механизмы воздействия арт-терапии на пациента, обозначены перспективы применения данного метода как в условиях психиатрического стационара, так и при оказании психиатрическим пациентам амбулаторной помощи.

**Ключевые слова.** Арт-терапия, психотерапия, эмоциональные нарушения, депрессивный синдром, эндогенные психозы, ресоциализация.

**Актуальность.** В отечественной психиатрии традиционно сложилось представление о том, что лечить эндогенные психические нарушения следует исключительно медикаментозно. Во многом эти представления подкреплялись клинической практикой, наглядно демонстрирующей относительно низкую эффективность исключительно психотерапевтических подходов в лечении биполярного аффективного расстройства и шизофрении. Следует учесть, что до недавнего времени психиатрическим пациентам в отечественной практике предлагали весьма ограниченный набор психотерапевтических методик, чаще всего ограничивались использованием рациональной психотерапии.

Последние десятилетия внесли существенные коррективы в стандарты лечения эндогенных психических расстройств. Современная психофармакотерапия позволяет существенно улучшать качество жизни пациентов, сохранять их личностный и трудовой потенциал. И на этом фоне актуальным становится использование психотерапевтических методик, способствующих ресоциализации этих людей. Одним из самых перспективных направлений для использования в большой психиатрии является арт-терапия.

Арт-терапия является сравнительно молодой наукой, зародившейся одновременно в Англии и США, на стыке нескольких наук (психологии, медицины, психиатрии, и так же затронула искусство). Первым человеком, использовавшим термин «арт-терапия» был Адриан Хилл, в 1938 году открывший терапевтический эффект рисунка и живописи во время восстановления в санатории от туберкулеза. Позже, он создал Британскую Ассоциацию Арт-терапевтов в 1964 и стал ее первым президентом.

С 40 – 60 г. двадцатого столетия приемы арт-терапии, в своей практике начали применять последователи З.Фрейда и К.Юнга используя продукты изобразительного творчества пациентов в рамках психодинамического подхода для анализа отражения бессознательных процессов. Несколько позже, в 60 – 80 годах на методы арт терапии обратили свое внимание такие представители гуманистической психологии, как К. Роджерс, Ф. Перлз, А. Маслоу, Р. Мей. Ученые этого направления психологии в значительной мере расширили теоретические и практические концепции методов как групповой, так и индивидуальной арт-терапии. (Копытин, 2001).

В связи с богатством возможностей широкое применение арт-терапия получила в психиатрической практике. Не заменяя лечение психотропными препаратами, назначаемыми по клиническим показаниям, арт-терапия, проводимая подготовленным специалистом, способна существенно обогатить арсенал используемых в психиатрии современных средств, усилить эффект и отдаленные результаты комплексной реабилитации, сделать максимально щадящим и гуманным ее проведение. В первую очередь арт-терапия направлена на коррекцию эмоциональных нарушений, которых предостаточно в структуре многих психических заболеваний.

Депрессивные расстройства относятся к числу наиболее частых психических заболеваний, трудно диагностируемых и не всегда хорошо поддающихся терапии. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году депрессия будет занимать первое место среди заболеваний по длительности нетрудоспособности в году. В настоящее время депрессией страдают 26% женщин и 12% мужчин.

Клиническую картину типичного депрессивного синдрома принято описывать в виде триады симптомов: снижения настроения (гипотимия), замедления мышления (ассоциативная заторможенность) и двигательной заторможенности.

Главным симптомообразующим признаком является снижение настроения. Гипотимия проявляется в характерных интонациях, скорбной мимике, позе. Больные жалуются на тоску, подавленность, тревогу, печаль, выраженность этих чувств бывает различной, от легкого пессимизма и грусти (субдепрессия) до тяжелого, почти физического ощущения «камня на сердце» (витальная тоска). Замедление мышления при легкой депрессии выражается односложной речью, долгим обдумыванием ответа. В более тяжелых случаях пациенты с трудом осмысливают заданный вопрос, неспособны справиться с простейшими логическими заданиями, молчаливы, спонтанная речь отсутствует, однако полного аутизма обычно не бывает (Незнанов, 2016).

При наличии депрессивного синдрома часто присутствует двигательная заторможенность, медлительность, в особо тяжелых формах встречается депрессивный ступор. Одной из главных проблем при депрессии является крайне низкая самооценка – человек уверен в собственной ни-

чтожности и уверяет в этом других. При занятиях с терапевтом такой больной удивляется тому, что ему уделяется время. Так же низкая самооценка проявляется в уверенности в том, что больной принес своим родным только беды и разочарования, берут на себя ответственность в чужих бедах, мировых катаклизмах. Совместно с этими симптомами отмечается подавление всех или большинства базовых влечений (снижается аппетит, либо наблюдаются приступы переедания), отсутствие интереса к противоположному полу (с нарушениями соответствующих физиологических процессов). Апатия, безразличие к своему внешнему виду, здоровью, отсутствие чувства удовольствия, заинтересованности чем-либо. Вместе с этим идет упорная бессонница – пациент плохо спит ночью и не может отдохнуть днем.

Самой большой проблемой при депрессии является предрасположенность к суициду, именно это делает указанное заболевание таким опасным, и поэтому привлекает к себе повышенное внимание со стороны ВОЗ и общественности. Мысли об уходе из жизни присущи практически всем страдающим депрессией. Это опасно так же тем, что может проявляться в форме так называемого «расширенного суицида» - когда больной убивает своих детей и других членов семьи, чтобы «избавить их от грядущих мук» (Иванец, 2006).

Сейчас активно разворачивается информирование общества об опасности депрессивного синдрома и необходимости борьбы с ним под руководством квалифицированного специалиста. Вместе с этим, даже получая соответствующее лечение в психоневрологическом диспансере или при индивидуальной психотерапии, упускается из виду дальнейшая помощь в социализации человека и возвращении его в общество в качестве полноценного участника.

Одним из действенных вариантов последующей терапии является арт-терапия. Позволяет сохранять чувство безопасности и защищенности у пациента, и аккуратно помогать ему прорабатывать имеющиеся социальные проблемы на основе нарисованных им изображений.

Чем же полезна именно арт-терапия? С учетом ранее перечисленных особенностей депрессивного синдрома, люди не очень активно идут на контакт, не склонны «обнажать душу», им тяжело говорить и сложно анализировать. Нужно помнить, что когда в жизнь человека приходит психоневрологическое заболевание (в частности, депрессия), то он может утратить смысл дальнейшего существования, его постигнет так называемый экзистенциальный кризис, который привносит в жизнь гораздо больше страданий, чем сами симптомы болезни (Абрамов, 2014).

Поведение больного во время лечения и после него во многом зависит от семейного положения, уровня материального благополучия, социальной защищенности, востребованности в обществе – социального положения.

Арт-терапия представляет собой непрерывное трехстороннее (пациент, психолог и продукт изобразительной деятельности) взаимодействие, где психолог является посредником между пациентом и продуктом. Этот способ считается одним из самых мягких и в то же время самых глубоких методов психологов и психотерапевтов, который не имеет ограничений и противопоказаний, и используется с целью активизации образно-ассоциативной сферы пациента, способствует преодолению психологических защит и сопротивления.

Особенностью данной методики является опосредованное воздействие на внутренний мир пациента через художественное творчество. Методика основывается на самовыражении, самоидентичности, способствует повышению самооценки и самостоятельности.

Через прорабатывание заблокированных и/или не осознаваемых чувств, эмоций, состояний средствами терапии искусств, происходит изменение стереотипов поведения, повышение адаптационных способностей, нахождение компенсаторных и ресурсных возможностей клиента (пациента), и в конечном итоге — успешное интегрирование его в общество и помощь в адаптации. Это очень важный момент, ибо у больных, которые долгое время проводят в стенах диспансера после выписки отмечается «госпитализм». Больной отучивается решать свои обычные житейские проблемы, адекватно реагировать на социум.

Арт-терапия дает возможность дистанцироваться от болезненных симптомов, болезни и ее последствий, отразить в рисунке свое состояние, желания, проблемы, которые зачастую трудно выразить вербально. Позитивная динамика рисунка будет отражать развитие личности.

При условии того, что мы рассматриваем арт-терапию как поддерживающую методику после прохождения основного лечения, подойдет вариант краткосрочной арт-терапии.

В данном виде арт-терапии акцент делается на сам процесс изобразительного творчества, при этом учитывается индивидуальный темп работы пациента, динамику восстановления. Возможно проведение сессий с тематическим подходом, что позволяет уделить внимание какой-либо определенной теме и проблеме.

Как правило, краткосрочная арт-терапия предполагает возможность открытых сессий, совместно с родственниками пациента. Очень важно, что в данном случае акцент сделан именно на самовыражение. Групповая работа вместе с родственниками позволит понять, как оценивает свое положение в обществе пациент, и как это оценивают родные (Копытин, 2001).

Разумеется, при проведении подобного мероприятия нужно соблюдать некоторые правила.

Рекомендуется регулярность подобных занятий, определенный набор используемых инструментов, правила поведения, которые нужно оговорить заранее. Не стоит ограничивать свободу пациента, он должен

сам определять степень своей вовлеченности в работу. Завершенные работы обсуждаются только с согласия автора, анализ должен строиться на высказываниях пациента о работе.

В процессе работы можно наблюдать динамику состояния пациентов, которая проявляется в движении в сторону более открытой позиции, к осознанию смысла творческой работы.

Арт-терапия способствует удовлетворению потребностей в самопознании и положительном принятии себя; творческом и осмысленном времяпрепровождении; эмоциональной поддержке, самовыражении и самосовершенствовании; признании собственных сильных и слабых сторон личности; общении, обмене опытом и принадлежности к группе; выражении социально неприемлемых чувств и мыслей в атмосфере терпимости и принятия; освоении новых форм опыта в соотношении собственных чувств и мыслей с реальностью. Именно поэтому арт-терапия рассмотрена нами как методика, подходящая для повторной социализации пациентов, прошедших курс лечения от депрессивного синдрома. Методика позволяет снять психологический дистресс, возвращает душевный комфорт, целостность.

В отличие от других стран, в России внедрение арт-терапии в деятельность психиатрических учреждений проводится не профессиональными арт-терапевтами, а врачами-психиатрами. С одной стороны, это гарантирует тесный союз арт-терапии и медицины, но с другой стороны, есть некоторый риск преуменьшения художественной составляющей методики.

Арт-терапия с успехом может быть применена как при тяжелых эндогенных психических расстройствах (шизофрения и биполярное аффективное расстройство), так и особенно эффективна при «пограничных» состояниях. В частности, при такой патологии психики как неврозы, расстройства личности, различные психосоматические нарушения, делящиеся внутри- и межличностные конфликты. Согласно трудам А.И.Копытина в зависимости от стадии лечебно-реабилитационного процесса можно выделить два этапа:

Применение арт-терапии в остром и подостром психотическом состоянии, или в состоянии декомпенсации, проводимое в условиях психиатрической больницы или дневного стационара

Применение арт-терапии на последующих этапах лечения и реабилитации.

Например, при лечении шизофрении основными задачи психотерапии являются предотвращение аутизации и изоляции больных в обществе, их социальная активация и коррекция реакций больных в ответ на ситуации связанные с болезнью, подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма (Абрамов, 2010).

Обобщение результатов применения арт-терапии на практике в стенах психиатрической больницы показало, что на конечных этапах реабилитации целесообразно расширение тематических занятий, за счет добавления музыкальной, танцевальной, драматической экспрессии. Все

в комплексе оказывает на пациентов стимулирующее воздействие, расширяет диапазон их творческих и коммуникативных возможностей, способов коммуникации в группе (Гурович, 2004).

Так же, использование арт-терапии эффективно показало себя при комплексной терапии при биполярном аффективном расстройстве. Как известно, больные с биполярным расстройством испытывают смену симптомов мании и депрессии, но иногда они наблюдаются одновременно. Так, мания может предшествовать депрессии, развиваться на выходе из депрессивного эпизода или возникать независимо от них. У большей части пациентов приступы депрессии бывают единственным проявлением заболевания, и мания в течение жизни вообще не возникает. Однако, в рамках рассмотрения методики арт-терапии интересна именно маниакальная фаза. Типичная мания проявляется деятельной радостью, активностью, заинтересованностью во всем, инициативностью, быстрым скачущим мышлением, повышенной отвлекаемостью, стремлением помогать окружающим. Считается, что больные в этой фазе могут преобразовывать свои мысли в произведения искусства, поэзию или дизайн. Мы знаем много примеров тому, что при исследовании выдвинутой выше гипотезы зачастую ставятся посмертные диагнозы гениальным личностям, таким как Людвиг ван Бетховен, Эрнест Хемингуэй, Исаак Ньютон и другие. Однако связь между гениальностью в искусстве и наличием биполярного расстройства пока недостаточно изучена (Гурович, 2004).

Учитывая вышесказанное, можно заключить, что применение арт-терапии в качестве метода именно ресоциализации пациентов, прошедших лечения – обширное поле для работы нескольких специалистов в команде. Именно поэтому целесообразна командная работа психиатров и медицинских психологов, это позволит сделать лечение пациентов с эндогенными психическими и пограничными расстройствами наиболее эффективным, помочь пациентам с ресоциализацией, интеграцией в общество, повысить их творческие и коммуникативные возможности.

### Список литературы

1. Арт-терапия / сост. и общ. ред. А.И. Копытина. СПб.: Питер, 2001. 320 с.
2. Абрамов В.А., Путятин Г.Г., Осокина О.И. [и др.] Госпитализм у больных шизофренией : монография. Донецк: ДонНМУ, 2010. 181 с.
3. Абрамов В.А., Осокина О.И., Ивнев Б.Б. Жизнь с психическим расстройством: экзистенциально-личностные аспекты выздоровления. Донецк: Каштан, 2014. 424 с.
4. Медицинская психология : учеб. пособие (для самоподготовки студентов) / под ред. проф. В.А. Абрамова. Донецк: Каштан, 2008.
5. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинулькина М.А. Психиатрия и наркология. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. 882 с.
6. Незнанов Н.Г. Психиатрия. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. 598 с.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М. : ИД Медпрактика-М, 2004. 492 с.

## ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

А.В. Чубар, Е.И. Стоянова

*Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

**Аннотация.** в данной статье представлены результаты исследования и коррекция уровня тревожности пациенток с диагнозом рак молочной железы. Согласно данным, рак молочной железы может продиагностирован у 1 из 8 женщин в мире в течении жизни. Тревожность часто возникает у пациентов с онкологией и оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов, результативность лечения и отношение к собственному заболеванию. Тревожность, как известно, влияет на психологическое и физическое здоровье, межличностные отношения с семьей, друзьями и обществом. Тревожность поддается коррекции, поэтому необходимая психологическая помощь и соответствующее медицинское вмешательство должно стать совместной работой для сопровождения лиц с онкологией.

**Ключевые слова:** тревожность, диагностика тревожности, рак молочной железы, женщины, коррекция тревожности.

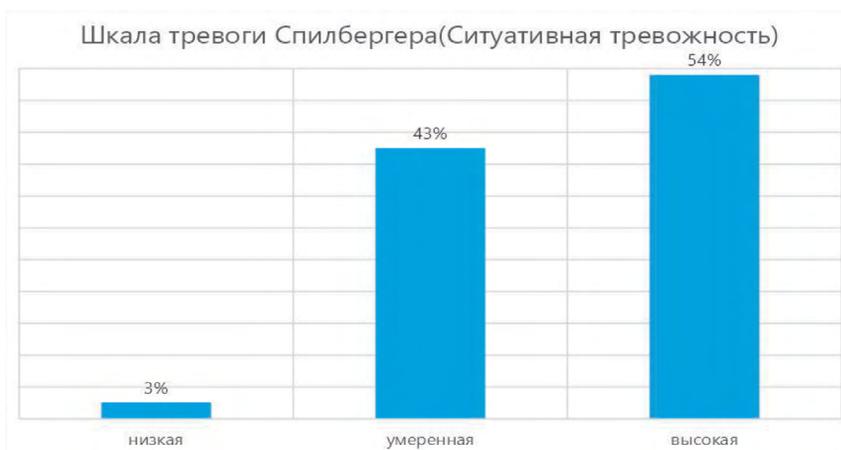
**Актуальность.** Ежегодно в нашей стране увеличивается количество больных, страдающих онкологическими заболеваниями. По данным Министерства Здравоохранения за 2017 диагноз рак молочной железы поставили 70,6 тыс. раз. За последние пять лет такие новообразования стали выявлять на 16,2% чаще (Минздрав, 2017).

Медицинское лечение патологии молочной железы, вызванное тяжестью симптомов, длительностью лечения и неоднозначностью прогнозов, влечет за собой кардинальное изменение в жизни, которое может проявляет побочные эффекты не только физического характера, но и эмоционального. Болезнь и дальнейшее лечение может спровоцировать появление широкого спектра чувств, которые значительно влияют на самочувствие, настрой, восприятие заболевания.

**Постановка проблемы.** Помимо лечения само заболевание сопровождается тяжелым психологическим состоянием. Эмоциональное напряжение возникает вследствие чувства потери женственности, страх перед проблемами в семейной жизни, появляется страх социальной изоляции. Перед пациенткой возникает потребность в адаптации к новой жизненной ситуации, формирования адекватного отношения к собственной личности и собственному здоровью.

Исследование проводилось на базе КГБУЗ Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского.

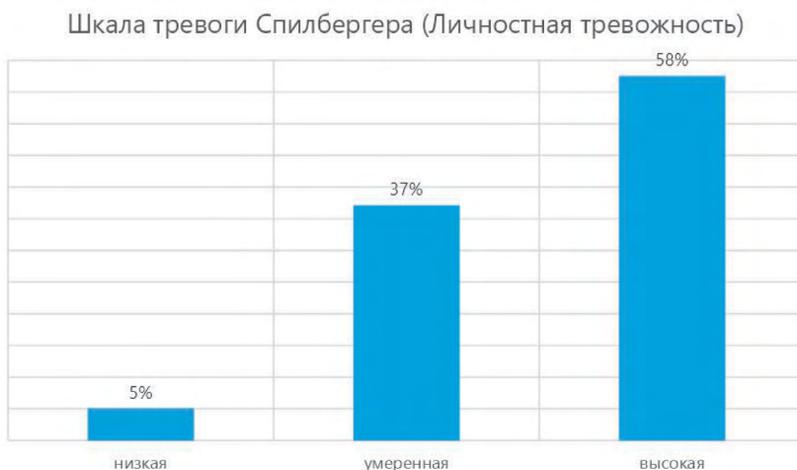
В исследовании приняли участие 40 пациенток с диагнозом рак молочной железы в послеоперационный период. Возрастной диапазон от 45 до 60 лет. Данный возрастной диапазон был выбран из расчета, что резко увеличивается заболеваемость после 40 лет, достигая максимума к 64 годам. Только 6,5% всех случаев опухоли диагностируется до 39 лет (Давыдов, 2002). Цель работы состоит в том, чтобы изучить состояние тревожности у пациенток, страдающих раком молочной железы. Для исследования были использованы методики: Шкала тревоги Спилбергера (интерпретация Ханина Ю.Л.), Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (интерпретация Норакидзе В.Г.), Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (шкала тревоги). Результаты исследования. В ходе проведения исследования были выявлены следующие результаты:



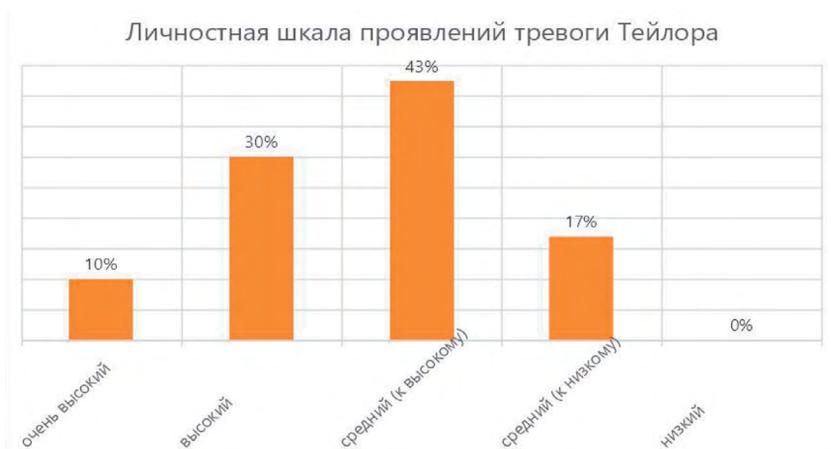
**Рис. 1.** Результаты исследования ситуативного уровня тревожности с помощью методики шкалы Спилбергера

Анализируя полученные данные по методике Спилберга можно констатировать, что у женщин, имеющих онкологию молочной железы, в большинстве случаев выявляется высокий уровень личностной (ЛТ) (28 человек - 58%) и ситуативной тревожности (СТ) (22 человека - 54%). Средний уровень ЛТ и СТ выявлен у 15 (37%) и 17 (42%) женщин. Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Низкий уровень ЛТ и СТ встретился у 2 (5%) и 1 (3%) пациенток. Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение актив-

ности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач (Куташов, Самсонов, Будневский, 2014).



**Рис. 2.** Результаты исследования личного уровня тревожности с помощью методики шкалы Спилберга



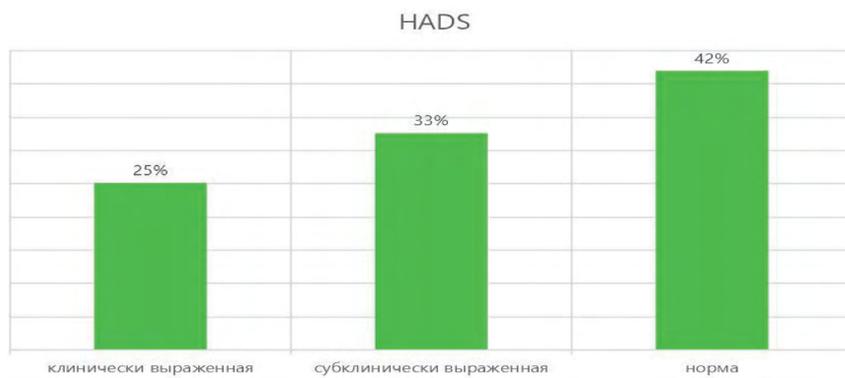
**Рис. 3.** Результаты исследования личного проявления тревоги по методике Тейлора

Результаты по методике Тейлора показывают, что у пациенток с диагнозом рак молочной железы, в большинстве случаев выявляется средний (с тенденцией к высокому) уровень личностного проявления тревоги - 17 человек (43%). Высокий уровень наблюдается у 12 пациенток (30%) и очень высокий уровень у 4 (10%) пациенток. Средний (с тенденцией к низкому) уровень проявляется у 7 (17%) пациенток. Низкий уровень тревожности не проявляется ни у кого (0%).

Результаты по методике HUDS показывают, что у пациенток с диагнозом рак молочной железы тревога клинически выражена у 10 (25%) пациенток. Субклинически выраженная тревожность наблюдается у 13 (33%) пациенток. Норма у 17 (42%) пациенток, где выраженные симптомы тревожности отсутствуют.

Для пациенток с диагнозом рак молочной железы до проведения психокоррекционных мероприятий характерны следующие особенности: склонность воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций, проявляется пессимистичность в оценке своих перспектив, неуверенность к своим возможностям, чувствительность к внешним воздействиям.

План коррекционной работы создавался с учетом, что психокоррекция проводится в послеоперационный период, что проявляется в дискомфорте в зоне и ближайших участках тела, где была произведена операция.



**Рис. 4.** Результаты исследования по шкале HADS (уровень тревоги)

Целями психологической коррекции являются:

1. создание благоприятных условий для снижения уровня тревожности;
2. улучшение психоэмоционального состояния;
3. создание положительного настроения на прохождение лечения и активную борьбу с заболеванием;

4. поиск дополнительных психологических ресурсов.

Психологическая коррекция тревожности включает в себя:

1. Знакомство с группой, обсуждение правил тренинга, установление первичного контакта.
2. Выявление ситуаций, вызывающих тревогу, поиск ресурсов для работы с тревогой, снижение тревоги.
3. Понижение уровня тревожности с помощью метода Арт-терапии.
4. Разграничение ощущений, эмоций, представлений.
5. Работа с внутренней картиной болезни.
6. Поиск ресурсов для работы с тревогой и собственной болезнью.
7. Настрой пациентов на позитивное будущее.

Выводы. Таким образом, с помощью сравнительного анализа результатов исследования, можно сделать вывод о том, что повышенный уровень тревожности у пациенток с диагнозом рак молочной железы проявляется в половине случаев. В этом деле повышенная тревожность оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов, результативность лечения и отношение к собственному заболеванию. Тревожность поддается коррекции, поэтому необходимая психологическая помощь и соответствующее медицинское вмешательство должно стать совместной работой для сопровождения лиц с онкологией.

### Список литературы

1. Аверьянова С.В. Психоиммунологические особенности больных раком молочной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. 2000. № 1-2. С. 79.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные образования в России и странах СНГ в 2001 году. М. : РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2002. 281 с.
3. Куташов В.А., Самсонов А.С., Будневский А.В. Интеллектуализация анализа распространенности депрессивно-тревожных расстройств в клинике внутренних болезней // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2014. Т. 13, № 4. С. 993–996.
4. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубев Н.А. Заболеваемость всего населения России в 2017 году. Статистические материалы. М. : М-во здравоохранения Российской Федерации, 2018. 140 с.
5. Хабарова Т.Ю. Особенности психотерапевтической коррекции тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с церебральным инсультом в раннем восстановительном периоде // Молодой ученый. 2015. № 14. С. 108-112.
6. Хабарова Т.Ю. Применение арт-терапии в лечении депрессивных и зависимых пациентов // Молодой ученый. 2015. № 4. С. 107-111.
7. Abramson L.Y., Seligman M.E., Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation // J. Abnormal Psychol. 2014. № 7. P. 49-74.
8. Leszczynski A. Spatial big data and anxieties of control // Environment and Planning D: Society and Space. 2015. № 4. P. 965-984.

## ФИЗИЧЕСКИЙ ПЕРФЕКЦИОНИЗМ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

И.О. Южакова, Ю.Н. Желонкина

*Лесосибирский педагогический институт - филиал Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлены результаты теоретического исследования психологического феномена физического перфекционизма, проанализирована проблема высоких требований и стандартов относительно своего телосложения лиц имеющих перфекционистские формы поведения, рассмотрена значимость макро- и микросоциальных факторов в развитии физического перфекционизма, неудовлетворенности образом тела, раскрыты причины формирования деструктивного перфекционизма, ориентированного на внешность и его негативных последствий.

**Ключевые слова:** перфекционизм, физическая красота, физический перфекционизм, физическая культура, здоровый образ жизни, перфекционизм, психология телесности.

**Актуальность.** Немаловажным аспектом в жизни каждого человека является его соответствие общественным стандартам красоты. Каждая эпоха имеет свои представления о физической красоте тела, «как об идеале почти не достижимом, - о прекрасном физическом облике человека». Постоянная смена идеалов и канонов красоты приводит к выработке идеального типа человека, идеального «образца», образа тела, которому подражает все поколение, в котором отражается нравственное воспитание, что является отражением морального состояния общества в целом (Тарковский, 1986).

Красота тела не становится только современной проблемой, погоня за красотой, как мы уже знаем, воодушевляла человека на протяжении всей истории его существования. Еще Н. А. Заболоцкий в стихотворении «Некрасивая девочка» размышляет над тем «... что есть красота и почему ее обожествляют люди?» (Муравов, 1981).

«Мода» на занятия физической культурой, спортом, фитнесом позволяет рассматривать увлечения совершенствованием тела как благо, так как ориентация на красивый образ тела и здоровый организм предполагает здоровье всей человеческой популяции в целом. Ориентиры на физическую красоту, в частности, увлечения физической культурой, фитнесом, спортом как профессиональным, так или нет, помогают каждому добиться определенного уровня физического самосовершенствования (Муравов, 1981).

«Стройность тела и состояние развитости мускулатуры современно человека, ориентированного на стандарты красоты напрямую влияют на самочувствие, физическое и психическое здоровье, а так же самооценку

индивида» (Тарханова, 2014). Так же занятия в плане физического самосовершенствования являются источником ценнейших волевых качеств индивида (сила, упорство, находчивость, мужество). Вместе с этим они являются самым мощным средством формирования физической красоты человека (физические упражнения формируют гармоничную фигуру, исправляют нарушения телосложения, способствуют улучшению осанки и т.д.) (Муравов, 1981).

Так или иначе, каждый человек стремится стать лучше в физическом плане, привлекательней, и действительно, «хочешь быть красивым – будь им!» (Тарковский, 1986).

И действительно все хотят быть красивыми, это значимо для нас. Мы существа социальные и наша самооценка, и самоощущение зависит от общественной оценки, когда мы видим, что нравимся другим людям, мы нравимся себе тоже именно поэтому мы и стремимся к существующим идеалам, идеалам красоты, принятым и одобряемым нашим обществом, в то время, в котором мы живем.

Однако в современной быстроменяющейся культуре в сознании человека возникают неадекватные стремления «быть постоянно лучше», «лучше всех». Вызвано это необходимостью постоянно конкурировать между собой и доказывать свою состоятельность. Положительная общественная оценка и одобрение всегда являются важным для любого члена общества, а индивид, не имеющий чувства поддержки со стороны общества, чувствуя свою «физическую ничтожность», может быть «духовно раздавлен этим» (Холмогорова, 2010). Результаты исследований Г. А. Ариной и С. Е. Мартынова показывают, что у людей, недовольных своим внешним видом, гипертрофирована значимость внешней привлекательности и соответствия современной моде (сфере ценностных ориентаций) и наблюдается дефицит самоуважения и уверенности в себе (в системе их самоотношения) (Цыганкова, 2010; Лабунская, 2017).

**Постановка проблемы.** Таким образом, рассматривая вопрос физической красоты человека, можно увидеть парадокс в его необоснованном увлечении чрезмерным совершенствованием тела, которое неизбежно ведет не к его улучшению, а, наоборот, подрыву здоровья и ухудшению способности жизнедеятельности организма. Рассматривая наш организм как физический механизм, мы осознаем, что он подчиняется целому ряду законов и ограничений: имеет ограничения в поднятии тяжестей, в скорости передвижения, организм устает, ослабевает, подвержен деструкции со стороны внешнего мира. Зачастую, при достижении идеального, совершенного тела мы забываем, что необходимо мириться с его ограничениями и особенностями, не осознаем, что придуманный нами идеал не всегда можно воплотить в реальность (Тхостов, 2002).

Особо актуальным в последнее время становится изучение чрезмерных стремлений совершенствования своего физического облика. В дан-

ном контексте используют термин «перфекционизм, ориентированный на внешность» или «физический перфекционизм». В самом широком смысле перфекционизм – стремление к совершенству, превосходству. А физический перфекционизм рассматривают как «систему личностных представлений и установок, связанных со своим внешним видом» (Холмогорова, 2010).

Феномен физического перфекционизма, согласно зарубежным и отечественным исследованиям, становится весьма распространенной формой перфекционного поведения среди молодежи и в современных условиях приобретает «злокачественный» характер. Физический перфекционизм, как и общий уровень перфекционизма коррелирует с другими психологическими явлениями: с эмоциональной дезадаптацией, неудовлетворенностью своим телом, нарушениями пищевого поведения (Холмогорова, 2010), имеет положительные корреляты с социально ориентированным аспектом общего перфекционизма. У лиц, занимающихся коррекцией фигуры, эмоциональное неблагополучие проявляется в виде выраженных симптомов с депрессии и тревоги. Процессы адаптации у лиц с физическим перфекционизмом затруднены и наблюдается существенное снижение способности к адаптации в новой среде, профессиональной ориентации и профессионализации (Тарханова, 2014). Так же перфекционизм может являться причиной различных форм саморазрушительного поведения: необходимость обращения к пластической хирургии и злоупотребление данными видами хирургических вмешательств, разные виды модификаций тела, патологических состояний нервной анорексии, а так же физических или интеллектуальных перегрузок (Цыганкова, 2010).

Причин появления и закрепления перфекционных форм в поведении индивида много, но, тем не менее, среди основных принято выделять социокультурную среду и особенности семейного воспитания.

Проблема физического перфекционизма и недостаточной удовлетворенности своим внешним видом, раскрывается в современной отечественной новой области психологического знания «психологии телесности», основанной на культурно-исторической концепции развития психики Л. С. Выготского, методологической основой исследований которой послужили положения о важнейшей роли социокультурных факторов в формировании телесных нарушений и патологий (Тарханова, 2014).

Социокультурные факторы включают в себе влияние агрессивной рекламы и средств массовой информации, идеализацию внешнего облика в киноиндустрии, массовой культуре (пропагандирующей определенный образ жизни), ориентирующие человека к формированию невротической потребности соответствия «культу красоты и успеха», призывая «быть лучше всех» и «достигать успеха любой ценой». Ориентация и копирование западноевропейских, других культур их поведения, стиля

жизни, «моды» на одежду, фигуру, и распространение на этой основе стереотипов поведения, а так же завышенные социальные ожидания к личности отдельного индивида способствуют формированию перфекционизма (Гаранян, 2001; Лабунская, 2017). Стремление к недостижимому идеалу, постоянному совершенствованию внешнего вида поддерживается социокультурными общественными стандартами и современными канонами красоты, подвергая человека давлению множества «императивов нарциссического и перфекционистского характера», провоцируя тем самым появление и закрепление перфекционистских черт. В данном ключе речь идет о нарциссической культуре искаженных представлений и эталонов, ставящих во главу ценностей поверхностные атрибуты силы, благополучия, красоты и успешности, которые, безусловно, становятся «важной характеристикой человека нашего времени», «болезнью культуры», «культурной патологией» (Гаранян, 2001). А ориентиры на внешние атрибуты красоты и успешности заставляет общество забывать настоящих ценностей, настоящей красоты, которая не должна требовать таких жертв, которые приводят не к улучшению, а, наоборот, к деформации и искажению представлений об идеале.

Семья, в свою очередь, является транслятором социальных идеалов и установок касаясь образа тела. Уровень физического перфекционизма у молодых людей оказывает влияние на уровень их эмоциональной дезадаптации, а также связан с дисфункциональным стилем коммуникации в родительской семье (Гарханова, 2014). В данном случае - это специфические особенности семейного воспитания. Среди таких особенностей можно говорить о прямых и опосредованных факторах формирования перфекционистского поведения у членов семьи. Прямое воздействие осуществляется посредством комментариев, критических высказываний или подшучивания и издевательств родителей и других членов семьи относительно внешнего вида ребенка (отрицательная оценка фигуры, отдельных частей тела; некорректные замечания изменения веса; пищевых привычек), поведение родителей, призывающее детей к стремлению к борьбе с мнимым или реальным весом (призывы корректировать свою фигуру, сесть на диету), внешним видом и недостатками фигуры (особенности фигуры; выбор одежды, стиля, прически). Все это оказывает пагубное влияние на образ тела, вызывая неудовлетворенность. Кроме того, некоторые комментарии, оцениваемые родителями как позитивные (например: «Ты выглядишь замечательно, с тех пор, как похудела», «теперь у тебя отличная фигура»), на практике способствуют формированию неудовлетворенности образом своего тела у их детей. Это обусловлено тем, что подобные фразы содержат в себе скрытые послания: «Когда ты весила больше – ты выглядела не так хорошо», «Если поправишься – будешь выглядеть не так». Таким образом, родители, желая поощрить и похвалить ребенка, в то же время способствуют формированию у него

нездорового образа тела и деструктивного идеала (Тарханова, 2014; Лабунская, 2017). Опосредованное влияние родителей на формирование у ребенка нездорового образа тела связано с их внешним обликом и образом тела, что непосредственно влияет на формирование подобного отношения к своей внешности и образу тела у их детей. В зарубежной психологии и психотерапии подобный эффект называют «механизмом ролевой модели» (Pike, Rodin; Wertheim et al; Elfhag, Linn). Зарубежные авторы (Keel et al; Vincent, McCabe; Kichler, Crowther; Jung-Hwan, Sharron) предиктором формирования физического перфекционизма считают пример родителей перфекционистов. Положительные корреляты обнаружены между неудовлетворенностью внешними проявлениями образа тела и нездоровыми проявлениями в пищевом поведении девочек подросткового возраста с соответствующими личностными поведенческими особенностями их матерей. При этом дочери улавливают негативные поведенческие особенности, такие как озабоченность внешностью (недовольство своим внешним видом, неудовлетворенность образом тела; ограничения в еде) и привычки постоянного самосовершенствования, что повышает риски возникновения неудовлетворенности своим телом у девочек. Подобное восприятие матерями своего образа тела оказывает влияние на формирование неудовлетворенности своим телом у сыновей, хотя подобные исследования показывают, что подобное влияние менее выражено, чем у девочек. Кроме того, обнаружены связи между негативным восприятием образа тела у отцов и низкой самооценкой в сфере внешности у их сыновей (Тарханова, 2014).

Результаты диссертационного исследования П. М. Тархановой показывают: уровень общего, физического перфекционизма имеет положительную связь с неудовлетворённостью своим, такие показатели более выражены у девушек и юношей, увлеченных деятельностью по совершенствованию своей внешности, по сравнению с молодыми людьми, не увлеченных таковой; уровень физического, общего перфекционизма, неудовлетворённости своим телом выражены значимо выше у молодых людей, проживающих в больших городах (Тарханова, 2014).

Таким образом, можно говорить о «чрезвычайно высокой значимости макро- и микросоциальных факторов в развитии физического перфекционизма, неудовлетворенности образом тела и о его крайне негативных последствиях для эмоционального благополучия молодого поколения» (Тарханова, 2014).

Феномен перфекционизма, в частности, физического является навязчивым, не всегда адекватным стремлением индивида быть лучше, постоянно совершенствовать себя, а также зависимость от недостижимого идеала.

Склонность к завышению требований к своей внешности ведет к постоянному изменению стандартов внешнего вида человека. К приме-

ру, сегодня человек может усиленно тренироваться и добиваться определенных результатов, чувствовать себя красивым и уверенным, спустя некоторое время в «моду» входят другие ориентиры привлекательности и мы имеем обратный эффект – субъект, раздавленный своим несоответствием новым стандартам красоты, попадает в стрессовую ситуацию, так как имеет внешность, которая больше не соответствует новым идеалам красоты. Таким образом, индивид, зависящий от общественной оценки и склонный к перфекционным формам поведения, в особенности физическому перфекционизму, попадает в ловушку постоянного самосовершенствования своей внешности.

В результате теоретического исследования, мы определили, что проблема чрезмерного увлечения красотой тела и постоянного его совершенствования находит отражение в современной культуре и становится весьма распространенным, навязчивым патологическим явлением. Физический перфекционизм – явление не однозначное и имеет положительные и отрицательные проявления. Среди положительных сторон физического перфекционизма выделяют следующие составляющие: перфекционизм, ориентированный на внешность, является источником ценнейших волевых качеств индивида (силы, упорства, находчивости, мужества); физический перфекционизм является мощным средством формирования физической красоты человека (формирование гармоничной фигуры, исправление нарушений телосложения, улучшению здоровья и т.д.). Однако высокие требования относительно стандартов своего тела (в сочетании с особой важностью этих требований для индивида), а так же чрезмерное увлечение и стремление к постоянному совершенствованию может являться предрасполагающим условием к эмоциональному неблагополучию (неуверенность в себе, заниженная самооценка). Современные исследования свидетельствуют о многих деструктивных эффектах физического перфекционизма. Физический перфекционизм становится причиной различных форм саморазрушительного поведения: изменение пищевых привычек, необходимость обращения к пластической хирургии и злоупотребление данными видами хирургических вмешательств, разные виды модификаций тела, патологических состояний нервной анорексии, а так же физических или интеллектуальных перегрузок.

### Список литературы

1. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Г., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Консультативная психология и психотерапия. 2001. № 4. С. 18-48.
2. Лабунская В.А., Дроздова И.И. Теоретико-эмпирический анализ влияния социально-психологических факторов на оценки, самооценки молодыми людьми внешнего облика // Российский психологический журнал. 2017. Т. 14, № 2. С. 202-226.
3. Мурахов И.В. Спорт и физическая красота человека. Киев, 1981. 104 с.
4. Тартаковский М.С. Все хотят быть красивыми. М., 1986. 233 с.
5. Тарханова П.М. Физический перфекционизм как фактор эмоциональной дезадаптации у современной молодежи : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13. М., 2014. 181 с.

6. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М. : Смысл, 2002. 287 с.
7. Холмогорова А.Б., Дадеко А.А. Физический перфекционизм как фактор расстройств аффективного спектра в современной культуре [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2010. № 3. URL: [http://www.medpsy.ru/mpirj/archiv\\_global/2010\\_3\\_4/nomer/nomer13.php](http://www.medpsy.ru/mpirj/archiv_global/2010_3_4/nomer/nomer13.php) (дата обращения: 02.02.2018).
8. Цыганкова П.В. Взаимосвязь перфекционизма с особенностями самосознания при аутодеструктивном поведении // Вестник Московского государственного областного университета. 2010. № 2. С. 28-32.
9. Южакова И.О. Перфекционизм как результат завышенных социальных ожиданий // Актуальные проблемы современной когнитивной науки : сб. ст. Междунар. науч.-практ. конф. В 2 ч. Уфа, 2018. Ч. 2. С. 205-209.
10. Южакова И.О., Басалаева Н.В. Физический перфекционизм как проблема исследования // Актуальные проблемы современной когнитивной науки : сб. ст. Междунар. науч.-практ. конф. В 2 ч. Уфа, 2018. Ч. 2. С. 203-205.

Подписано в печать 19.11.2018 г.  
Бумага офс. 80 г/м<sup>2</sup>.  
Усл. печ. л. 38,5. Тираж 100 экз. Заказ № 213.

Отпечатано в ООО «Версона».  
660079, г. Красноярск, ул. А. Матросова, 30к.  
Тел.: 235-04-89, 235-05-89, e-mail: [versona24@yandex.ru](mailto:versona24@yandex.ru)

