



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

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Материалы VI-й Международной научно-практической конференции
(г. Красноярск, 22-23 ноября 2019 года)



КРАСНОЯРСК
2019

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 VI-й Международной
научно-практической конференции

(г. Красноярск, 22-23 ноября 2019 года)

Под общей редакцией И. О. Логиновой

Красноярск
2019

УДК 159.9
ББК 88.46
П86

**Редакционная коллегия: И. О. Логинова, В. Б. Чупина,
Л. С. Гавриленко, О. В. Волкова, Е. И. Стоянова, И. А. Шереметова,
И. В. Ганюшина, Л. М. Майлова**

П86 **Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жиз-
ненный потенциал** : материалы VI-й Международной научно-прак-
тической конференции (г. Красноярск, 22-23 ноября 2019 г.) / под
общ. ред. И. О. Логиновой. – Красноярск : Версо, 2019. – 512 с.

ISBN 978-5-94285-192-7

Сборник материалов VI-й Международной научно-практической конференции «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 жизненному ресурсу и жизненному потенциалу человека, прикладным аспектам психологии здоровья.

УДК 159.9
ББК 88.46

ISBN 978-5-94285-192-7

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.
В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ОБЩЕМИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

THE POTENTIAL DEVELOPMENT OF PERSONALITY THROUGH OPTIMISM AND PESSIMISM AS PSYCHOLOGICAL RESOURCES

V.B. Chupina, L.S. Gavrilenko, O.V. Volkova 11

HUMANISTIC APPROACH IN PSYCHOTHERAPY USING THE EXAMPLE OF HUMANISTIC PSYCHODRAMA

H.-W. Gessmann 17

SPECIALITIES OF HUMAN REHABILITATION POTENTIAL AND ITS CONNECTION WITH VARIOUS CHARACTERISTICS OF THE LEARNED HELPLESSNESS AND HUMAN LIFE-WORLD STABILITY

O. Petriaeva, I. Loginova, O. Volkova 23

FAMILY FACTORS AND GENDER ROLES AS PREDICTORS OF POSITIVE AFFECTIVITY AND ATTITUDE TOWARDS LIFE

J. Todorović, M. S. Šnele 34

CURRENT TECHNOLOGIES IN STUDYING AND CORRECTION OF THE LEARNED HELPLESSNESS IN ONTOGENESIS IN THE CASE OF PSYCHOSOMATIC APPROACH

O. Volkova 42

РАЗДЕЛ 2.

ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

O.A. Бенькова 49

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Н.И. Бондаренко, Н.В. Тихонова, Г.Н. Гончарова 56

ПОЗИТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ КАК РЕСУРС СОХРАНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Е.А. Буркова, Т.Ю. Артюхова 62

СПОСОБНОСТЬ К ГЕДОНИЗМУ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС

Ж.Г. Василькова 70

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ ОПТИМИЗАЦИИ ЖИЗНЕННОГО РЕСУРСА ЧЕЛОВЕКА	
Н.Н. Вишнякова, И.О. Кононенко	75
ПОТЕНЦИАЛ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВУЗА	
О.А. Гаврилюк	81
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОДЕ ИХ АДАПТАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ	
В.М. Ганузин, Н.Л. Черная, А.Т. Барабошин, Г.С. Маскова	87
О ДИДАКТОГЕНИИ И СИНДРОМЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ: ДАННЫЕ ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
В.М. Ганузин	93
КОНФЛИКТНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ И УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ЖИЗНЬЮ КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ	
А.С. Генс101	АРТ ТЕРАПИЯ – ПУТЬ К ГАРМОНИЗАЦИИ ТЕЛА И УМА
В. Григальюнайте Плерпене	101
ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И РОЛЕВЫХ КОНФЛИКТОВ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СОТРУДНИКОВ ОРГАНИЗАЦИИ	
Ю.Ю. Гудименко, О.Н. Саргсян, К.И. Холина	110
ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В СИСТЕМЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
Д.И. Ефимова.....	119
ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ СПО (НА ПРИМЕРЕ ТЕХНИЧЕСКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ)	
Ю.В. Живаева, Е.И. Стоянова.....	125
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОСРЕДСТВОМ ИНТЕРНЕТ - ТЕХНОЛОГИЙ	
В.Г. Иванов, Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева	134
КАК ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА	
Е.Д. Короткина, Л.В. Бабий	140

«СТРАХ ПЕРЕД ЖИЗНЬЮ» КАК ИНТЕГРИРУЮЩИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ У ПОДРОСТКОВ-СИРОТ И У ПОДРОСТКОВ ИЗ БЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ	
М.В. Кочетков, О.Р. Машанова, Е.С. Чебочакова.....	147
ПРИОРИТЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА	
М.А. Лисняк, А.В. Жарова, Г.Т. Ефремов, А.А. Смирная.....	159
КОНСУЛЬТАЦИОННАЯ РАБОТА ПСИХОЛОГА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ	
И.А. Маклакова, М.А. Лисняк	168
ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ	
Д.В. Максимов.....	174
ВЛИЯНИЕ ПРЕМОРБИДА И РЕТРАВМАТИЗАЦИИ НА РАЗВИТИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА	
Е.П. Малюткина, А.А. Одинец, М.А. Лисняк	180
ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА: ВОЗРАСТНЫЕ, ГЕНДЕРНЫЕ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КРОССКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ	
А.А. Многосмылова, Е.А. Рыльская.....	186
СТРЕСС И СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В РАБОТЕ СПЕЦИАЛИСТОВ БИБЛИОТЕКИ	
В.В. Николаева, Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева	193
ВОЗМОЖНОСТИ АППАРАТНОЙ МЕТОДИКИ НА ОСНОВЕ БОС В КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
О.В. Петряева	198
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЕЙ	
Н.В. Попенко, В.Б. Чупина.....	203
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЖИЗНЕИЗМЕНЯЮЩИХ ПРОЦЕССАХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
Н.В. Попенко	211
ФИЗИЧЕСКАЯ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ РЕСУРС ДОСТИЖЕНИЯ ЖИЗНЕННЫХ ЦЕЛЕЙ	
А. Р. Рафикова.....	216

ДИНАМИКА САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И СПУСТЯ 9 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЕСТЕСТВЕННЫМ И ИНДУЦИРОВАННЫМ ЗАЧАТИЕМ

А.В. Силаева, Т.Г. Бохан, О.В. Терехина.....222

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ, ПЕРЕЖИВШИМ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

О.К. Таусинова229

ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ КАК СОПУТСТВУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРЕНАЖЁРА В.А. ТИТОВА «ОКО»

В.А. Титов, О.Н. Малеев, У.М. Кочеткова236

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Н. В. Тихонова, В.Б. Чупина248

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ КРАСГМУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

Н.В. Тихонова, В.Б. Чупина, Е.Г. Кузнецова254

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕСТРУКТИВНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОСУЖДЕННЫХ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

О.А. Цветкова, О.В. Волкова.....260

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ В МИФАХ И ИССЛЕДОВАНИЯХ

Т.В. Черникова.....268

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БЕССОННИЦЕЙ

В.Б. Чупина, Н.В. Попенко.....275

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ СОЗАВИСИМОСТИ МАТЕРИ

М.В. Шамардина, А.А. Кожевникова282

РАЗДЕЛ 3.
РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ТОЛПЕ

В.Н. Аверченкова, В.Б. Чупина.....289

ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ОБРАЗНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ТЕЛА

А.В. Бархатова, Т.А. Абрятенко, И.О. Кононенко295

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ СТУДЕНТА ПСИХОЛОГА

О.С. Байкова, Ю.В. Живаева301

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ПЕРВОКУРСНИКОВ К УСЛОВИЯМ ВУЗА, ПРОЖИВАЮЩИХ В МЕГАПОЛИСЕ И МАЛОМ ГОРОДЕ

П.А. Баркина, Ю.В. Живаева 307

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ЕГО ЗНАЧИМОСТЬ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТАНОВЛЕНИИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ-ПСИХОЛОГОВ

Ю.В. Бекиров, О.В. Волкова312

ПРОБЛЕМА ФЕНОМЕНА ПЕРЕЖИВАНИЯ, В КОНТЕКСТЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНИЯ БУДУЩЕГО В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В.Ю. Бенькова317

АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ «ЛИЧНОСТЬ» В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИИ И ФИЛОСОФИИ

А.С. Бельков, Л.С. Гавриленко323

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОХРАННО - КОНВОЙНОЙ СЛУЖБЫ

В.В. Бочаров, Ю.В. Живаева328

ЭМПАТИЯ КАК КРИТЕРИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

С.М. Гайдаренко, М.А. Мартынова.....334

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА ПОДГОТОВКИ В СПОРТЕ

Н.К. Гайлис, Ю.В. Живаева341

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е.С. Гилевич, Е.В. Гуткевич.....350

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ
ПЕРВОГО КУРСА КРАСНОЯРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
В АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД**

Я.П. Гойколова, Ю.В. Живаева356

ПРОБЛЕМЫ В МЕЖЭТНИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЯХ

Н. Гуандегно Нгонгуэ Шамбазов Сузи, С.М. Колкова362

**ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С
АКЦЕНТУАЦИЯМИ ХАРАКТЕРА**

Л.С. Давыдов, Р.В. Мельников, В.Б. Чупина368

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГИГИЕНЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ВЫГОРАНИЯ СОТРУДНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР**

И.Р. Демченко, О.В. Волкова374

**ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДА СРЕДИ СОТРУДНИКОВ ВНУТРЕННИХ
ДЕЛ**

И.Е. Демченко, Л.С. Гавриленко379

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК, СТРАДАЮЩИХ
НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ**

А.Д. Ильюшенкова, Ж.Г. Василькова385

**ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ САМООТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ-
ПСИХОЛОГОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
СРЕДАХ**

А.В. Катасанова, М.Д. Лобанова, Ю.В. Живаева388

**К ВОПРОСУ О СТРЕССОВОЙ НАГРУЗКЕ, ОКАЗЫВАЕМОЙ
НА ДЕТЕЙ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА**

Д.А. Кизянов, И.О. Логинова395

**ОБЗОР МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ПОДРОСТКОВ С ДИАГНОЗОМ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ**

Я.Д. Краснопева, Н.В. Попенко399

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

И.Р. Ликин, Д.Р. Ташкинов, В.Б. Чупина405

**ВОВЛЕЧЁННОСТЬ СОТРУДНИКА ОРГАНИЗАЦИИ КАК
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ**

М.С. Мантрова, Н.Н. Демиденко410

**ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ТЕЛУ У ПОДРОСТКОВ, КАК ФАКТОР
ПОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

В.О. Панкрашкина, Л.С. Гавриленко415

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ АДАПТАЦИИ
ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ**

А.Е. Первушина, Ю.В. Живаева423

**ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ
И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА**

Е.А. Пчелинцева, Ю.В. Живаева428

**ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ
В РОССИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ**

А.В. Рупека, О.В. Волкова434

**ПРОБЛЕМА ОПТИМИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СПОРТСМЕНОВ**

А.Н. Сапарова, Ю.В. Живаева440

**ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ
ВОЗРАСТЕ**

П.М. Серебренникова, В.Б. Чупина446

ПРОБЛЕМА БУЛЛИНГА В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

О.А. Сластихина, Н.В. Басалаева451

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ
В ГАРМОНИЗАЦИИ СТИЛЯ МЫШЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА**

Е.Д. Смагина, О.Н. Кучер.....457

**ПСИХОЛОГИЯ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ЗАРУБЕЖНЫХ
И ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Д.А. Тарасова.....462

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ
У ЭКОНОМИСТОВ ПРЕДПРИЯТИЯ АО «ИСС»**

А.В. Третьякова, Е.И. Стоянова468

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

С.И. Федотова, Л.С. Гавриленко471

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТИЛЯ УПРАВЛЕНИЯ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА КОЛЛЕКТИВА**

К.В. Хохлова, Е.А. Солдатова, Е.И. Стоянова480

**ТРЕНИНГ КРЕАТИВНОСТИ КАК ИНСТРУМЕНТ УЛУЧШЕНИЯ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

В.А. Шевлякова, Е.А. Журавлева486

**ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СТУДЕНТОВ
СТАРШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

А.С. Шошин, В.Б. Чупина.....492

**НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА
С КЛИЕНТАМИ, ПЕРЕЖИВАЮЩИМИ КРИЗИС ПОЗДНЕЙ
ВЗРОСЛОСТИ**

Е.А. Югова, Н.Н. Демиденко497

ИЗУЧЕНИЕ ПРОКРАСТИНАЦИИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

И.О. Южакова, Н.В. Басалаева504

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ОБЩЕМИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

УДК 159.9

THE POTENTIAL DEVELOPMENT OF PERSONALITY THROUGH OPTIMISM AND PESSIMISM AS PSYCHOLOGICAL RESOURCES

V.B. Chupina, L.S. Gavrilenko, O.V. Volkova

Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

Summary. The premise of the study was the increasing importance of the problem of optimism that has become popular and in demand in the US and Russian psychology in recent decades that largely reflects the real significance of this issue. In addition, the study of optimism and pessimism is necessary to solve a number of practical psychological problems faced by the people in today's society, particularly in the work of psychologist practice in dealing with a wide range of psychological problems. Despite considerable interest in the psychology of optimism in the Western (mainly American) psychology and great practical significance of this problem, in the Russian science it is neglected. Therefore, it is necessary to ascertain the need for assimilation of the achievements of Western psychology of optimism and development of Russian research in this direction. The aim of the research was study and development of personal potential of optimists and pessimists by organizing training. As a result of the implementation of the training, it was found that there is no pronounced dynamics in the continuum of the pessimism-optimism on the background of the qualitative changes in the studied parameters. Undoubtedly, initiated research in this area requires a long time.

Key words: personal potential, motivation, motivational component, optimism, pessimism.

Relevance

One of the trends in the development of modern psychology is a growing interest in the positive aspects of human life: self-actualization and self-realization, personal growth, happiness, vitality, etc. This trend, which first appeared in the mid-20th century in the ideas of humanistic psychology (A. Maslow, G. Allport, E. Ericson et al.), at the end of the century led to the emergence of a particular movement in American science (M. Seligman, K. Peterson, R. Biswas-Diener et al.), which was called positive psychology (Allport, 2002; Biswas-Diener, 2011; Erickson, 2002; Maslow, 2011; Peterson, 2002;

Seligman, 1991). The founder and leader of this movement is considered to be M. Seligman, who has devoted his life to the study of learned helplessness and optimism. No wonder, therefore, that one of the main directions of research in positive psychology was the psychology of optimism.

Nevertheless, it is undeniable that the psychological study of optimism and pessimism is really topical.

Optimism and pessimism are quite pronounced in various fields of real human life: education, sports, professional activity. These features significantly affect the somatic health of a person and his subjective level of well-being. Therefore, considering the level of optimism and the possibility of its development can be important for a wide range of psychological problems.

State of the problem

After analyzing the scientific literature, we found out that the potential of the human personality characterizes the internal physical and spiritual energy of the person, his/her active position aimed at the creative self-expression and self-realization.

All this led to the relevance of the study, the purpose of which was studying and development of personal potential of optimists and pessimists by organizing training.

As a result of experimental study, which involved 120 people aged 20 to 40 years, the following outcomes were obtained.

Materials and methods

In the course of evaluation of individual psychological characteristics of personality multifactor standardized personality questionnaires R. Cattell 16PF, we found out the following characteristics of people under examination. They are characterized by sociability, interest in people, emotional sensitivity, responsibility, stability, steadiness, persistence in achieving goals, business orientation. However, in difficult situations they may experience tension, instability and easily lose their presence of mind.

Performance test for optimism by M.F. Scheuer and C.S. Carver LOT (Life orientation test) indicate that 26.7% of the investigated level of optimism is in the range below the average (Scheier, Carver, 2013). The level of optimism higher than the average found in 10% of subjects. Also, only 10% of respondents showed a high level of optimism. Therefore, in the analysis of the results of the considered technique, we can say that most of the studied are pessimists rather than optimists.

Analyzing the performance with the aid of the test of attributive styles by L.M. Rudina, we note that the majority of the test 63.3% is marked by moderate pessimism (Rudina, 2002). Only 10% of the total respondents are reasonably optimistic. And 26.7% showed an intermediate value, i.e. these respondents are not constant in their own endeavors depending on the nature of the situation. Respondents with moderate pessimism are not revealed.

As a result of study by the method of “Study of motivational personality profile” (S. Ritchie and P. Martin), we have identified the relative dominant needs of people under examination: “reward”, “working environment” and “structuring the work”. This suggests that, for example, the need for high wages and material reward, the desire to have a job with a good set of benefits and allowances indicates a tendency towards a change in the course of working life, greater importance of needs. By no means unimportant in this case is the need for good working conditions and a comfortable environment. The need for clear work structuring, the presence of feedback and information allows to judge the results of the work, is a measure of the need for guidance and certainty, the need, which can serve as an indicator of stress or anxiety, may rise or fall.

Studying the motivational structure of personality as described in V. E. Milman method, we were able to make a judgment about the work (business) and general life orientation of the individual. So, the majority of subjects (71%) are characterized by the working (business) orientation, which points to some stable trends of personality: total and creative activity, social usefulness. For 29% of respondents general life orientation is inherent, which allowed to identify such stable trends of personality as a life support, striving for communication, ensuring comfort and social status.

The predominant types of motivational profile are progressive (33.3%) and impulsive (36.7%). Progressive type is characterized by a noticeable excess of the level of developing motives above the motives of the maintenance. This type predominates in individuals who have achieved success in work or study. It is also typical for a person with socially oriented position. Impulsive type of motivational profile is typical for most students and reflects the significant differentiation and possibly confrontation of the various motivational factors within the overall structure of the individual.

It is interesting to note that these types of motivational profile are mainly characteristic of the examined, whom work (business) orientation was revealed. 3.3% of respondents have built an expressive type of motivational profile. Selective differentiation of specific motivational factors is reflected in this type separately by groups of maintaining and developing motives.

The flattened type of motivational profile of respondents revealed at 26.7%, which reflects the lack of differentiation of motivational hierarchy of personality, its poverty. There is a tendency of reduction according to age.

It should be noted that this type of profile, as well as impulsive at 6.7% is typical for the respondents with general life orientation.

Regressive type of profile is not identified at none of the respondents, regardless of orientation.

Discussion of the results

In general, we can say that the respondents with the business orientation of the personality are characterized by progressive and impulsive motivational

profiles, and for respondents with general life orientation - flattened motivational profile.

Summarizing the results of the study, we can say that 92% of the respondents expressed such attributive style as pessimism. Considering the motivational component of personal potential at respondents expressed pessimism let's characterize them as follows. They are sociable, showing interest to people, emotionally sensitive, responsible, stable, however, in difficult life situations they may experience tension, instability and easily lose their presence of mind. Dominance in the motivational structure of such requirements as a "reward", "working environment" and "work structuring" indicates that they tend to change in the course of working life, are in need of good working conditions and a comfortable environment, but in the absence of clear guidance and certainty experiencing stress or anxiety. They are characterized by working (business) orientation, which points to some stable trends of personality: general and creative activity, social usefulness.

The predominant type of motivational profile is the impulsive type, which reflects the significant differentiation and possibly confronts the various motivational factors within the overall structure of the individual.

To characterize the respondents with an optimistic expression in this study is not possible since only 10% of the total sample of them were found.

The next stage of our research in connection with the obtained results, was the development of the motivational component of personal potential at pessimists.

An effective means to solve many psychological problems are specific methods of group work when help comes from the members of the group process. The best, in our opinion, is a method of psychological training.

During the training, the conditions were created for the development of personal potential motivational component of the respondents with a pessimistic attributive style.

To evaluate the effectiveness of the training we conducted a rediagnosis by the same methods.

Study on a standardized multifactorial personality questionnaire by R. Cattell 16PF showed that caution, wariness toward people, the desire to take responsibility for mistakes on others, independence in social behavior are inherent to the respondents. This sample of respondents is focused on a specific real activity, on social approval. They are characterized by the desire to work and make decisions with other people; they are calm, excessively satisfied and unruffled. Half of respondents have an adequate self-esteem, but there were those who overestimate their capabilities and became overconfident in this group after the training.

Analysis of the indicators of the test on the optimism by M. F. Scheuer and C. S. Carver LOT after the training shows that the majority of the respondents are still more pessimistic than optimistic despite the fact that there was a change of indicators.

The results obtained by this method were subjected to processing by methods of mathematical statistics. At this stage of an experimental study, we used the parametric test - t-Student test. Application of Student t-test showed that after training parameters changed significantly for certain ($t_{emp.} = 3.89$). These differences are statistically significant, as critical value is $t = 2,617$ at $p < 0,01$.

Then, we will consider the results of the test of attributive styles by L.M. Rudina. It is noticeable that all the respondents expressed pessimism. In 10% of all the respondents it has an intermediate value, i.e., they are not consistent in their own endeavors depending on the nature of the situation. The number of respondents with moderate pessimism has risen (50%).

Application of Student t-test showed that after the training parameters have changed significantly ($t_{emp.} = 3.45$). These differences are statistically significant, as critical value is $t = 2,617$ at $p < 0,01$.

During re-examination by the method of "Study of motivational personality profile" (S. Ritchie and P. Martin) we note that for the respondents list of prevailing demands has not changed significantly. However, it should be noted that during the re-examination among the important needs such a demand as a "relationship" came out and "social contacts" became a markedly significant need. Perhaps, raising the status of these needs is connected with the participation in the training.

An analysis of the motivational structure of the person according to the procedure by V.E. Mil'man, revealed changes in the orientation of the person participating in the training. We note that the majority of studied students (70%) have changed personal orientation after the training. Operating (business) orientation started to be characteristic for them, which points to the emergence of resistant tendencies of personality: the general and the creative activity, social usefulness. Nevertheless, among 30% of respondents customary trend is observed, which shows steady tendencies such as life support, aspiration for communication, providing comfortable environment and social status.

Noticeable changes have occurred according to the types of motivational profile. Thus, taking into consideration the initial examination of the sample, we noted that the majority of respondents (70%) had flattened motivational profile that reflects a lack of differentiation of motivational hierarchy of the individual, his poorness, but after the training characteristic of many investigated became equally progressive (40%) and impulsive (40%). In other words, we can say that the level of developing of their motives prevails above the motives of the maintenance, which is typical for a person with socially oriented position. Changing the type of profile from the flattened to the impulsive type reflects that motivational hierarchy of personality became more differentiated.

The flattened type of motivational profile was typical for 20% of the investigated people.

Regressive type of motivational profile was not identified in any of the respondents, regardless of orientation.

Thus, comparing the results of primary and repeated studies we have come to the conclusion that the attributive style such as pessimism has been still expressed by the respondents. However, after the training, we can note a qualitative change in terms of the expression of the pessimism-optimism. For example, a transition from “very pessimistic” to “moderate pessimism” or from low level to below the average level of optimism was noted.

These changes are checked by the methods of mathematical statistics. It was proved that the received differences are statistically significant.

Considering the motivational component of pessimists’ personal potential they are characterized as follows. They are focused on a specific real activity, on social approval. They are characterized by the desire to work and make decisions with other people, calm, excessively satisfied and unruffled. Half of them have adequate self-esteem, but after the training there were those who started to overestimate their capabilities and became overconfident.

Dominance in the motivational structure of such requirements as a “reward”, “working environment” and “work structuring”, as well as “relationships” and “social contacts”, indicating that they are seeking a change in the process of life, have a need in relationships and social contacts, in good working conditions and a comfortable environment, but in the absence of clear guidance and certainty are experiencing stress or anxiety. They are characterized by focus on the business, which indicates a total and creative activity, social usefulness.

The predominant types of motivational profile are impulsive and progressive types, which indicate that the level of their developing motives prevails above the level of the motives of the maintenance, which is typical for a person with socially oriented position.

Conclusion

In general, in the course of a comparative analysis of the results of primary and repeated studies, we note that training proved to be an effective tool for the development of pessimists’ personal potential. However, for a more pronounced transition of attributive style and development of personal potential there should be more prolonged and continuous operation of the individual himself.

The limitation was that it was not possible to conduct a comparative analysis of the personal potential at optimists and pessimists as the pessimists among the respondents prevailed. In order to determine the content of personal potential optimists need to be additionally researched.

References

1. Allport G. Stanovlenie ličnosti [Formation of the person]: Selected Works. Moscow: Smysl, 2002. P. 166-216. (In Rus.)

2. Biswas-Diener R., Linley A.P., Govindji R., Woolston L. Positive psychology as a force for social change // Eds. K. Sheldon, T. Kash-dan, M. Steger. Designing positive psychology: Taking stock and moving forward. Oxford: Oxford University Press, 2011. P. 410-418.
3. Erickson E.G. Detstvo i obščestvo [Childhood and Society]. St. Petersburg: Rech', 2002. 416 p. (In Rus.)
4. Maslow A. Novye rubeži čelovečeskoj prirody [The farther reaches of human nature]. Moscow: Smysl, 2011. 496 p. (In Rus.)
5. Peterson C., Steen T.A. Optimistic explanatory style. Handbook of Positive Psychology / eds. C.R. Snyder, S.J. Lopez. Oxford, N.Y.: Oxford University Press, 2002. P. 244-256.
6. Rudina L.M. Test na optimizm: Metod opredelenija atributivnyx stilej [Test for optimism: The method of determining attributive styles]. Moscow: Nauka, 2002. 24 p.
7. Scheier M.F., Carver C.S. Optimism // The Encyclopedia of Positive Psychology / ed. S. J. Lopez. Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2013. P. 656-663.
8. Seligman M.E.P. Learned optimism. N. Y.: Pocket Books, 1991. 319 p.
9. Seligman M. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. N.Y.: Free Press, 2011. 349 p.
10. Seligman M. Kak nauchit'sja optimizmu. Izmenite vzgljad na mir i svoj uzhizn' [Learned optimist: How to change your mind and your life]. Moscow: Al'pina Publisher, 2015. 338 p. (In Rus.)
11. Solberg Nes L., Carlson C.R., Crofford L.J., Leeuw R. de, Segerstrom S.C. Individual differences and self-regulatory fatigue: optimism, conscientiousness, and self-consciousness // Personality and Individual Differences. 2011. Vol. 50, № 4. P. 475-480.

УДК 159.9

HUMANISTIC APPROACH IN PSYCHOTHERAPY USING THE EXAMPLE OF HUMANISTIC PSYCHODRAMA

H.-W. Gessmann

Psychotherapeutic Institute Bergerhausen, Duisburg, Germany

Summary. The paper presents theoretical and methodological analysis of studies giving grounds to argue that the humanistic approach in psychotherapy is today one of the most promising and progressive. Having roots in classical theories of psychotherapy, the modern humanistic approach is realized in a new psychotherapeutic method - humanistic psychodrama.

Key words: humanistic approach, psychotherapy, humanistic psychodrama.

Relevance

J. Bugental formulated the axioms of humanistic psychology in 1964 in the "Basic Postulates and Orientations of Humanistic Psychology":

1. Man as man is more than the sum of its components.
2. The human existence takes place in human contexts.

3. Man lives consciously.
4. Man can choose and make decisions.
5. Man lives purposefully.

J. Bugental describes the scientific-theoretical location under the heading "Orientation of Humanistic Psychology":

"Humanistic psychology is phenomenologically oriented, it strives to explore human being as a whole, it wants to grasp the essence of things. It recognizes the relativity of human knowledge and encourages us to use the possibilities of imagination and creativity. Man is at the center of Humanistic Psychology. Psychological methods are subordinate to the meaning and meaning of questions; human experience becomes more important than statistical methods and test procedures".

State of the problem

The birth of humanistic psychology must be viewed as the years 1961-62. As Carl Rogers says, "the time was ripe for a humanistic orientation, not only of psychology, but of society as a whole".

Humanistic psychology has the existential philosophy as a background:

- The focus is on the exploration of individual existence.
- The individual in its uniqueness, incomparability and uniqueness stands in the center of this philosophy. This also creates a confrontation with the individual, existential topics of man, such as fear, loneliness, death but also freedom, responsibility, encounter, love.

For the psychological background:

It is true that Jakob Levy Moreno may have been the forerunner and inspirer for some of the humanistic psychologists like Charlotte Bühler, Maslow, Rogers. However, he has never explicitly attributed himself to the emerging direction of humanistic psychology. Rather, he wanted to establish the Moreno psychodrama as an independent method of group psychotherapy - especially in contrast to psychoanalysis.

He described his pioneering work in psychological group work in 1966 as the Third Psychiatric Revolution. Humanistic psychology should not be the "third force" but its psychodrama, its sociatrics.

J. L. Moreno stood in the way of his personality and the associated claims for originality and authorship, his prophetism, his egoism, the integration of his thoughts into a psychological movement. It seems to me he did not want this at all. In his late work he developed a religious, cosmological worldview. He writes in 1959: "The new values are of a cosmo-dynamic nature, and the new life forces will flow from man's cosmic bond" (Moreno, p. 8).

It begins in the eighties a reformulation of ideas and theories of psychodrama. That happened in the Psychotherapeutic Institute Castle Bergerhausen in Germany near Cologne. It refers both to J. Moreno's concepts and to newly gained knowledge from the very intensive practice of humanistic psychodrama from the beginning to the present day. Integration into hu-

manistic psychology has made it necessary to reassess and describe goals and methods.

The focus is on the individual responsibility of humans for themselves and for the community. The goal of self-realization of the individual is pursued together in the group and with the help of the group.

The human image of humanistic psychology is taken over:

- Belief in the possibilities of self-development and self-realization of the individual,
- the own acceptance and the acceptance of the other group members,
- hope and responsibility for a more dignified life in this world,
- renunciation of absolute truth and authority.

This means for the therapy in the Humanistic Psychodrama that the individual in his social environment is called and able to learn and to change. It also means that the therapist's responsibility must not be relieved of him by „treating“ him from the outside, but he can be encouraged to explore himself, to define his goals and to address them. The self-responsibility remains with the client. The client learns in the therapeutic process that he consciously makes choices and decisions and takes sole responsibility for them.

He meets e.g. the choice of which topic he would like to work on in the group, in which scene his subject represents himself and with which group members he would like to perform the therapeutic work. Also, each member of a humanistic psychodramatic group chooses the extent to which it submits its concerns to the group. The therapist has the technical competence to promote the change process. Since psychodramatic work is expressive work of the individual in and with the help of the group, the group - like the therapist-client relationship - gets a great significance, which enables and shapes the expressive work as auxiliary ego or double.

With the help of the therapist, the protagonist sets up a game scene in which the conflicting way of experiencing and processing situations becomes particularly clear.

The protagonist represents with his theme at the same time thematic parts of the other group members. At the beginning of a group session, the warming phase preceding the protagonist first enables each group member to find his or her topic, to introduce it into the group process, so that a common expression within the group can emerge. The heating phase is completed by the sociometric choice. The group chooses its protagonist. The choice of protagonists as sociometric and thematic crystallization is determined by more or less known own thematic parts of the group members. It manifests the thematic and sociometric connections that took place during the warming-up phase. The group process focuses on a common work topic that is tied to a group member, thereby bundling the group's attention.

The protagonist's choice is thus a crystallizing condensation of certain own thematic parts of the group members. The following protagonist game

represents an intensive form of communication with the group and is thus a component for the formation of congruent relationship structures within the group. The presentation and design of the protagonist is always an explanatory „conversation“ with the group. In this „conversation“, the group participates playfully through special methods: the doubling and the auxiliary ego game as well as the final sharing.

It is important, which of the group members is chosen as the co-forming auxiliary ego of the protagonist. The choice of the auxiliary ego is not arbitrary, but is based on a relationship that is emotionally and substantively a combination of biographically present emotional state in the protagonist and sociometric relevance in the group.

That is, the relationships in the group are not just to be understood as the foundation of the role-play, but they enter into the role-playing with.

The teammates and the therapist support the protagonist in the psychodrama game in the presentation of his subjectively experienced truth and world of experience. It is not the task of the players to improvise in their roles as auxiliary ego or double, but they are to take over the role model of the protagonist and shape it in his sense, in his role interpretation and role interpretation.

The protagonist prescribes the role by first concretizing the role of the auxiliary ego in a role reversal. The players are introduced as an auxiliary ego in the imagination of the protagonist, in order then to make them sympathetic in his mind.

For the protagonist, this gives rise to the unified feeling of self-realization to an ideal degree. He becomes the center, the most important person of his own world, he gives rise to his own authority and competence. He begins to act freely, creatively structuring his world more effectively.

Not only people from the social environment of the protagonist, but also thoughts, ideas and feelings can be represented by group participants in their role as auxiliary ego. This allows the protagonist to look at them from outside, to get to know them better, to deal with them, to modify them or to stand against them.

By creating his world on stage, the protagonist discovers new aspects of his life situation that have previously had a different status for him or have been lacking so far. Through the representation of his inner thoughts, ideas, fantasies, through the externalization of these, with the help of the playing auxiliary egos, he experiences an altered context of meaning, which enables him to detach himself from old constructions of reality and change himself to one to realize more appropriate interpretation of his world.

Each group member is basically asked to double, and it decides whether and how often it activates. Under an emancipatory balance of give and give, this is a long process for each group member, at the end of which, through watching and self-experimenting, grows aware that commitment to others means independence and enrichment, and that it is satisfying and valuable within the

group to accept something from others, to understand others, to be close to them and to be important as a person and to walk with them together.

The more a group member uses the opportunity to become a „double“ in the course of therapy, the better he learns to understand others through empathy. This reduces him from social fears in the group but also in everyday life. In the course of psychodrama work, it has gotten to know many other people's roles and gained the certainty to handle them. It is no longer alien to them, but shares with others and together with them finds a way to understanding. As a result, in the course of the therapy process, there is a growing willingness to accept the other members of the group as well as in a broader sense the people in the social environment and to value them as they are and to understand their possibilities and limits.

Conclusion

The basic intention of the Humanistic Psychodrama is to facilitate and promote the independent development of group participants within the group. All psychodramatic methods are subordinate to this objective. They refer to the group participant, the group as a whole and center on the protagonist as the representative of the group. The group participants determine the content and extent of their activities, limited only by the social group reality.

In the therapeutic group process, this need can be used. It allows the leader and group members a non-judgmental, serene confidence that the therapeutic process is progressing, and that the client, being involved in his or her social environment, finds himself on his own.

In Humanistic Psychodrama, based on Humanistic Psychology, a positive image of the creative, creative human being is represented, both in terms of individual development and the constructive and creative engagement in relationships with other people and the world. Man as a living organism is active and strives to develop his creative abilities.

Self-updating tendencies are the basic driving forces of the organism, which, in constant exchange with the environment and given a favorable constellation, further develop and differentiate existing abilities. The human organism is focused on self-realization, values, meaning, goals, on its tendency to "good shape" and border crossing, self-realization and holistic growth are its intention, are a characteristic of human existence. Every human being basically has the ability to develop his personality, his behavior and experience independently in the direction of maturation and self-realization. The self is in a process of continuous change and development.

In Humanistic Psychodrama self-awareness and self-realization are essential aspects in the therapeutic process. For the group member are always the subjective experiences, feelings and thoughts and their own experiences starting point for a change or reorientation in his experience and behavior towards more satisfaction and self-acceptance. At the same time, however, they are always related to social reality. In practical therapeutic work, dealing with the

biography of the individual is closely linked to the sociometry of the group. Satisfaction can develop through the individual succeeding in balancing personal and social identity. The self-esteem of a person arises when the human being can realize his desire for self-esteem and social recognition.

The group therapeutic approach in the Humanistic Psychodrama thus offers good conditions and opportunities for the group participants to establish and balance a balance between personal and social parts of the self.

The search for meaning and fulfillment, also beyond one's own existence, is to be considered as essential motivation of the human being. In the sense of psychodramatic therapy, it can be an impetus to investigate and improve relationships with people in the social environment, because only through this the experience of the individual in the interaction and communication with fellow human beings experiences an opening and expansion that complements and changes his life image.

References

1. Buber M. Ich und Du // Das Dialogische Prinzip. Heidelberg: Verlag Lambert Schneider, 1979.
2. Fromm E. Escape from Freedom. New York : Harper & Row, 1941. (deutsch: Die Furcht vor der Freiheit. Frankfurt, 1966).
3. Gessmann H.W. Humanistisches Psychodrama. Band 1. Duisburg, 1994a.
4. Gessmann H.W. Humanistisches Psychodrama. Band 2. Duisburg, 1994b.
5. Gessmann H.W. Humanistisches Psychodrama. Band 3. Duisburg, 1994c.
6. Gessmann H.W. Das Humanistische Psychodrama // Gessmann H.W. Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama. Heft 1. Duisburg: Verlag des PIB, 1995. P. 5-10.
7. Gessmann H.W. Aspekte von Erlebens- und Handlungswiderständen in der psychodramatischen Praxis und Möglichkeiten der Überwindung // Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama. 1995. № 2. P. 34-40.
8. Gessmann H.W. Morenos Spontaneitätsprinzipien und Spontaneität im Humanistischen Psychodrama // Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama. 1996. № 4. P. 26-35.
9. Gessmann H.W. Das Sharing im Humanistischen Psychodrama // Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama. 1998. № 1. P. 42-63.
10. Gessmann H.W., Müller M. Erste Überlegungen zur Überwindung des Katharsisbegriffes im Humanistischen Psychodrama // Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama. 1999. № 2. P. 5-26.
11. Harders A. Bedeutungsaspekte der Gruppe im protagonistenzentrierten Arbeiten des Humanistischen Psychodrama // Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama. 1997. № 4. P. 22-35.
12. Heidegger M. Sein und Zeit. Tübingen : Max Niemeyer Verlag, 2006. 450 p.
13. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Heidelberg : Springer Verlag, 1965.
14. Jürgen K. Grundkonzepte der Psychotherapie. 5 Aufl. München: Urban & Schwarzenberg, 2001.
15. Mader J. Einführung in die Philosophie: Von Parmenides zur Postmoderne. Wien : WUV, 2005. 607 p.

16. Maslow A.A. Psychologie des Seins. München: Kindler, 1973.
- Meyer A. Das Prinzip des Hier-und-Jetzt im Humanistischen Psychodrama // Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama. 1995. № 2. P. 29-33.
17. Moreno J.L. Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart : Thieme Verlag, 1973.
18. Müller M. Zum Beitrag des Psychodramas bei der Identitätsfindung im Jugendalter: Identitätsbalance durch Doppel, Spiegel und Rollentausch // Internationale Zeitschrift für Humanistisches Psychodrama. 1997. № 5. P. 5-20.
19. Perls F.S. Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart : Verlag Klett-Cotta, 2000.
20. Rattner J., Danzer G. Existenzphilosophie. Denkmode oder bleibende Aktualität? Würzburg: Königshausen & Neumann, 2008.
21. Rogers C.R. The interpersonal relationship: The core of guidance. Harvard Education Review. 1962. Vol. 32, № 4. P. 416-429.
22. Rogers C.R. Freedom to Learn for the 80's. Columbus : Charles E. Merrill, 1983.
23. Sartre J.-P. Ist der Existentialismus ein Humanismus? // Drei Essays. Frankfurt am Main, 1986.
24. Schilpp P. A. // Friedman M. Martin Buber. Stuttgart : Kohlhammer Verlag, 1963.

УДК 159.9.072

SPECIALITIES OF HUMAN REHABILITATION POTENTIAL AND ITS CONNECTION WITH VARIOUS CHARACTERISTICS OF THE LEARNED HELPLESSNESS AND HUMAN LIFE-WORLD STABILITY

O. Petriaeva, I. Loginova, O. Volkova

Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

Summary. The rehabilitation potential is considered as the ability of a person to activate his biological and socio-psychological mechanisms for restoring destroyed health, employability, personal status and estate. It can be realized under the certain conditions and the consolidated assistance of rehabilitation services and society. Rehabilitation potential acts as characteristic of the combined psychological system, where the intension of the patient on restoration of the lost functions meets the given opportunities of medical institution. The level of rehabilitation potential depends on degree of efforts compliance of both sides – patients and doctors. We suggested that the problem of rehabilitation potential correlates with problem of learned helplessness of the person and problem of human life-world stability. The important indicator of rehabilitation success is patients' ability to use the newly obtained functions in everyday life. However, only 60% of patients with low rehabilitation potential demonstrate the ability to transfer the mastered skills to everyday life. We suppose that there are two major obstacles to it: the learned helplessness manifestations and not constructive or stagnant human life-world stability.

Keywords: rehabilitation potential, learned helplessness, human life-world stability.

Relevance

In the last decade rehabilitation as the direction of medicine is constantly developing, modifying, obtaining the new features and aspects. At the same time, violation of health acts as an important condition of this concept applicability, which in this connection allows to appear various aspects of rehabilitation (“recovery treatment”, “medical rehabilitation”, “recovery medicine”, etc.). Rehabilitation in medicine is understood as restoration of organismic functions to adequate (normal) values after any organic injury (stroke).

However, be this concept ever so widely treated in the theory, the medicine narrowed it significantly: the term “rehabilitation” is understood and used by experts as especially medical task. In the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) a concept of diseases consequences is formulated as the main object of science and practice of rehabilitation: a) violation of structures and functions of a human body; b) restriction of human activity as individual; c) social insufficiency of a human as a personality.

According to the statistical data studied by us in the Web of Science base search engine, every year the number of researches and publications concerning rehabilitation is steadily growing: 2008 (121), 2009 (152), 2010 (154), 2011 (182), 2012 (194), 2013 (270), 2014 (270), 2015 (347), 2016 (367), 2017 (420), 2018 (431). The leaders in the amount of scientific works in this area are the USA, Great Britain, Canada. In these countries the newest up-to-date exercise machines for restoration are also being developed, new directions of rehabilitation development are being discussed.

For performing recovery treatment directed to the second and third stages of rehabilitation the specialized rehabilitation departments are being opened in hospitals worldwide. In this regard, experts do not avoid an economic side of a question as well - what type of patients should be taken for treatment, how many times a year, what is the treatment duration and specifics, etc.

In the analyzed studies according to medical paradigm the attention is focused on the object directed impacts of medical personnel on the patient for the sake of assistance in restoration. Any of treatments does not consider subject (internal) commitment of the patient to process of rehabilitation.

Nevertheless, nowadays the idea that different people are restored differently becomes obvious: with different speed, with different staging of groups of muscles inclusion, with different opportunities of result maintaining after hospital treatment. For the description of the above listed parameters of rehabilitation course the term “rehabilitation potential” was endenized into a scientific lexicon. Rehabilitation potential includes possibilities of an organism to restoration, motivation of the patient, possi-

bility of patient's adaptation to the world around, his socialization process, etc. The idea of rehabilitation potential is being formed according to ICF (International Classification of Functioning, restrictions of activity and health), NIHHS (National Institutes of Health Stroke Scale), Renkin scale, ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) and other important for ergotherapy parameters. These scales widely clasp all spheres of the patient, but can mean absolutely different defeats at the same level: for example, sedentary in a carriage and able to operate it perfectly patient is as well socialized, as patient walking with a unilateral support; or the patient with aphasia is as deeply struck, as the patient confined to the bed.

State of the problem

The analysis of scientific definition of the term "rehabilitation potential" allowed us to reveal several essential positions:

1) The concept of "the rehabilitation potential" is inexact, insufficiently clear and is affected by the influence of not clinical context (Enderby, Pandyan, Bowen, et al., 2017).

2) Rehabilitation potential is considered as the ability of a person to activate his biological and socio-psychological mechanisms for restoring destroyed health, employability, personal status and estate, but not medical stuff activity (Sivukha, Enikeeva, 1997).

3) Representation and specification of patient rehabilitation potential is necessary not only for the correct rehabilitation program development, but also for forecasting the potential efficiency of the held rehabilitation activity (Haselbach, Renggli, Carda, et al., 2014), for estimation of the possible restoration level of a broken function and, therefore, the rehabilitation forecast.

4) The described in the contemporary studies clinical cases indicate the possibility of gradual change concerning the rehabilitation potential level: initially all patients by default have high rehabilitation potential and take a usual rehabilitation course, but during the subsequent hospitalization at the same medical institution doctors can estimate the remote results and change the level of rehabilitation potential. However, patients with various psychological characteristics can have problems with restoration of functions already at the first stage of rehabilitation that demands inclusion of the clinical psychologist in multidisciplinary team on a constant basis (Petryaeva, Shnayder, Artyukhov, Saponova, Loginova, 2017).

The learned helplessness as form of human life organization is the catalyst of psychological instability and somatic illness, it determines decrease in resilience of personality to harmful influences of the external environment, contributes to the development and exacerbation of psychological damages and somatic diseases of various etiologies. The helplessness is formed and "taught" gradually, under the influence of a factor of social response to failures

in life events or features of somatic health rather than level of stress factor or disease nature and their objective influence on personality (Volkova, 2017).

It is very important for a person to have successful experience in overcoming difficulties. Then rehabilitation activities can rely on this positive experience and provide more confident progress of a person towards the restoration of lost functions.

The human life-world stability is considered in psychology as an essential indicator of the success of the life self-fulfillment and transference of abilities inherent in him (human) into reality (Loginova, 2012).

In our opinion, human life-world stability allows balancing between order and chaos which Prigozhin (1997) named movement “from life to formation and back” when the accent is shifted from balance position to instability condition where the structure is generated and reconstructed. This single moment of fixation to balance, to stability along with an openness which “breaks” the established rules is related to the rehabilitation arrangements as specially built relation with the world around pointing on the issue regarding the fact whether the life is that a human being (under the formula “I live”) performs or it is something that is performed in a human being (under the formula “I am lived”).

Methods and materials

The study was of comparative type and was organized in the two samples to reveal the degree of difference manifestation. All respondents subscribed voluntary informed consent to participate in the study in accordance with the norms of the Local Ethics Committee of Krasnoyarsk State Medical University. The study was conducted from 2017 until 2018.

Criteria of inclusion in the research:

- patients with a trauma of cervical section of the spine as one of the most severe injuries on consequences for the human;
- agreement to participate in the study subscribed in the informed consent;
- duration of a disease is no more than two years;
- status of a graduate (to provide high cognitive inclusiveness);
- age up to 50 years (to avoid cases of dementia processes influence on the research data);
- existence of close social environment for providing psychological support in rehabilitation process;
- the number of hospitalizations is more than one previous (that indicates adaptability to rehabilitation process);
- no more than one serious associated disease in anamnesis.

40 people were involved in the study.

The general number of patients was divided into two groups according to the level of rehabilitation potential.

- The first group – patients with low level of rehabilitation potential
- The second group – patients with high level of rehabilitation potential

Distribution of respondents by parameters within groups

Options	Gender		Age	Disease duration (in years)	Number of hospitalizations	Education status	Family, social environment	Number of severe diseases
	Female	Male						
1 st group	70%	30%	45,2±0,5	1,4±0,3	2±1	graduate	yes	1
2 nd group	50%	50%	43,5±0,7	1,2±0,5	2±1	graduate	yes	1

The aim of the research is to study the features of the patients' rehabilitation potential with different characteristics of learned helplessness and human life-world stability:

The main objectives of the research are:

- 1) To explore how the state of the learned helplessness influences the features of rehabilitation potential?
- 2) To reveal how the specifics of human life-world stability influence the features of rehabilitation potential?

At the preparatory investigation stage, the assessment of rehabilitation potential was carried out by means of the following methods:

- neurologic (Renkin Scale, Bartel Index, OSS (Orgogozo Stroke Scale), ECOG (Karnovsky Index), RMI (Rivermead Mobility Index)),
- psychological (SF36, Riff scale, EPQ, E.B. Fantalova's questionnaire, BAI (Beck Anxiety Inventory), Cattell Sixteen Personality Factor Questionnaire, Dembo-Rubenstein test),
- neuropsychological techniques (MMSE, MOCA) with deciphering of their result.

These scales are validated and have clear evidential base. The assessment of rehabilitation potential (high, average or low) was provided on the basis of the obtained data.

The open-type questionnaire "Learned Helplessness Genesis Value Judgment" (Volkova, 2016) was applied to study the unique ways of learned helplessness development and identification of its place in life of a specific person. The formation mechanisms and prevention ways of the learned helplessness phenomenon demands considering environmental factors, studying patterns of behavior mastered by means of interaction with the representatives of the social environment, mechanisms of fixing and maintenance of these patterns, and also their combinations to the specific physiological state caused by health factors. Studying the influence of a unique complex containing the specified structural elements as the model forming learned helplessness in ontogenesis (since the period of the preschool childhood till adulthood), and its connection with the level of rehabilitation potential of the patient is one of the objectives of this research.

The method “Investigation of the Human Life-World Stability” (Loginova, 2012) was used as the research tool, which allows to study the features of the human life-world stability in the process of real-life activity. This method is aimed at studying the features of the human life organization and allows revealing the manifestations of the life stability (constructive, unconstructive, and stagnant).

Mathematical processing of the obtained results was carried out with use of the SPSS Statistics 21 software packaging.

Discussion of the results

All data (responses and quotations) obtained in the two groups of respondents by means of the open-type questionnaire “Learned Helplessness Genesis Value Judgment” (Volkova, 2016) were systematized in accordance with the instruction and are presented in Table 2.

Table 2

Results of the questionnaire “Learned Helplessness Genesis Value Judgment”

Learned helplessness criteria	1 st group		2 nd group	
	Before disease	During disease	Before disease	During disease
Estimation of the health state (somatic status)	I was diagnosed with prematurity at my birth Frequent diseases of various genesis Asthenia	I feel deeply sick I do not feel healthy I'm not alive, there is no life in me	Sometimes I suffered from viral diseases Something rarely happened I always considered myself as healthy	I'm overcoming the disease I do not define myself as a patient I'm restoring
Estimation of the emotional state	I was morally humiliated in my family I suffered from experiencing difficult life periods Life has broken me, I'm broken	The trauma cracked me even more I am emotionally devastated I have no energy for emotion	Positive experiences of joy from openings, communication, achievements	Experiences of impossibility to be active, other emotional reactions remained the same
Estimation of the motivation level	I always wanted to be active, but it was impossible	There is no desire to be active I accepted this situation (disease), there is no motivation on changing it	I was active, I clearly understood what I want I was strongly motivated on achievements I always competed with others and myself	I am ready to fight for health I have experience of achievements, I use it for achieving results

Estimation of the will-power level	Everything came easily for me, I never trained my will-power The will was weak – I could achieve nothing through efforts	If someone who would direct me is absent, I do nothing	I was always a strong-willed person I was always on friendly terms with my will-power: I can do everything overcoming my thought “I do not want” to complete anything I’ve started doing	Now I became weaker, wanted to give up smoking, but didn’t succeed in it I try to overcome the situation: it’s impossible to reach anything without efforts
Locus of control estimation	While parents were alive, they controlled me. When they died – it was necessary to become independent Support of people around me was always necessary	Now external control is very important (the doctor, the nurse) Without someone who “adjusts” I cannot do anything	Generally, is was 50/50 It differs from situation to situation, but I tried to control everything myself I was accustomed to rely on opinion of only the closest – that’s the way I lived	Now in those aspects where I am not an expert (concerning treatment), I do not interfere – I trust experts Situationally, about 50-70% is of my control
Estimation of cognitive sphere	Though I was ill in the childhood, I was smart I studied well at school I was a middling	I try to maintain my wits working I puzzle crosswords	My development was normal I never had problems with study I had excellent memory	I do not notice any deterioration so far Everything is interesting, I read a lot
General atmosphere in child-parental relations	In my childhood I was beaten by parents I was afraid of parents I did everything my parents wanted only because of their rigid style of education	I do not want to be a burden to my children I have difficult relations with my relatives	We had a great family, I have built my own family by this example Parents always understood me I was never shouted at, parents explained me everything	My relations with family remained wonderful I feel support All relatives are ready to help me

General characteristic of relations with social environment	I had no friends I was a soul of any company It was pleasant to communicate	I limited communication because of the defect I am ashamed of friends as I am a disabled person I do not communicate with anybody, except relatives	Communication brought me pleasure I always was in the center of events, possessed all the information I trusted to my social environment	My friends and acquaintances often visit me I communicate actively in social networks People often ask me for advice
---	---	---	--	--

All results of the two groups of respondents obtained by means of the method “Investigation of the Human Life-World Stability” were systematized in accordance with the instruction and are presented in Table 3.

Table 3

Results of method “Investigation of the Human Life-World Stability”

Options	1 st group	2 nd group
Temporality of events tendency	The present 30% The past 40% The past - the present 30%	The present - the future 70% The past - the present - the future 30%
The ratio of verbs	The present 40% The past 40% The past - the present 20%	The present - the future 70% The past - the present - the future 30%
Criterion for the described events content selecting	Chronotopic 10% Topological 30% Biographical 60%	Chronotopic 40% Topological 50% Biographical 10%
General emotional background of events	Positive 10% Neutral 40% Negative 50%	Positive 70% Neutral 20% Negative 10%
The meaning of the described life events	The overall direction of the development line is conserved 20% General orientation is not withheld 20% Center of the development line 20% Completion of the development line 40%	The overall direction of the development line is conserved 60% General orientation is not withheld 30% The beginning of the development line 10%
Attitude to events	Valuable 10% Responsible 10% Rational 80 %	Valuable 70% Responsible 20% Rational 10%
Continuity of personal story	Retained 10% Situational 30% Missing 60%	Retained 70% Situational 20% Missing 10%

Creative reflexive position	Holistic reflexive position 10% Situational reflexive attitude 30% Absence of a reflexive relation 60%	Holistic reflexive position 70% Situational reflexive attitude 20% Absence of a reflexive relation 10%
-----------------------------	--	--

By the results of the current stage of rehabilitation procedure the assessment of the patients' rehabilitation potential implementation was made in accordance with two following parameters:

- whether they achieved the rehabilitation objectives,
- whether they can use the acquired skills in everyday life.

The results are presented in table 4.

Table 4

The results of the rehabilitation potential implementation in two groups

Implementation parameter	1st group	2nd group
Reaching the rehabilitation objectives in a hospital	reached - 80% didn't reach - 20%	reached - 90% didn't reach - 10%
Use of skills in everyday life (the delayed data on maintaining effect of rehabilitation)	60%	100%

Conclusion

On the next step of the investigation we tried to match results of studying the learned helplessness and the human life-world stability with data concerning the patients' rehabilitation potential.

It was revealed that people with low rehabilitation potential had problems during the childhood or youth period which promoted formation of the learned helplessness syndrome. The difficulties in the course of personality development significantly reduce possibilities of present recovery period. It is hard for such patients to cope with difficulties independently, as an active person, from the subjective position. They narrow life space because of defect, experience mainly negative feelings and emotions. Besides, their life has fragmentary character: it is broken into two parts "before the disease" and "during the disease". They feel fear thinking about their future. They are not focused on the reflexive attitude to life and themselves. Their critical thinking is reduced.

To sum it up, patients with low rehabilitation potential have the following characteristics:

- division of life into two periods: before and after a trauma; they note changes in own personality,
- apathy, lack of interest to events,

- the autonomy is reduced, external control and help of people around are necessary,
- self-discontent, excessive self-criticality, sensitivity to approval of people around,
- strict control during life, slow moving on career ladder, resistance to changes,
- difficulties in establishment of interpersonal contacts,
- the developed responsibility and sense of duty,
- tolerance, complaisance, law demands and motivation, excessive satisfaction,
- experience of failure as of internal conflict.

As for patients with high rehabilitation potential they have resource for restoration during disease: they are optimistic, capable to control their own life, keep social contacts, try to be useful to others. Their life is represented as more complete, complex, filled with sense. They are capable to learn experience from current situation and to give support to people around.

So, patients with high rehabilitation potential have the following characteristics:

- optimistic attitude to problems and difficulties, cheerfulness, emotionality, enthusiasm,
- reactivity of mental process, high learning ability,
- autonomy, independence, persistence,
- ability to reevaluation of own state,
- lack of control from people around during life, frequent change of types of activity,
- fast integration of skills into everyday life.

The important indicator of rehabilitation success is patients' ability to use the newly obtained functions in everyday life. However, only 60% of patients with low rehabilitation potential demonstrate the ability to transfer the mastered skills to everyday life. We suppose that there are two major obstacles to it: the learned helplessness manifestations and not constructive or stagnant human life-world stability.

Rehabilitation potential is considered as the ability of a person to activate his biological and socio-psychological mechanisms for restoring destroyed health, employability, personal status and estate. It can be realized under the certain conditions and the consolidated assistance of rehabilitation services and society. The efforts of specialists (ergotherapists, social workers, clinical psychologists) and the closest social environment can be effective in specific conditions. The major participant of the rehabilitation activity is initially the person who needs rehabilitation. It is suggested that the problem of rehabilitation potential correlates with problem of learned helplessness of the person and problem of human life-world stability (constructive, unconstructive, stagnant). These two phenomena are similar in their definition and revealing

the level of responsibility of the person for his life (Deci & Ryan, 2000). The learned helplessness as form of human life organization is the catalyst of psychological instability and somatic illness, it determines decrease in resilience of personality to harmful influences of the external environment, contributes to the development and exacerbation of psychological damages and somatic diseases of various etiologies. The helplessness is formed and “taught” gradually, under the influence of a factor of social response to failures in life events or features of somatic health rather than level of stress factor or disease nature and their objective influence on personality (Volkova, 2016). It is very important for a person to have successful experience in overcoming difficulties. Then rehabilitation activities can rely on this positive experience and provide more confident progress of a person towards the restoration of lost functions. The human life-world stability is considered in psychology as an essential indicator of the success of the life self-fulfillment and transference of abilities inherent in him (human) into reality (Loginova, 2012). In our opinion, human life-world stability allows balancing between order and chaos which Prigozhin (1997) named movement “from life to formation and back” when the accent is shifted from balance position to instability condition where the structure is generated and reconstructed. This single moment of fixation to balance, to stability along with an openness which “breaks” the established rules is related to the rehabilitation arrangements as specially built relation with the world around pointing on the issue regarding the fact whether the life is that a human being (under the formula “I live”) performs or it is something that is performed in a human being (under the formula “I am lived”).

References

1. Deci E.L., Ryan R.M. The “What” and “Why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior // *Psychological Inquiry*. 2000. Vol. 11, № 4. P. 227-268.
2. Enderby P., Pandyan A.A., Bowen A., Hearnden D., Ashburn A., Conroy P., Logan P., Thompson C., Winter J. Accessing Rehabilitation after Stroke - A Guessing Game? // *Disabil Rehabil*. 2017. Vol. 39, № 7. P. 709-713. DOI: 10.3109/09638288.2016.1160448.
3. Haselbach D., Renggli A., Carda S., Croquelois A. Determinants of neurological functional recovery potential after stroke in young adults // *Cerebrovascular Diseases Extra*. 2014. № 4. P. 77-83. DOI: 10.1159/000360218.
4. Loginova I.O. Research of stability of the vital world of the person: technique and psychometric characteristics // *Psychological Science and Education*. 2012. № 3. P. 18-28. (In Rus.)
5. Petryaeva O.V., Shnayder N.A., Artyukhov I.P., Saponova M.R., Loginova I.O. The role of orthotic service in modern rehabilitation of patients with Charcot-Marie-Tooth disease // *Journal of Biosciences and Medicines*. 2017. № 6. P. 23-34. (In Rus.)
6. Prigozhin I.R. Science, mind and passion // *Znaniye Sila*. 1997. № 9. P. 44-56. (In Rus.)
7. Sivukha T.A., Enikeeva A.A. Methodical approaches to determining the rehabilitation of the brain vascular pathology // *Medico-Social Examination and Rehabilitation of Disabled People*. 1997. № 21. P. 63-69. (In Rus.)

8. Volkova O.V. Prospects of a complex research model application in designing the program aimed to diagnostics, correction and prevention of the learned helplessness in ontogenesis // Siberian Psychological Journal. 2016. № 61. P. 47-63. (In Rus.)

УДК 159.9.072

FAMILY FACTORS AND GENDER ROLES AS PREDICTORS OF POSITIVE AFFECTIVITY AND ATTITUDE TOWARDS LIFE¹

J. Todorović, M. S. Šnele

Faculty of Philosophy, University of Niš, Niš, Serbia

Summary. The aim of this research was to examine the self-assessment of the subjective well-being of the respondents, measured through the positive affectivity and the positive attitude towards life, as well as the factors that contribute to that. The contribution of family cohesion, flexibility and communication, as well as femininity and masculinity, respondents' education and the number of children to the assessment of the subjective well-being was examined. The sample consisted of 1417 respondents of both genders. The following questionnaires were used during research: Short Scale of Subjective Well-Being (Jovanović & Novović, 2008), Scale of Family Functionality, shortened FACES III (Kouneski, 2000) as well as Femininity and Masculinity Scale, shortened Bem Sex Role Inventory – BSRI. The results of a multiple hierarchical regression showed that communication in the family ($\beta = .201$), family cohesion ($\beta = .154$), masculinity ($\beta = .125$), femininity ($\beta = .090$) and education ($\beta = .071$) significantly contribute to positive attitudes towards life, and what contributes most to the positive affectivity is communication ($\beta = .199$), masculinity ($\beta = .184$), and then cohesion ($\beta = .169$) and the number of children ($\beta = -.090$). These findings indicate that family relations are significantly determined by both components of subjective well-being relative to the other examined factors. What was interesting was that masculinity significantly contributed to both the positive attitude towards life and positive affectivity. A higher number of children in the family brings about greater concerns about health, care, education and finances, and therefore has a negative contribution to positive emotions and subjective well-being.

Keywords: positive affectivity, positive attitude towards life, Olson's Model of Marital and Family Systems, femininity, masculinity.

¹This paper is prepared as part of the project Indicators and Models of Harmonization of Professional and Family Roles No. 179002 funded by the Ministry of Education, Science and Technological Development of the Republic of Serbia.

Positive affectivity and positive attitude towards life

In a series of studies of personal well-being over the last 30 years, a relatively solid empirically- and theoretically-based model of personal well-being has been established (Diener et al., 2003; Lucas & Diener, 2010, according to Vasić, Šarčević, Trogrlić, 2011), which represents a combination of two basic components – cognitive and affective. The affective component of well-being was originally understood as a kind of balance of positive and negative affectivity (Diener et al., 1985; Pavot & Diener, 1993, according to Vasić, Šarčević, Trogrlić, 2011). Later, thanks to numerous empirical findings, this component was defined as a more or less pronounced dominance of the positive versus negative affectivity. The cognitive component of the subjective well-being is an experience or an assessment of individuals regarding the extent to which they are satisfied with their own life in general, in all of its aspects, regardless of the concrete values, norms and goals (Diener et al., 1985; Pavot & Diener, 1993, according to Vasić, Šarčević, Trogrlić, 2011).

Life experience, similar to the studies of psychology, shows that there are considerable differences among people regarding the basic affective style. More precisely, some persons are more willing to express negative emotions, such as anger, fear or sadness, whereas other persons are more willing to express positive emotions, such as joy. It is considered that these basic emotional reactions are primarily a characteristic of the temperament, but also that parental actions and care in the early childhood have a significant role in the formation of affectivity in a person (Rosenberg 1999, according to Čudina Obradović and Obradović, 2006)

In addition to the quality of attachment, which is based on the calming of the fear and insecurity, parental display of warmth and joy will play a more significant role in the positive experiences of children. Thus, joy is observed in a child's reactions if the parent or guardian shows tenderness and pleasure in their interaction with the child. On the other hand, parents can provide a high sense of security but not joy and warmth (Oatley and Jenkin, 2002, according to Čudina Obradović and Obradović, 2006). Numerous studies have documented that the integration of the parental role is achieved in harmonious family relationships, where there is a sense of closeness and connection among the family members, where communication is open and rules are adaptable (Matejević, Todorović, 2014). In this regard, there is a question of how family relationships can contribute to the subjective well-being based on the self-assessment of positive affectivity and a positive attitude towards life.

Olson's Model of Marital and Family Systems

In contemporary literature on family and family relationships, David Olson's Circumplex Model of Marital and Family Systems holds a special place. David Olson's Circumplex Model of Marital and Family Systems is one of the models for inspecting the patterns of family functioning. According to the Circumplex model, the important dimensions of family functioning are family co-

hesion and flexibility. Olson (Olson, 2000, according to Matejević, Todorović, 2014) claims that family cohesion refers to the emotional connection between family members. Cohesion is focused on the way in which a family balances togetherness and separation. The next dimension which is very important for family functioning is family adaptability i.e. flexibility. Flexibility used to be described as the amount of change in family leadership, division of roles and rules of mutual relations. The new definition of family flexibility is the quality and expression of leadership and organization, distribution of roles and styles of negotiation (Olson, Gorall, 2007). Flexibility refers to the way in which a family balances stability and change. With regards to the dimensions of flexibility and cohesion, functional family systems are characterized by the tendency towards stability and balance, the opportunity to adjust to certain life circumstances, the existence of cohesion and a sense of nurturing and supporting togetherness as well as the respect of individual differences. This provides an opportunity for individual growth and fulfilling the educational role of the family (Matejević, Todorović, 2014).

Communication is defined as positive communication skills that are used by a couple or a family system. Communication is, in Olson's model, a facilitator scale – one that has the potential to encourage a family and couples to move towards more functional levels of flexibility and cohesion (Sanders & Bell, 2011). Families that show balanced levels of connection and openness to change have higher scores on the listening scale, emotional openness and show respect and consideration in communication.

Gender roles: femininity and masculinity

Positive affectivity and a positive attitude towards life in part may also stem from the adopted gender role. In the study of Janković and Todorović (2016), it was shown that the acceptance of the traditional gender role had more negative consequences for women than for men. Namely, women that accept the traditional gender role to a greater extent are of lower self-esteem, assess their satisfaction with life to be worse, as well as positive emotions and positive mood in general. Negative emotions, fear, anger and depression, are more pronounced in them (Janković, Todorović, 2016). The concept of masculinity and femininity as global dimensions of personality, which represent the psychological “manliness” and “womanliness” of a person, was introduced to psychology by Terman and Miles in the 30s of the last century, who also constructed the first scale to measure these constructs (according to Todorović, Vidanović 2018). Gender role (gender type) is the result of the process of gender typing. Sandra Bem (Bem, 1981, according to Todorović, Vidanović 2018) believes that people are gender-typed if they have adopted gender roles in accordance with their gender, i.e. the social standards on desirable gender-appropriate behavior. Gender-typed people can be feminine, displaying the behaviors and traits of the female gender, and masculine – displaying the features of the male gender. Bem (according to Stefanović et al., 2012) considered that the internalized so-

cial gender patterns function like cognitive schemas that shape the perception and behavior, which is why the gender-typed individuals completely exclude the typical characteristics of the other gender from their repertoire. Accordingly, women are feminine, i.e. passive, talkative, gentle, sensitive, and men are masculine, i.e. aggressive, dominant, insensitive. According to the findings of Janković, Todorović (2016), masculinity contributes more to the subjective well-being than femininity. However, if the family is considered as a system and the relations in the family, then perhaps masculinity contributes less to life satisfaction if the family relationships are more balanced and the community and mutual connection of family members are more emphasized.

This study examined the relatedness of family relationships (cohesion, flexibility and communication), gender roles of femininity and masculinity, as well as the number of children and education on the one hand, and positive affectivity and positive attitude towards life, as an indicator of subjective well-being, on the other. Additionally, by using the hierarchical regression analysis, the contribution of all examined criteria variables to the positive affectivity and positive attitude towards life was verified.

Methods and materials

Sample

The research was conducted on the territory of the Republic of Serbia, including 20 administrative districts (Hedrih, Simić & Ristic, 2013). The total sample consists of 2283 participants. The results presented in this study refer to the sample of persons who stated that they were married or in a romantic relationship, representing 1417 respondents (586 male and 802 female, and for 29 the data about gender is missing). The youngest respondent in the sample is 18 years old and the oldest 82 ($M=42.57$, $SD=13.41$). Regarding the level of education, 7 (0.5%) of the respondents stated that they had not completed primary education, 71 (5%) had completed primary school, 770 (54.3%) had finished secondary school, 195 (13.8%) had a college degree, 328 (23.1%) had a college or master's degree (this includes students) and 16 (1.1%) had a Ph.D. degree. When it comes to the structure of the sample considering the number of children, 301 (21.2%) of the respondents indicated that they did not have children, 297 (21%) have one child, 599 (42.3%) stated that they had two children and 220 (15.5%) reported having three or more children.

Instruments

Scale of Subjective Well-Being – consists of two subscales: positive attitude towards life (item example: I feel that life is full of beautiful surprises) and positive affectivity (item example: I often feel joyful and thrilled) (Hedrih et al., 2013). Each subscale consists of two questions taken from the Short Scale of Subjective Well-Being (Jovanović & Novović, 2008).

Scale of Family Functionality – consists of three sub-scales: cohesion, flexibility and communication (Hedrih et al., 2013). Questions related to family cohesion (item example: Members of our family love to spend time together)

and flexibility (item example: In our family, everyone is ready to take on the responsibilities of another member) were taken or adopted from FACES III (Kouneski, 2000), and questions regarding the communication subscale (Family members are satisfied with how they interact with each other) were taken from the FACES IV questionnaire (Olson, 2011). In our questionnaire, both the cohesion and flexibility subscale consist of six questions, and the communication subscale includes three questions.

Femininity and Masculinity Scale – consists of four questions, two for assessing femininity (question example: I'm sensitive to the needs of others) and two for assessing masculinity (question example: I want to compete). The questions were taken from the BEM Gender Inventory Scale (Bem Sex Role Inventory - BSRI, Bem, 1975, according to Hedrih et al., 2013).

Discussion of the results

According to Table 1, we could notice that positive attitude towards life was in moderate positive correlation with cohesion and communication, and in weak positive correlation with femininity, masculinity, adaptability and level of education on the total sample. On the other hand, positive affectivity was in moderate positive correlation with communication, and in weak positive correlation with femininity, masculinity, cohesion, adaptability, level of education and in weak negative correlation with the number of children on the total sample.

Table 1

Descriptive statistics and correlation between variables (total sample)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	AS	SD	α
1. Positive attitude towards life	/									3.993	0.910	0.699
2. Positive Affectivity	0.717**	/								3.683	0.998	0.842
3. Femininity	0.195**	0.130**	/							3.654	0.825	0.612
4. Masculinity	0.122**	0.187**	0.015	/						2.576	0.994	0.583
5. Cohesion	0.320**	0.285**	0.326**	-0.008	/					3.988	0.728	0.867
6. Adaptability	0.133**	0.125**	0.152**	-0.101**	0.457**	/				3.186	0.588	0.480
7. Communication	0.316**	0.304**	0.237**	-0.001	0.733**	0.424**	/			4.087	0.828	0.883
8. Education	0.105**	0.083**	0.070**	0.162**	0.052	0.060*	0.024	/		/	/	
9. Number of children	-0.033	-0.082**	0.051	-0.121**	0.113**	0.037	0.039	-0.124**	/	/	/	

Hierarchical regression analysis

Hierarchical regression analyses were used to estimate the relative contributions of the independent variables (femininity, masculinity, cohesion, adaptability, communication, level of education and number of children) to the prediction of criterion variables (positive attitude towards life and positive affectivity) on the total sample. In that way, we can examine conjoint and separate contributions of predictors to criterion variables. At the first step, we entered sociodemographic variables (level of education and number of children), at the second step we entered gender roles (femininity and masculinity) and at the third step, we entered the variables of family functionality (cohesion, adaptability, and communication). Only the predictors that were significantly correlated with the criterion were included (Table 1).

Table 2

**Hierarchical regression analysis (method Enter), criterion variable:
Positive attitudes towards life – total sample**

Model	Positive attitudes towards life						
	Predictors	β	p	R ²	p	ΔR^2	p
I	Education	0.106	0.000	0.011	0.000		
	Education	0.076	0.005				
II	Femininity	0.179	0.000	0.056	0.000	0.045	0.000
	Masculinity	0.116	0.000				
	Education	0.071	0.006				
III	Femininity	0.090	0.001				
	Masculinity	0.125	0.000	0.144	0.000	0.087	0.000
	Cohesion	0.154	0.000				
	Adaptability	-0.055	0.057				
	Communication	0.201	0.000				

According to Table 3, we can see that the level of education, femininity, masculinity, cohesion and communication are significant positive predictors of positive attitude towards life.

Table 3

Hierarchical regression analysis (method Enter), criterion variable: Positive Affectivity – total sample

Model	Positive affectivity						
	Predictors	β	p	R ²	p	ΔR^2	p
I	Education	0.070	0.014	0.013	0.000		
	Number of children	-0.082	0.004				
II	Education	0.034	0.217	0.059	0.000	0.046	0.000
	Number of children	-0.072	0.010				
	Femininity	0.127	0.000				
	Masculinity	0.177	0.000				
	Education	0.026	0.321				
III	Number of children	-0.090	0.001	0.159	0.000	0.093	0.000
	Femininity	0.038	0.168				
	Masculinity	0.184	0.000				
	Cohesion	0.169	0.000				
	Adaptability	-0.058	0.051				
	Communication	0.199	0.000				

Based on the results presented in Table 4, we can see that significant predictors of positive affectivity are the number of children (negative direction), and masculinity, cohesion and communication (positive direction).

Education of the respondent significantly contributes to the positive attitude towards life as a cognitive component of subjective well-being. Gender roles have a more important role than education. Sensitivity to the needs of others and cordiality as characteristics of femininity have a lower contribution, even though they significantly contribute to the positive attitude towards life in comparison to the aspiration towards dominance and competition as the characteristics of the masculine role. However, when we introduce the dimensions of family relationships to the analysis, the developed and open communication among family members has the dominant contribution, followed by community and closeness in the family, and only the third place is taken by the gender role features: masculinity, then femininity, as well as education. Family relationships mostly contribute to the positive attitude in life. The subscale of adaptability has low reliability (Table 1) so it is not unusual that its contribution is not registered as significant.

Positive affectivity as an emotional component of subjective well-being is predicted mostly by good communication in the family, then masculinity features, and then emotional closeness and community in the family. Femininity as sensitivity to others and cordiality, which are predominantly emotional components, lose their importance for the positive affectivity, probably because raising children is something that exhausts the emotional resources of the parents due to concerns about health, education and financial needs of the children. Certainly, numerous studies show that the quality of marriage declines especially in the period when children are small. A higher number of children exploits the family resources to a higher extent and therefore decreases the self-assessment of positive affectivity.

Conclusion

Based on the results obtained, it is clear that family relationships strongly determine both components of subjective well-being, but also that masculinity as a proactive, initiatory and competitive attitude significantly contributes to the positive attitude towards life and positive affectivity. Having all this in mind, we can conclude that a stable family, which is characterized by close relationships and a clear communication style, and which offers the possibility of development to an individual who is proactive and initiatory, will contribute to the satisfaction with life, that is, positive feelings and a positive attitude towards different aspects of life among its members.

References

1. Bem S.L. Sex-role adaptability: one consequence of psychological androgyny // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1975. № 31. P. 634-643.
2. Čudina-Obradović M., Obradović J. Psihologija braka i obitelji [Psychology of the marriage and family]. Zagreb : Golden marketing-Tehnička knjiga, 2006. 616 p.
3. Hedrih V., Simić I., Ristić M. Odnosi na poslu i u porodici u Srbiji – metodologija istraživanja [Relations on work and in family in Serbia – methodology of research] // Hedrih V., Todorović J., Ristić M., eds. Odnosi na poslu i u porodici u Srbiji početkom 21 veka. 2013. P. 191-214.
4. Janković I., Todorović J. Tradicionalno shvatanje rodnih uloga, subjektivno blagostanje i samopoštovanje [Traditional understanding of gender roles, subjective well-being and self-esteem] // *Godišnjak za Psihologiju*. 2016. Vol 13, № 15. P. 7-20.
5. Todorović J., Vidanović S. Kvalitet braka i androginitet partnera [Marriage quality and partner's androgyny] // Blagojević B., eds. Nauka i savremeni univerzitet NISUN 7, Mesto i uloga društveno humanističkih nauka u savremenom svetu. 2018. P. 293-305.
6. Jovanović V., Novović Z. Kratka skala subjektivnog blagostanja – Novi instrument za procesnu pozitivnog mentalnog zdravlja [The Short Subjective well-being scale – new instrument for measurement of positive mental health] // *Primenjena Psihologija*. 2008. Vol.1, № 1-2. P. 77-94.
7. Kouneski E.F. The family circumplex model, FACES II, and FACES III: Overview of research and applications. University of Minnesota: Twin Cities, 2000.
8. Matejević M., Todorović J. Patterns of Family Functioning and Dimensions of parenting Style // 4th World Conference on Learning Teaching and Educational Leadership. 2014. Vol 141. P. 431-437.

9. Olson D.H. Circumplex model of family sisems // Journal of Marital & Family Therapy. 2000. Vol. 22, № 2. P. 144-167.
10. Olson D.H., Gorrall D.M., Tiesel J.W. Faces IV paket. Administration Manual. Minneapolis, 2006. 19 p.
11. Olson D.H. FACES IV. Scoring & Storing Data. 2010. Text: electronic. URL: <http://www.facesiv.com/pdf/scoring.pdf> (date of access: 05.06.2015).
12. Olson D.H. Faces IV and the Circumplex Model: Validation Study // Journal of Marital & Family Therapy. 2011. Vol. 1, № 3. P. 64-80.
13. Sanders C., Bell J. The Olson Circumplex Model: A systemic approach to couple and family relationships. 2011. Text: electronic. URL: <https://www.psychology.org.au/publications/inpsych/2011/february/sanders/> (date of access: 03.06.2015).
14. Stefanović J., Vidanović S., Todorović D. Polne uloge i stavovi o rodnim ulogama osoba sa visokim obrazovanjem [Gender roles and attitudes about the gender roles of persons with higher education] // Temida. 2012. Vol. 15, № 4. P. 179-186.
15. Vasić A., Šarčević D., Trogrlić A. Zadovoljstvo životom u Srbiji [Satisfaction with life in Serbia] // Primenjena Psihologija. 2011. № 2. P. 151-177.

УДК 159.9

CURRENT TECHNOLOGIES IN STUDYING AND CORRECTION OF THE LEARNED HELPLESSNESS IN ONTOGENESIS IN THE CASE OF PSYCHOSOMATIC APPROACH

O. Volkova

Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

Summary. The learned helplessness as a phenomenon has specific structure and its development is dependent on the wide variety of factors during ontogenesis. Its formation can be also forced by psychosomatic disease. The study presents the results which are the part of the complex research devoted to revealing the conditions promoting learned helplessness formation in the course of ontogenetic development. The special attention is paid to the connection of the teenage period and the learned helplessness manifestation of adult people. The developed cultural and historical concept of the learned helplessness genesis and the complex model of a research have been applied on the selection consisting of the adults having bright signs of the learned helplessness (27 - 50 years). The respondents passed though the procedure of testing with application of valid methods allowing to measure the level of motivation, emotions, will-power and cognitive sphere. As a tool aimed to specify the roots of the learned helplessness development “Technology of the learned helplessness development complex analysis” was applied. Low level of development in any 3 of these indicators was assumed as the evidence of learned helplessness

existence in the structure of personality. In 90% of cases the participants of the research who have shown existence of the learned helplessness have noted the expressed deficiency of the will-power sphere in the period of teenage age determined by a specific position of parents in the system of family education.

Keywords: learned helplessness, complex technology of research, ontogenesis, teenagers, child-parental relations.

Relevance

Realities of the modern world proclaim the problem of the learned helplessness research as well as the factors contributing its development relevant in structure of the personality. More and more representatives of modern youth can be characterized by the low level of motivation, lack of interest in life, the general low level of cognitive and life activity, lack of involvement in life as in process. The similar relevance is maintained by, including, a contradiction which for the last years has steady character.

On the one hand promptly developing technogenic society announces one of guarantees of success and wellbeing of the person the requirement to his freedom, autonomy, identity, uniqueness and creativity, ability to create and see the world in a unique way. On the other hand, the same society is hidden driven by other immemorial need for the person which is “convenient”, not free, not changing the world cardinally, predictable. Using the term “society” in this case means not only its global value, and is applicable to designation of any association of people, whether it be family, labor or educational collective, community on interests, etc.

The family institution can also be characterized by existence of the described contradiction. On the one hand, parents dream to see the children as a world conqueror, on the other hand - the obedient children fitting into the mode and laws of parents’ family. In the conditions of this contradiction the equivalence of such phenomena as “freedom” = “independence”, “humility” = “helplessness” seems important.

Speaking about the learned helplessness phenomenon, it is important to peer attentively at its structure and to reveal those its structural elements which at different stages of personality growing can be “targets”, getting to which the toxic system of the child/parental relations promotes development of the adult personality helpless which can be also harden by psychosomatic disease.

The learned helplessness is the state resulting long on time, repeatedly repeating (reverse) influence (both positive and negative) which avoiding is impossible. The stress, failures, the low self-assessment based on the outside assessment, as a result, low level of self-claims are among the factors promoting the learned helplessness formation. As specific characteristics of the learned helplessness such external manifestations as behavior violations, the weakened motivation, violation of cognitive activity and its efficiency, determination to emergence and strengthening of psychosomatic frustration are described. A

number of researches confirm that the trigger of the learned helplessness formation is negative experience of events accountability awareness in the childhood and teenage period. In line with this part of a research the teenage period is of special interest for us (Chambers & Hammonds, 2014; Maier & Seligman, 2016; Taylor et al., 2014; Volkova, 2016).

Domination of children's community over the adult is characteristic of teenage age. There is a new social situation of development: the teenager – the age-mate. The ideal form, i.e. what the child masters at this age what he really interacts with, is area of moral standards on the basis of which social relationship is based. In comprehensive researches the peculiar moral and ethical code inherent in this age is allocated and described. It includes respect for the personality, equality in the relations, the help in everything, and fidelity to friendship. All these norms correspond to the feeling of maturity arising at teenagers.

Each stage of ontogenetic development of the person has the special importance, function and value. If these importance, function and value haven't been realized, have been blocked, the personality passes the subsequent stages of development, without reality of life equipped with new ways of development, without understanding of own potential, without freedom in the course of self-implementation and self-realization, without ideas of possible ways of self-actualization. In this sense the teenage period has the special importance. If before it the child grew and developed more in the relation quantitative (conditionally), then specifics of teenager identity formation are high-quality change of biological, psychological and social components of the person.

Separation is the main objective of the teenage period. To this age the child absorbs traditions of family: morals, the law, the rules, and character of the relations to each other and to the world outside family, methods of providing life and ways of its maintenance, the nature of communication, habits and so on. Speaking about separation, it is important to pay attention to the helplessness antipode – independence again. The independence is possible in the situation of freedom and will: freedom of choice, freedoms of opinion, freedom of decision-making, free of will. Otherwise, the person is more inclined to pole "helplessness" on the scale "helplessness – independence".

Process of natural teenager's separation is promoted considerably by the optimum and effective child/ parental relations.

In the number of factors making catalytic impact on the character of the child/ parent relations the somatic status of the child plays the major role. Clinical, clinical-psychological and pedagogical studies indicate that somatic disease is a crisis situation for the child and his family. With somatic symptoms emergence in the child the process of family interaction with this problem begins, so the somatic disease influences immediately on development of the child/ parent relations. In the situation of somatic disease the child is dependent

on the help of the adult substantially. His life has restrictive character. Tendencies to implication of the helplessness including maintained by the attitude of parents towards the somatic status of the child and the teenager are enlarged (Seligman, 1993; Vigotsky, 1984; Volkova & Loginova, 2017).

Materials and methods

Martin Seligman is the founder of Positive Psychology and the learned helplessness theory believes that the optimistic or pessimistic attributive style of reality perception is directly connected with perception of the parental styles shown by them in behavioral models. M. Seligman emphasizes that the attributive style is formed under the influence of such factors as criticism, rejection, restriction of freedom and will from parents, teachers and also other representatives of an adult environment. The situation of age crisis (the teenage period), the psycho-injuring events such as death of close relatives, the divorce of parents, violence cases in family, a disease of any family members or the child himself promote formation of helplessness. Cases of regular negative experience strengthen pessimistic attributive style of life perception by means of the generalization phenomenon. The experience got by the child in the system of the family relations extends subsequently to relationship with the world outside family (Seligman, 1993).

The ideas close by the content can be found in the concept of cultural and historical development (Vigotsky, 1984). However, in this research the idea of interiorization process and adult's role as the bases for the special self-relation and self-perception of the child is the most important.

Lev Vigotsky (1984) described process of interiorization as transformation the inter-psychological processes into intra-psychological processes. In development of the child's identity the adult (as the representative of the closest social environment) impact on the child and his understanding of the world around by means of a word as the sign. The adult initiates actions and activity of the child, influences his activity and initiative. Subsequently, having been appropriated, having been interiorized, these signs become ways and tools of perception of the world and themselves, already are the part of the structure of the child self-identity. So, a child observing the relation as to helpless and inept to himself since the early childhood he becomes stronger in the similar self-attitude, perceiving it as something objective and natural.

Investigating the way of the adult's learned helplessness formation, solving both diagnostic and correctional problems, it is important to rely on subjective perception of events of own past, present and future life. Application in diagnostics of the factors determining the learned helplessness formation, the basic principles of the transpective analysis allow to receive a full-fledged picture of a participants' life situation as well as huge layer of material for individual correctional and psycho-therapeutic work (Galazhinsky & Klochko, 2012.)

Developing the technology which allows discovering the mechanisms of the learned helplessness formation in ontogenesis we considered structure of the learned helplessness which compounds are as follows: motivation, emotions, will-power and cognitive component (Volkova & Loginova, 2017).

Besides, the technology is developed taking into account the factor of social relationship, namely qualitative content of family and child/ parental relationship at each stage of ontogenesis. In particular, behavioral patterns, ways of their maintenance, their combination with special psychological situation in family have the special importance.

As it has been mentioned above, somatic health is the factor which highlights and doubles the problem sides of family relationship, strengthening both strong, and weaknesses of family society. Respectively, the factor of health state has been considered in the course of diagnostic technology development.

The assumption that the low level of will-power development provoked by not adaptive forms of the child/ parental relations in the period of teenage period determines the learned helplessness development of the adult – became the main hypothesis of the research.

The main objective of diagnostics was to reveal the major factor which determines learned helplessness development on different stages of ontogenetic development by means of “Technology of the learned helplessness development complex analysis” (Volkova & Loginova, 2017).

In compliance with structure of the learned helplessness 42 participants of the research (aged from 27 up to 50 years) have undergone diagnostics by means of the following tests:

- Motivation – “Motivation to success, failures avoiding and risk degree”;
- Will-power – “Locus of control”, “Questionnaire of will and self-control”, “The Level of Subjective Control (LSC)”;
- Emotions – “Determination of the general emotional orientation”, “The anxiety level”;
- The cognitive sphere – “Way of thinking and the level of creativity”, “The Questionnaire – Aim-Tool-Result”.

Diagnostics was organized on-line with use of resources placed on the website <http://psyttests.org/test.html>.

For the purpose of revealing the conditions determining the learned helplessness formation the “Technology of the learned helplessness development complex analysis” (Volkova & Loginova, 2017) was offered to the respondents.

The content of “Technology of the learned helplessness development complex analysis” consists of the following characteristics:

- Age periods of the past life (senior pre-school age, 5-7 years; younger school age, 7-11 years; teenage period, 12-16 years; youth, 16-19 years), assumption of the current state at the time of questioning, ideas about the possible future of the respondents;

- Qualitative criteria for subjective estimation: objective somatic status - frequency of disease cases, subjective perception of the somatic status, major emotional experiences corresponding to age stage, value judgment of the motivation, will-power, locus control, cognitive sphere, subjective perception of the child/ parental relations at the specific age stage and relationship with society.

Filling of the questionnaire assumes answers in freeway which, subsequently, have been subjected to the procedure of the qualitative and reflexive analysis.

Results

Results of diagnostics have become possible to assume in the following table.

Table 1

Results of the learned helplessness signs research

Parameter/Level	High	Average	Low
Motivation	31%	48%	21%
Will-power	15%	46%	39%
Emotions *	12%	37%	51%
Cognitive sphere	32%	68%	-

* the emotions parameter was conditionally counted by the following logic: the prevalence of positive emotions and the optimistic relation to life – for high level, prevalence of negative emotions and pessimism – for low level.

The obtained data demonstrate that 90% of the research participants who have shown bright signs of the learned helplessness have reflexively noted the expressed deficiency of the will-power in the teenage period combined with weakened somatic health and specific position of parents in the system of family education. Here are some illustrative quotations: “Parents decided everything for me. Though schoolmates had more freedom”, “There was no wish for anything, I gave up all hobbies and activities because parents gave too much of control”, “I had bad relations with parents in my teenage, because I didn’t have any voice”.

The vast majority of bright, emotional responses of similar contents are in the section of the questionnaire devoted to teenage period. So, it allows drawing the following conclusions.

Conclusion

Formation of the learned helplessness of the adult in many respects is determined by the reduced level of will-power in the teenage period, provoked by deficiency of independence, specific type of child/ parental relations characterized with control, restriction of free will, hyper guardianship, and as a result,

impossibility of natural separation from family. The toxic child/ parental relations are sharpened with cases of child disease.

Applying to the presented “Technology of the learned helplessness development complex analysis” (Volkova & Loginova, 2017) allows carrying out the deep analysis not so much of the biography facts which have influenced the helplessness generalization. That is more significant in line with modern positive psychology it allows allocating and designating for further work subjectively significant factors and mechanisms which are key for the personality. Consequently, it gives clearer prospects to assimilation of new experience in a context of psychological consultation and the non-drug therapy directed to maintenance of process of self-updating, personality development, strengthening of psychological wellbeing and, as a result, opening of new life resources and potentialities of the personality.

References

1. 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.
2. Galazhinsky E.V., Klochko V.Y. System Anthropological Psychology: Methodological Foundations // *Psychology in Russia: State of the Art*. 2012. № 5. P. 81-98.
3. Maier S.F., Seligman M.E.P. Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience // *Psychological Review*. 2016. Vol. 123, № 4. P. 349-367.
4. Seligman M.E.P. *What You Can Change and What You Can't*. New York: Knopf, 1993.
5. 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.
6. Vigotsky L.S. *Collection of manuscripts in 6 books*. Book 4. Moscow: Pedagogics, 1984. (In Rus.)
7. Volkova O.V. The connection of methodological ideas in Positive Psychology (the USA) and Cultural-historical approach (Russia) in studying the Learnt Helplessness of Children having weak health. In *Proceedings of International Conference on Positive Psychology June 13-14, Philadelphia, Pennsylvania, the USA // Journal of Psychology & Psychotherapy*. 2016. Vol. 6, № 3 (Suppl). P. 90. DOI: 10.4172/2161-0487.C1.003.
8. Volkova O.V., Loginova I.O. Methodological bases of new technologies use in research of the learned helplessness by means of the transpective analysis // *Proceedings of the III International Scientific and Practical Conference «Psychological Health of the Person: Life Resource and Life Potential»*. Krasnoyarsk: Verso, 2017. P. 515-540. DOI: 10.20333/2541-9315-2017-515-525. (In Rus.)

ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

УДК 159.99

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

О.А. Бенькова

Сибирский федеральный университет, г. Красноярск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты экспериментального исследования стрессоустойчивости у подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации. Рассмотрены различные трактовки понятия стрессоустойчивости; проанализировано понятие «трудная жизненная ситуация»; охарактеризованы особенности подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, и уровни их стрессоустойчивости.

Ключевые слова: стрессоустойчивость, стрессоустойчивость как компонент психического здоровья личности, трудная жизненная ситуация, факторы трудной жизненной ситуации.

Актуальность. Современное общество предъявляет повышенные требования к стрессоустойчивости человека и его способности находить выход из трудных жизненных ситуаций. Стрессоустойчивость личности имеет большое практическое значение, так как «охраняет личность от дезинтеграции и личностных расстройств, создает основу внутренней гармонии, полноценного психического здоровья, высокой работоспособности. Формирование стрессоустойчивости актуально для каждого человека, но особую значимость оно приобретает в тех случаях, когда человек оказывается в специфических условиях, в трудных жизненных ситуациях» (Гревцева, 2017).

Как отмечает Л.И. Дементий, «... устойчивость к стрессам способствует не только преодолению сложных жизненных ситуаций, но позволяет личности развивать самоконтроль, управлять своими эмоциями, контролировать проявления агрессивности, что обуславливает способность принимать личную ответственность за свои поступки, выстраивать более конструктивные отношения в социальной среде» (Дементий, 2015).

Постановка проблемы. В психолого-педагогической науке накоплен обширный материал по проблеме стрессоустойчивости. Представлены исследования в контексте формирования стрессоустойчивости подрост-

ков в учебной деятельности (Т.С. Тихомирова); в контексте выделения психологических особенностей стрессоустойчивости (С.Ю. Визитова); в рамках культурно-исторического подхода к стрессу и стрессоустойчивости (Т.Г. Бохан); с позиции рассмотрения стрессоустойчивости как фактора развития позитивного отношения студентов к учебной деятельности (А.А. Андреева). Значительное количество исследований посвящено стрессоустойчивости военнослужащих (П.П. Пагахов), спортсменов (С.К. Багадирова), педагогов (А.А. Баранов), сотрудников служебных коллективов (А.П. Катунин) и др. Рассмотрены индивидуально-личностные предикторы стрессоустойчивости у мужчин и женщин (А.В. Михеева); особенности формирования стрессоустойчивости студентов педагогических вузов в процессе занятий вокально-хоровой деятельностью (Е.В. Зеличенко); психологические ресурсы устойчивости личности к стрессу в организациях разных сфер и видов деятельности (Ю.К. Вольвич). Однако практически не встречается исследований по проблеме формирования стрессоустойчивости подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации.

На сегодняшний день в психологической науке нет единого понимания содержания понятия «стрессоустойчивость». В общем виде под стрессоустойчивостью исследователями понимается способность человека противостоять стрессу или совладать со стрессовыми ситуациями.

Исследователь Т.С. Тихомирова рассматривает стрессоустойчивость как компонент психического здоровья личности, отмечая, что это «... способность противостоять стрессу, самостоятельно преодолевать проблемы, возникающие на пути ее духовного роста и физического самосовершенствования» (Тихомирова, 2014).

Автор А.А. Андреева на основании изучения стрессоустойчивости студентов в учебной деятельности делает вывод, что это «... комплексное свойство личности, включающее такие личностные компоненты, как низкая личностная и ситуативная тревожность, низкий уровень нервно-психического напряжения, адекватная самооценка, высокая работоспособность, эмоциональная устойчивость, которое обеспечивает успешное достижение цели деятельности и реализуется в когнитивной, эмоциональной, мотивационной и поведенческой сферах деятельности личности» (Андреева, 2009).

В качестве факторов-стрессоров исследователями выделяются различные жизненные события: повседневные сложности, травматические и хронические стрессоры, критические жизненные ситуации.

Проблемы детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, достаточно широко представлены в отечественной и зарубежной науке. Но так же, как и в случае трактовки понятия «стрессоустойчивость», нет единства мнений и в определении понятия «трудная жизненная ситуация». Данное понятие рассматривается наряду с такими понятиями как «критические

события», «негативные жизненные события», «стрессовые жизненные события», «травматические события», «сложные жизненные ситуации», «критические ситуации» и т.д. Но, несмотря на такое разнообразие, все эти определения объединяет то, что все они «...предъявляют к людям, испытывающим их, повышенные требования, вынуждают прилагать усилия и подключать дополнительные возможности для преодоления, ограничивают активность, т.е. являются стрессорами» (Москвитина, 2014).

Для трудной жизненной ситуации детей, как указывает Л.Я. Олиференко, характерны «...нарушения средовых условий нормальной жизнедеятельности (объективные факторы) и особенности субъективного восприятия детьми таких ситуаций (субъективные факторы). Объективные факторы представлены симптомами нарушения ценностного отношения к ребенку и ослаблением необходимых социальных связей. Субъективные факторы характеризуют нарушения субъективного восприятия детьми трудных жизненных ситуаций и проявляются в искажении представлений детей о способах жизнедеятельности людей, неоднозначности эмоциональных состояний ребенка, неадекватном взаимодействии ребенка с социальным окружением» (Олиференко, 2015).

Автор Т.П. Палий на основании экспериментального исследования педагогических условий, способствующих формированию социальной компетентности у подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, вводит понятие «подростки, находящиеся в трудной жизненной ситуации», которое, по ее мнению, «...является комплексной характеристикой детей, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств, преодолеть которые они не могут самостоятельно или с помощью семьи». Автор выделяет следующие психолого-педагогические особенности подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации: «...нарушение ценностного отношения к ребенку со стороны взрослых, ослабление необходимых социальных связей, искажение представлений подростков о способах жизнедеятельности людей, неадекватное взаимодействие с социальным окружением, нарушение способов общения, возникновение особых форм активности подростка – дезадаптивного и деструктивного поведения». По мнению Т.П. Палий, трудная жизненная ситуация – это «...временная, объективно или субъективно создавшаяся ситуация, порождающая у подростка эмоциональное напряжение и стресс» (Палий, 2009).

Таким образом, трудные жизненные ситуации являются одним из факторов, способствующих возникновению стресса, снижению стрессоустойчивости человека.

Методы и материалы. Экспериментальное исследование стрессоустойчивости у подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводилось на базе МАОУ «Средняя школа №19 имени А.В. Седельникова» г. Красноярска. Выборка исследования составила 15 респондентов

в возрасте 15-16 лет, оставшихся без попечения родителей или находящихся под опекой. Для диагностики стрессоустойчивости у подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, нами использовались тест на самооценку стрессоустойчивости личности (авт. Н.В. Киршева, Н.В. Рябчикова); модифицированная форма **Фрайбургского многофакторного опросника (FPI-B)**, разработанная А.А. Крыловым и Т.И. Ронгинской.

Результаты исследования. Анализируя экспериментальные результаты по тесту на самооценку стрессоустойчивости личности, можем отметить, что высокий уровень стрессоустойчивости диагностирован только у 13,3% подростков; для 20% респондентов характерен средний уровень стрессоустойчивости; у 6,7% испытуемых выявлен уровень устойчивости к стрессу выше среднего; для 26,7% респондентов характерен уровень стрессоустойчивости ниже среднего; у 33,3% подростков выявлен низкий уровень устойчивости к стрессу.

В результате диагностического обследования подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, по Фрайбургскому личностному опроснику были получены следующие данные.

По шкале «Невротичность» у 33,3% испытуемых диагностированы высокие показатели (7-9 баллов). Для них характерны высокая тревожность, возбудимость в сочетании с быстрой истощаемостью, повышенная чувствительность. У 6,7% подростков выявлена низкая оценка по данной шкале; им свойственно спокойствие, непринужденность, постоянство в привязанностях, реалистичность, хорошее понимание действительности. У 60% испытуемых выявлены средние показатели (4-6 баллов). Они не всегда объективны в оценке себя и других людей, склонны к соперничеству, могут расстраиваться из-за пустяков, испытывать чрезмерное беспокойство; но чаще активны, деятельны, непринужденны.

По шкале «Спонтанная агрессивность» высокие показатели диагностированы у 33,3% подростков. Для этих ребят характерно выраженное влечение к аффективным переживаниям; они действуют, как правило, не задумываясь о последствиях своих поступков; не могут сдерживать или отсрочивать удовлетворение своих желаний; импульсивны; не извлекают пользы из своего негативного опыта. У 26,7% респондентов показатели по данной шкале низкие. Эти испытуемые осторожны в поведении, конформны, не любят перемен, сдержанны. У 40% подростков оценки по шкале соответствуют средним показателям; иногда они могут действовать импульсивно и непродуманно, испытывать безразличие к окружающему, но обычно охотно участвуют в различного рода мероприятиях; в целом характеризуются умеренным самоконтролем; аффективные переживания возникают редко.

По шкале «Депрессивность» высокие баллы диагностированы у 26,7% респондентов. Эти подростки погружены в собственные переживания, отгорожены от окружающих, теряют скованность только в кругу близких

друзей; они добросовестны, старательны, но любая деятельность их быстро утомляет, что проявляется в психомоторной заторможенности, снижении настроения; легко впадают в отчаяние, болезненно переживают неприятности; нерешительны, неспособны принять быстрое решение без колебаний. Низкие оценки по данной шкале диагностированы у 20% подростков. Эти ребята жизнерадостны, энергичны, уверены в своих силах, успешны в разных видах деятельности, непринужденны в межличностных отношениях. У 53,3% респондентов выявлены средние оценки по данной шкале. Иногда они могут болезненно переживать неприятности, испытывать гнетущее ощущение; не всегда способны контролировать свои импульсы, могут быть непоследовательны и беспечны.

По шкале «Раздражительность» высокие оценки диагностированы у 46,7% подростков. Эти испытуемые плохо переносят ситуации с высокой степенью неопределенности; остро переживают свой неуспех, могут при этом обвинять как себя, так и других, проявляя враждебность; в качестве формы защиты от травмирующих переживаний используют конфликтное или демонстративное поведение. Средние показатели по данной шкале выявлены у 33,3% респондентов; они порой могут впадать в отчаяние, избегать контактов, но при этом требовательны к себе, добросовестны. У 20% испытуемых диагностированы низкие показатели по шкале. Для этих ребят свойственны такие черты как ответственность, порядочность, аккуратность в делах, требовательность к себе, самоконтроль.

По шкале «Общительность» высокие оценки выявлены у 20% подростков. Эти ребята характеризуются общительностью, готовностью к сотрудничеству, непринужденностью поведения, отзывчивостью. Низкие показатели по шкале выявлены у 20% испытуемых; они тяготеют к общению, больше любят одиночество, избегают близости, поддерживают формальные межличностные отношения. Средние оценки диагностированы у 60% респондентов; они, как правило, легко сходятся с людьми, но не всегда спокойно чувствуют себя среди большого количества людей; иногда могут тяготиться общением, хотя, в одиночестве обычно скучают.

По шкале «Реактивная агрессивность» у 26,7% респондентов выявлены высокие оценки, свидетельствующие в выраженном стремлении к доминированию, агрессивном отношении к окружающим; проявляют враждебные чувства по отношению к тем, кто пытается регулировать их поведение. У 20% испытуемых по данной шкале диагностированы низкие оценки; эти ребята конформны, уступчивы, малоактивны; им не хватает упорства, самостоятельности. У 53,3% подростков выявлены средние оценки по шкале; в некоторых ситуациях они могут проявлять стремление к доминированию, болезненно воспринимать критику и замечания в свой адрес, но обычно готовы выслушать и принять совет от более старшего или опытного лица.

По шкале «Застенчивость» у 60% подростков выявлены высокие показатели; эти ребята нерешительны, не уверены в себе; чрезмерно колеблются при принятии решений; предрасположены к стрессовому реагированию; неожиданные события их сильно беспокоят, выбивают «из колеи». Для 20% респондентов свойственны низкие оценки по данной шкале; эти подростки отличаются смелостью, решительностью, склонностью к риску; не теряются, сталкиваясь с трудностями и непредвиденными обстоятельствами. У 20% испытуемых получены средние показатели по шкале; в отдельных ситуациях они могут быть тревожны, скованы; стараются не выделяться среди других; в иных обстоятельствах могут принимать быстрые решения, не переносят двойственности и колебаний.

По шкале «Открытость» у всех подростков диагностированы средние показатели, что свидетельствует о достоверности результатов, полученных по другим шкалам; среднем уровне самокритичности испытуемых.

По шкале «Экстраверсия/интроверсия» у 40% респондентов выявлены высокие оценки, что позволяет говорить о выраженной экстравертированности. Эти ребята характеризуются активностью, коммуникабельностью, стремлением к признанию окружающими. У 26,7% подростков показатели соответствуют низким оценкам, что говорит о выраженной интровертированности, затруднениях в контактах, стремлении сохранить дистанцию во взаимоотношениях. У 33,3% респондентов показатели по шкале средние, что говорит об амбиверсии; в зависимости от ситуации у ребят могут проявляться черты, как интроверта, так и экстраверта.

По шкале «Эмоциональная лабильность» только у 13,3% испытуемых диагностированы высокие оценки, что указывает на неустойчивость их эмоционального состояния, частые колебания настроения, повышенную возбудимость и тревожность. У 33,3% респондентов выявлены низкие оценки по данной шкале; эти ребята характеризуются стабильностью эмоционального состояния, умением хорошо владеть собой, порой чрезмерной прямолинейностью. Для 53,3% подростков характерны средние показатели по шкале; эти ребята чувствительны, могут быть раздражительны, но в целом удовлетворены собой, готовы следовать нормам и правилам.

По шкале «Маскулинность/фемининность» у 40% испытуемых выявлены высокие показатели, что характеризует этих подростков как смелых, предприимчивых, склонных к быстрым и решительным действиям, практичных, стремящихся к самоутверждению. Для 42,7% респондентов характерны низкие оценки по данной шкале; они чувствительны, склонны к волнениям, самоанализу и самокритике; порой нерешительны и робки; умеют чувствовать людей; избегают соперничества. У 33,3% испытуемых диагностированы средние оценки по данной шкале; эти подростки могут

испытывать некоторые трудности в понимании мотивов своего и чужого поведения; проявлять склонность к волнениям и чрезмерной озабоченности личными проблемами.

По шкале «Уравновешенность» высокие оценки выявлены только у 13,3% испытуемых; эти ребята устойчивы к воздействию стресс-факторов, отличаются высоким уровнем стрессоустойчивости. У 60% респондентов диагностированы низкие показатели; для этих подростков характерен низкий уровень устойчивости к стрессу; тревожность; им трудно разобраться в собственных переживаниях; они могут испытывать чувство одиночества, изнуренности, беспомощности. У 26,7% испытуемых показатели по шкале средние; эти подростки характеризуются средним уровнем стрессоустойчивости; периодически могут испытывать упадок сил, ощущение неполноценности, неприспособленности; проявлять дезорганизованное поведение.

Вывод. Исходя из результатов экспериментального исследования стрессоустойчивости у подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, мы можем отметить, что для респондентов с низким уровнем стрессоустойчивости **и уровнем устойчивости к стрессу ниже среднего** характерны: высокая тревожность, возбудимость в сочетании с быстрой истощаемостью, импульсивность, сниженное настроение; влечение к аффективным переживаниям; плохая переносимость ситуаций с высокой степенью неопределенности; болезненное переживание неприятностей; неспособность принимать быстрые решения.

Список литературы

1. Андреева А.А. Стрессоустойчивость как фактор развития позитивного отношения к учебной деятельности у студентов: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Тамбов, 2009. 27 с.
2. Гревцева О.В. Особенности формирования стрессоустойчивости у воспитанников образовательных учреждений пансионного типа: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13. Ростов н/Д., 2017. 25 с.
3. Дементий Л.И. Самоконтроль и импульсивность как факторы подверженности стрессу в деструктивных ситуациях // Психологическое, физическое, информационное насилие и пути его преодоления в современном обществе : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Омск, 1-2 октября 2015 г.) / отв. ред. А.Ю. Маленова [и др.]. Омск : Изд-во Омского гос. ун-та, 2015. С. 9-14.
4. Москвитина О.А. Представления младших подростков о трудных жизненных ситуациях // Журнал прикладной психологии. 2014. № 4. С. 95-98.
5. Олиференко Л.Я., Шульга Т.И., Дементьева И.Ф. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска. М.: Академия, 2015. 256 с.
6. Палий Т.П. Формирование социальной компетентности подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, в условиях детского оздоровительно-образовательного центра: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. Чебоксары, 2009. 23 с.
7. Тихомирова Т.С. Формирование стрессоустойчивости школьников подросткового возраста в учебной деятельности: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. М., 2014. 183 с.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Н.И. Бондаренко, Н.В. Тихонова, Г.Н. Гончарова

Краевой геронтологический центр «Уют»», г. Красноярск, Россия

Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Сибирский государственный университет науки и технологий имени

академика М.Ф. Решетнева, г. Красноярск, Россия

Аннотация. В настоящее время особое внимание представляют геронтологические пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами в связи с тем, что они чаще обращаются за медицинской помощью, чем пациенты без депрессии. В связи с этим целью исследования стало - проведение пилотного исследования тревожно-депрессивных состояний у геронтологических пациентов на базе учреждения санаторно-курортного типа - Краевой геронтологический центр «Уют», осуществляющего комплексную реабилитацию лиц пожилого и старческого возраста. Новизна исследования заключается в том, что тревожно-депрессивные состояния в пожилом возрасте выступают как фактор снижения эффективности проведения реабилитационных мероприятий, проводимых в рамках санаторно-курортного лечения.

На основании проведения данного пилотного исследования установлено, что тревожные состояния наблюдаются у 10% пациентов геронтологического центра, а субклинические состояния зарегистрированы у 76% пожилых пациентов. При этом приверженность к лечению соматических заболеваний, как показало исследование, проведенное на базе геронтологического центра, у всех пациентов значительно снижена. Выявлены некоторые общие тенденции, характерные для тревожных и депрессивных состояний в пожилом возрасте. В пилотном исследовании геронтологических пациентов в большинстве случаев отмечались смешанные тревожно-депрессивные состояния. Генерализованное тревожное расстройство отмечается у 5% пациентов, из них 80 % это женщины. У геронтологических пациентов с тревожно-депрессивными состояниями значительно снижается эффективность проводимых реабилитационных мероприятий. Тревожно-депрессивные состояния оказывают негативное влияние на качество жизни пожилых людей, ухудшая их физическую, психологическую и социальную адаптацию. Особую актуальность в геронтологической практике представляет необходимость выявления и проведение своевременной психофармакотерапии таких нарушений у пожилых пациентов. Кроме того, встает вопрос разработки практических рекомендаций по диагностике тревожных состояний у пациентов пожилого

возраста до направления на санаторно-курортное лечение, что формирует необходимость индивидуального дифференцированного подхода к лечению таких пациентов у психотерапевта и подбора психофармакотерапии тревожных состояний у данной группы пациентов.

Ключевые слова: тревога, депрессия, тревожно–депрессивные состояния, геронтологический пациент, пожилой возраст, реабилитационные мероприятия, психофармакотерапия.

Актуальность. Изучение особенностей состояния психологического статуса лиц пожилого возраста представляет особую актуальность, так как мировой современной демографической тенденцией является прогрессирующее старение населения. В настоящее время перед здравоохранением стоят новые задачи, одной из которых является возможность влияния на психическое и физическое здоровье пожилых людей путем формирования медицинской грамотности в вопросах повседневной жизнедеятельности.

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» приоритетной политикой государства является увеличение продолжительности и качества жизни населения. Особое внимание уделено формированию активного долголетия. В связи с этим изучение факторов, влияющих на их психо-соматической состоянии, разработка мероприятий по оптимизации медико-социальной помощи и формирование медицинской грамотности в области здорового образа жизни имеет особое значение в пожилом возрасте.

Постановка проблемы. Геронтологические пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами (независимо от наличия другой патологии) обращаются за амбулаторной и стационарной помощью в 1,7 раза чаще пациентов без депрессии. При этом затраты на лечение таких больных увеличиваются в 2-3 раза, что еще раз свидетельствует об актуальности исследований данной группы лиц (Давыдов, 2016). Медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения при оказании медико-социальной помощи пациентам с тревожно-депрессивными расстройствами, обуславливают необходимость разработки особых медико-социальных подходов к таким пациентам. Тревога является одним из наиболее характерных психопатологических феноменов пожилого возраста. Диагностику и лечение тревожных состояний различного генеза в пожилом возрасте затрудняет отсутствие решений ряда теоретических вопросов. Недостаток информации об особенностях психопатологии тревоги в пожилом возрасте ведет к гиподиагностике тревожных состояний и невозможности получения больными адекватной медицинской помощи (Федотова, 2008). Исследователи предлагают разные механизмы происхождения тревожных симптомокомплексов пожилого возраста: сложный

психопатологический синдром (психоорганический, невротический, аффективный) и коморбидность нескольких заболеваний. Низкая информативность исследований психопатологии тревожных состояний пожилого возраста препятствует разработке и внедрению новых программ коррекции тревожных состояний данной категории больных (Бекетова, 2018).

Методы и материалы. В связи с вышеизложенным стало необходимым научно обосновать и разработать мероприятия по оптимизации реабилитационной помощи пациентам старших возрастных групп, имеющих тревожно-депрессивные состояния (на примере Краевого геронтологического центра «Уют» г.Красноярска). Исследование проведено на базе учреждения санаторно-курортного типа - Краевой геронтологический центр «Уют», осуществляющего комплексную реабилитацию лиц пожилого и старческого возраста. Предварительная оценка (пилотное исследование), проведенная специалистами социально-реабилитационного отделения, в составе которого имеется штатный психолог учреждения, позволила оценить наличие тревожно-депрессивных состояний у пациентов геронтологического центра и проанализировать их особенности. С этой целью была разработана адаптированная карта обследования геронтологического пациента с тревожным состоянием.

Результаты исследования. Как показало пилотное исследование, тревожные состояния наблюдаются у 10% пациентов геронтологического центра, а субклинические состояния регистрируются у 76% пациентов. Тревога – это отрицательное эмоциональное переживание, обусловленное ожиданием чего-то опасного, имеющее диффузный характер и не связанное с конкретным событием. Клиническое проявления тревоги разнообразны. Можно выделить две основные группы симптомов: психические и соматические. Психические симптомы тревоги включают в себя постоянное или периодически возникающее чувство тревоги, беспокойство по мелочам, ощущение напряжения и скованности, невозможность сконцентрироваться, быструю утомляемость, затруднения засыпания и поверхностный неглубокий сон, страхи (часто с формированием ограничительного поведения). Для соматических проявлений тревоги характерны полисистемность проявлений и отсутствие схожести с известными соматическими заболеваниями. При этом отмечается особая внутренняя картина болезни и редукция соматических жалоб под влиянием психотропных средств. Наиболее часто встречаются учащенное сердцебиение и «перебои» в работе сердца, приливы жара или холода, потливость, ощущение «кома» в горле, тошнота, ощущение вздутия живота, учащенное мочеиспускание, сухость во рту, головокружение, предобморочные состояния, боли в мышцах. Генерализованное тревожное расстройство отмечается у 5% пациентов, из них 80 % это женщины. Для генерализованного тревожного расстройства характерна чрезмерная, стойкая, не ограниченная каким-либо определенным обстоятельством тревога, которую больной с трудом контролирует. Тревога сопровождается опасениями за свое

здоровье и жизнь, за жизнь и здоровье близких, суетливостью и невозможностью расслабиться, трудностями в сосредоточении внимания, нарушением сна, вегетативными и вегетативно-болевыми феноменами.

Панические атаки (крайнее проявление тревоги), часто встречаются в геронтологической практике. Для панических атак характерно: наличие и повторяемость приступов; возникновение каждого последующего приступа без четких органических причин. Приступ, как правило, начинается внезапно на фоне полного здоровья с ощущения учащенного сердцебиения или перебоев в сердце, чувства внутренней дрожи и напряжения, нехватки воздуха, головокружения и неустойчивости, потливости. Приступ может сопровождаться тошнотой, абдоминальным дискомфортом, послаблением стула, подъемом артериального давления и обильным мочеиспусканием в конце приступа.

Обсуждение результатов. Для тревожных и депрессивных состояний характерны некоторые общие тенденции. Проявления тревожных и депрессивных состояний во многом схожи. Коморбидность тревоги и депрессии достигает 40-80%, и часто бывает очень трудно отличить одно состояние от другого. В пилотном исследовании геронтологических пациентов в большинстве случаев отмечались смешанные тревожно-депрессивные состояния. Такие пациенты характеризуются конфликтным поведением, как среди пациентов, так и в контакте с медицинскими работниками учреждения (Tikhonova, 2018).

Как показало пилотное исследование, у геронтологических пациентов с тревожно-депрессивными состояниями в значительной степени снижается приверженность к лечению имеющих соматических заболеваний. Такие пациенты не выполняют назначения врача-гериатра геронтологического центра, пропускают физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебную физкультуру, нерегулярно принимают лекарственные препараты, не соблюдают диету и не придерживаются рекомендаций, данных врачом-терапевтом учреждения. Кроме того, особо следует отметить, что все пациенты, имеющие тревожно-депрессивные состояния, не принимают участие в культурно-досуговой деятельности (кружки рукоделия, клубы по интересам, школы здоровья), проводимой в геронтологическом центре. Единичные пациенты посещают музеи, театры, экскурсии по городу. Следовательно, тревожно-депрессивные состояния оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов, ухудшая их физическую, психологическую и социальную адаптацию (Saffari, 2019).

Таким образом, необходимость своевременного выявления и подбора адекватной психофармакотерапии у пациентов с тревожно-депрессивными состояниями и соматической патологией не вызывает сомнения. В общей медицинской практике типичные симптомы тревожного или депрессивного состояния встречаются редко. Обычно они маскируются разнообразными соматическими и вегетативными симптомами, поэтому выявление их

должно происходить активно, во время беседы с больным и его родственниками. При этом следует учитывать, что многие больные не осознают, не полностью понимают или просто не хотят говорить о своих психологических проблемах и отрицают снижение настроения и тревогу. Как показало исследование, у части пациентов возникают трудности с вербализацией своих душевных переживаний, и они описывают свое состояние в более понятных им терминах соматического страдания. В процессе беседы с такими пациентами важно выяснить, как влияют симптомы заболевания на его повседневную и профессиональную жизнь, сузился ли круг его интересов, трудно ли ему принимать какие-то значимые решения и насколько оптимистично он видит будущее. Помимо клинического интервью, для диагностики тревожных и депрессивных состояний целесообразно использование психометрических тестов для определения степени выраженности состояний и его динамики на фоне проводимой терапии.

Как показала практика, для скрининга тревожнодепрессивных состояний у соматических больных желательно использовать субъективные психометрические тесты, обладающие целым рядом преимуществ. Такие тесты не требуют от врача специальной подготовки. К числу наиболее используемых относятся госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник депрессии Бека, тест Цунга для самооценки определения тревоги и депрессии, тест Спилбергера для определения уровня реактивной и личностной тревожности. Психическое состояние больных пожилого возраста с тревожными состояниями оцениваются клинико-психопатологически и с помощью стандартизированных психометрических шкал: шкалы объективной оценки тревоги (Шкала Гамильтона - Hamilton Anxiety Rating Scale; HARS) и депрессии (Шкала Монтгомери-Асберга - Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MADRS), опросник тревоги в гериатрии (Geriatric Anxiety Inventory; GAI-SF) и гериатрический опросник депрессии (Geriatric Depression Scale; GDS-15) (Иванец, 2014).

Необходимость выявления и своевременной психофармакотерапии таких нарушений у пациентов в геронтологической практике представляет особую актуальность. Тревожные и депрессивные состояния являются независимыми факторами риска для многих сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертония, инфаркт миокарда и др.). Как указывалось выше, они оказывают негативное влияние на все аспекты качества жизни геронтологических пациентов. Имеющиеся сегодня в арсенале врача препараты позволяют с успехом лечить таких пациентов, повышая качество их жизни и адаптивные возможности.

Как показало пилотное исследование пациентов геронтологического центра, тревожные состояния в пожилом возрасте развиваются в рамках различных психических состояний: тревожно-фобических, невротических, соматоформных, аффективных и психоорганических. Тревожные состояния пожилого возраста обнаруживают ряд общих признаков с депрессиями

- симптомы депрессий (с преобладанием умеренных и тяжелых) выявляются у всех пожилых больных с тревожными состояниями. Депрессия – психопатологическое состояние, характеризующееся сочетанием подавленного настроения и снижения психической и двигательной активности с соматическими вегетативными симптомами. Депрессия является наиболее распространенной формой психических состояний. Последние эпидемиологические исследования убедительно показывают рост частоты данного заболевания в популяции (Дьяченко, 2014).

Вывод. Таким образом, тревожные состояния у пожилых пациентов геронтологического центра встречаются в 10 % случаев и сочетаются с симптомами депрессии, астении. У геронтологических пациентов с тревожно-депрессивными состояниями в значительной степени снижается приверженность к лечению имеющихся соматических заболеваний, что значительно снижает эффективность проведения реабилитационных мероприятий в рамках санаторно-курортного лечения.

Все это свидетельствует о необходимости разработки практических рекомендаций по диагностике тревожных состояний у пациентов пожилого возраста до направления на санаторно-курортное лечение, что формирует необходимость индивидуального дифференцированного подхода к лечению таких пациентов у психотерапевта и подбора психофармакотерапии тревожных состояний у больных пожилого возраста.

Крайне актуально проведение образовательных программ для врачей терапевтов участковых по диагностике и психофармакотерапии тревожно-депрессивных состояний. Диагностика тревожно-депрессивных состояний при психосоматических и соматопсихических заболеваниях основывается на знании феноменологии и диагностических критериях типичного тревожного или депрессивного состояния и факторов риска его развития (Алексеев, 2018). В связи с этим, особое внимание участковым-терапевтам необходимо уделять пациентам геронтологического профиля при направлении их на санаторно-курортное лечение, которое, как показало пилотное исследование, для таких пациентов является малоэффективным. Более того, пациенты тревожно-депрессивных состояний нуждаются в соответствующей фармакотерапии. В условиях геронтологического центра не представляется возможным проведение комплексной психофармакотерапии, которая является наиболее эффективной при тревожных состояниях у пациентов пожилого возраста.

Кроме того, необходимо проведение дальнейшего комплексного исследования геронтологических пациентов с признаками тревожно-депрессивных расстройств с целью разработки образовательных программ для пациентов пожилого возраста по проблемам формирования медицинской грамотности применения лекарственных средств при тревожно-депрессивных состояниях и профилактике самолечения для пожилых пациентов, их родственников и социальных работников.

Список литературы

1. Алексеев И.А., Харьков Е.И., Давыдов Е.Л. Исследование уровня тревожности до и после проведения школы по артериальной гипертензии // Наука и образование: новое время. 2018. № 2. С. 56-59.
2. Бекетова Н.А., Стоянова Е.И. Программа коррекции тревожности пациентов пожилого и старческого возраста в послеоперационный период // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы V Междунар. науч.-практ. конф. Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. С. 345-348.
3. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Кусаев В.В. Медико-социальная помощь в рамках организационно-функциональной модели пациентам старших возрастных групп с артериальной гипертензией в г. Красноярске // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 3-1. С. 54-59.
4. Дьяченко И.А. Социально-психологические факторы переживания одиночества в пожилом возрасте: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13. СПб., 2014. 134 с.
5. Иванец Н.Н., Сысоева В.П., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И. Тревожные расстройства у больных пожилого возраста: психопатологическая характеристика, диагностика, сходство и отличия от тревожных депрессий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114, № 5. С. 4-11.
6. Федотова А.В. Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2008. № 3. С. 83-88.
7. Tikhonova N.V., Demina N., Klimatckaia L.G., Osipov A.Yu., Kudryavtsev M., Zhavner T., Shpakou A. Arterial hypertension as a factor in the choice of conflict resolution strategies by elderly persons // Family Medicine and Primary Care Review. 2018. Vol. 20, № 4. P. 368-372.
8. Saffari M., Lin C.Y., Chtn H., Pakpour A.H. The role of religious coping and social support on medication adherence and quality of life among the elderly with type 2 diabetes // Quality of Life Research. 2019. Vol. 28, № 8. P. 2183-2193. DOI: 10.1007/s11136-019-02183-z

УДК 159.923:159.955

ПОЗИТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ КАК РЕСУРС СОХРАНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Е.А. Буркова, Т.Ю. Артюхова

*Сибирский федеральный университет,
Институт педагогики, психологии и социологии, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье рассматривается влияние позитивного мышления на психологическое здоровье человека. Позитивное мышление психологически здорового человека характеризуется жизнерадостным мироощущением, способностью воспринимать и распространять только положительные мысли и эмоции. В статье представлены результаты

исследования диагностики индивидуальной модели психологического здоровья и характеристики эмоциональности личности, в ходе которого было выявлено, что уровень психологического здоровья напрямую связан с эмоциями и способностью мыслить позитивно.

Цель: изучение позитивного мышления как ресурса психологического здоровья человека.

Научная новизна исследования состоит в том, что актуализировано понятие позитивного мышления в контексте рассмотрения психологического здоровья с теоретической и эмпирической точек зрения.

Основные выводы: один из основных ресурсов сохранения и улучшения психологического здоровья – позитивное мышление.

Результаты исследования показали, что при преобладающих положительных эмоциональных проявлениях у респондентов преобладает высокий уровень психологического здоровья. Риск развития психологического нездоровья представляют показатели по трем векторам: интеллектуальному, семейному, гуманистическому при низких показателях сформированности эмоций. Способность позитивно мыслить у респондентов данной группы снижена.

Проведенное исследование показало, что уровень психологического здоровья напрямую связан с эмоциями и способностью мыслить позитивно.

Ключевые слова: психологическое здоровье, позитивное мышление, ресурс, сохранение здоровья.

Актуальность. Исследование психологического здоровья человека не перестает быть актуальным. На современном этапе развития психологической науки вопрос психологического благополучия сопряжен с затяжным отсутствием социально-экономической стабильности. Жизненные условия, с которыми сталкиваются люди в настоящее время, влекут за собой высокие требования к физическому, личностному, эмоциональному состоянию каждого из нас, и это напрямую связано с качеством нашего здоровья. Общий неблагоприятный фокус жизненного пространства может создавать пессимистичный фон восприятия реальности. Как следствие – снизить качество жизни человека. Исследование психологического здоровья направлены на понимание его компонентов, внесения уточнений в его содержание, но недостаточно рассмотрены те психологические инструменты, которые выступают ресурсом его сохранения и преумножения.

Постановка проблемы. Мы полагаем, что понимание сформированности позитивного мышления может стать ресурсом сохранения и преумножения психологического здоровья конкретного человека.

Согласно определению, которое было приведено в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1948 г., здоровье – это

такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие (цит. по: Шувалов, 2009).

Для психолога важно знать точки, ресурсы, позиции для максимально быстрого оказания психологической помощи.

Чаще всего в научных работах мы встречаемся с понятием психологического здоровья.

Профессор И.И. Галецкая рассматривает психологическое здоровье как воплощение социального, эмоционального и духовного благополучия (как ресурса и состояния) (Галецкая, 2015).

В качестве критериев психологического здоровья О.В. Хухлаева выделяет: позитивное самоощущение (позитивный основной эмоциональный фон настроения), позитивное восприятие окружающего мира, высокий уровень развития рефлексии, наличие стремления улучшать качество основных видов деятельности, успешное прохождение возрастных кризисов, успешная адаптированность к социуму, умение выполнять основные социальные и семейные роли (Хухлаева, 2010).

К. Роджерс выделил пять признаков психологического здоровья:

1. Открытость опыту и переживаниям.
2. Ведение экзистенциального, то есть, полноценного насыщенного существования.
3. Полагаться на внутренние переживания и чувства для принятия важных решений.
4. Эмпирическая свобода.
5. Креативность.

Рассматривая внутреннюю картину здоровья с психологических позиций, были выделены структурные компоненты здоровья:

- 1) эмоциональный (психоэмоциональный статус);
- 2) когнитивный (представление о здоровом образе жизни);
- 3) поведенческий (ценностное самоотношение).

Психоэмоциональный статус – основной структурный компонент психологического здоровья, который определяется регуляторными возможностями психики, а также степенью и уровнем саморегуляции человека. Основные проявления – уровень тревожности, эмоциональная устойчивость, стабильность личности (Пил, 2018).

В связи с описанными выше компонентами и критериями психологического здоровья возникает вопрос: что же будет основным ресурсом для сохранения (улучшения) психологического здоровья?

Ресурс определяет как количественную возможность выполнения какой-либо деятельности; условия, позволяющие с помощью определенных преобразований получить желаемый результат (Водопьянова, 2009).

Среди всего многообразия ресурсов наибольшую привлекательность составляют: рациональная вера, надежда, душевная сила, жизненные

ценности, профессиональные умения, саморегуляция, позитивное мышление. По нашему мнению, наиболее эффективный ресурс для сохранения психологического здоровья – позитивное мышление. Позитивное мышление – недостаточно изученный феномен в современной психологии, потому что оно не представлено в традиционных классификациях видов мышления.

На современном этапе тема позитивного мышления нашла свое признание и распространение, в большей степени, в рамках популярной психологии.

Жизнь каждого человека – это результат того, как он думает о себе и о мире, который его окружает, мы можем предположить, что одно из главных условий психологического здоровья личности – восприятие информации позитивно, мышление в позитивном ключе. Доказано, что позитивные и «светлые» мысли – результат сознательного управления, а негативные и «темные» мысли – следствие автоматической реакции без размышлений и волевых усилий (Любанова, Федосеева, 2016).

История развития цивилизации говорит нам, что выигрывает тот, кто выбирает для себя в качестве постоянного ориентира позитивный взгляд на все, что с ним происходит вокруг. Это позитивное отношение стало основой мышления психологически здоровых людей, которые активно заботятся о своем здоровье, работают над улучшением качества жизни (Гордеева, Осин, 2010).

В связи с распространением депрессивного состояния, как эпидемии, проблема оптимизма становится одной из важных в настоящее время.

Г. Лейбниц впервые ввел термин «оптимизм» для обозначения определенного способа мышления. В последнее десятилетие в рамках позитивной психологии одна из тенденций – разработка проблематики позитивного мышления. Основателем и лидером данного движения принято считать М. Селигмана (цит. по: Сычев, 2009).

Позитивное мышление – специфический вид мышления, характеризующийся положительной эмоциональной окраской, стремлением решить проблему (Перова, 2009).

Л.С. Колмогорова и В.А. Лычева выделяют следующие признаки позитивного мышления:

- 1) позитивные установки в анализе ситуации;
- 2) планирование предстоящих действий;
- 3) осмысление собственной жизни;
- 4) мыслительная работа по интерпретации того или иного события, приводящая к положительной эмоции;
- 5) изменение знака эмоции – с отрицательного на положительный (Колмогорова, Лычева, 2013).

Эта позиция сближает наше понимание с понятием позитивное мышление.

Выделяют три основных компонента позитивного мышления:

1. Когнитивный – это совокупность позитивных мыслей, убеждений с опорой на будущее, установок, оценок, жизненных ориентиров и уверенность в выполнении разных видов деятельности.

2. Эмоциональный – содержит эмоциональную грамотность и саморегуляцию деятельности и поведения, позитивное мироощущение.

3. Поведенческий – оптимистические формы поведения, «внутренний стержень», который помогает человеку преодолевать трудности.

Исследования психологов, изучающих позитивное мышление, обнаружили множество преимуществ оптимистичного взгляда на жизнь. Оптимисты легче строят планы на будущее, быстрее осуществляют их и легче адаптируются к негативным ситуациям. Если негативная ситуация не поддается контролю, то оптимист интерпретирует ее в положительную ситуацию для себя и примет ее. Оптимизм благоприятствует целенаправленному решению проблем и способствует развитию чувства юмора (Ромах, Лапухина, 2011).

Таким образом, когда речь идет о преодолении трудностей, у оптимистов есть ряд преимуществ. Следует взять во внимание, что оптимисты не склонны отрицать любые проблемы, в то время как пессимисты, наоборот, отходят от всех проблем. У оптимистов прилагается больше усилий для достижения цели, и они не склонны сдаваться, так как считают, что ситуацию можно успешно решить тем или иным способом (Бонивелл, 2009).

Обобщая имеющиеся в литературе данные, О.А. Сычев, утверждает, что оптимистическое мышление оказывает благоприятное воздействие на психологическое здоровье человека:

- 1) на чувство компетентности и внутреннюю мотивацию;
- 2) на постановку целей и работоспособности (доводить начатое дело до конца);
- 3) способствует адаптироваться к трудным жизненным ситуациям и стрессу: конструктивно интерпретировать неудачи и использовать проблемно-фокусированные стратегии для их преодоления.

А. В. Козлов построил структурную модель психологического здоровья, выделив девять структурных компонентов, в частности: душевное равновесие, просоциальная ориентация, физическое благополучие, гуманистическая позиция, стремление быть собой, творческое самовыражение, семейное благополучие, ориентация на цель, интеллектуальное совершенствование. Автор назвал это индивидуальной моделью психологического здоровья личности (Козлов, 2011).

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе Сибирского федерального университета. Выборка исследования представлена лицами в возрасте от 22-26 лет в количестве 44 человек. Участие в экспериментальной работе добровольное.

Для реализации поставленной цели были использованы различные методы: теоретический анализ литературы, эмпирическое исследование проведено с помощью методики «Диагностика индивидуальной модели психологического здоровья» (авт. А.В. Козлов), теста «Характеристики эмоциональности личности» (авт. Е.П. Ильин), количественный и качественный анализ результатов.

Обсуждение результатов. Обработав индивидуальные протоколы, получены результаты по исследованию показателей, составляющих индивидуальную модель психологического здоровья личности, и характеристики эмоциональности личности. Данные представлены в таблице.

Таблица 1

Показатели индивидуальной модели психологического здоровья и характеристики эмоциональности личности, в %

Уровень	Стратегический Вектор	Просоциальный вектор	Я – вектор	Творческий вектор	Духовный вектор	Интеллектуальный вектор	Семейный вектор	Гуманистический вектор	Возбудимость эмоций	Устойчивость эмоций	Длительность эмоций	Интенсивность эмоций
Низкий	17,2	17,2	27	27	9	46	57	53	25	25	24,5	20,2
Средний	36,8	26,8	54	36	27	57	43	47	34	36	33	32
Высокий	55	46	19	36	64	0	0	0	21	39	42,5	57,8

Полученные результаты мы распределили по уровням (низкий, средний, высокий). Отметим, что низкий уровень соответствует психологическому нездоровью, в то время как высокий уровень его наличию.

Анализируя полученные результаты, обратим внимание на три вектора (интеллектуальный, семейный, гуманистический). Преобладают показатели по низкому и среднему уровням (57 и 43 % соответственно). Показателей, соответствующих высокому уровню, по данным векторам не обнаружено. Основу данных векторов составляют коммуникации между людьми. Мы полагаем, что отсутствие высокого уровня может быть связано с тем, что развитие новых технологий и большая информационная нагрузка не способствуют развитию непосредственного межличностного общения, которое выступает системообразующим не только в личной жизни, но и построении семейных отношений. Для респондентов также не свойственно проявление гуманистического отношения к человеку: респонденты направлены на свои эгоистические переживания, не способны

проявлять понимание, подлинное принятие другого. Следовательно, по данным векторам можем констатировать уровень пограничного состояния между здоровьем и нездоровьем.

Анализируя оставшиеся показатели психологического здоровья, мы можем выделить, что самые развитые показатели по стратегическому и духовному векторам. Благодаря стратегическому вектору человек может выбирать цели и пути их достижения, интересоваться новой информацией и анализировать ее. Духовный вектор обогащает личность ростом и высокой «радостью в сердце», достижениями и позитивными результатами во всех сферах жизни.

Показатели «Просоциальный вектор», «Я-концепция», «Творческий вектор» соответствуют среднестатистической норме.

Анализируя результаты диагностики характеристик эмоций личности, можем отметить, что у респондентов достаточно высокие показатели, что свидетельствует о высоком уровне психологического здоровья.

Обратим внимание на самые высокие показатели векторов психологического здоровья «Духовность» и «Стратегический вектор» (64 и 55 % соответственно). Данные вектора напрямую связаны с проявлением положительных эмоций. Высокий результат по стратегическому вектору свидетельствует о том, что личность с позитивными эмоциями способна не только ставить цели, но и их достигать. Высокий результат по духовному вектору свидетельствует о «состоянии нашей души». Душевность обогащает личность положительными эмоциями и позитивными результатами во всех сферах жизни, именно эта составляющая в модели психологического здоровья взаимосвязана с позитивным мышлением человека.

Мы сопоставили результаты двух методик и выявили, что из 32 психологически здоровых респондентов – 25 участников, что составляет 78 %, отличаются положительными результатами в показателях выраженности различных характеристик эмоций. Следует отметить, что у оставшихся семи респондентов результаты соответствуют среднестатистической норме.

Анализ данных позволил нам утверждать, что уровень психологического здоровья определяется качеством переживаемых эмоций. Еще Л.С. Выготский обозначил «связь между аффектом и интеллектом»: «Всякой ступени в развитии мышления соответствует своя ступень в развитии аффекта»... К подростковому возрасту «формирование мышления в понятиях приводит к более глубокому познанию и упорядочиванию мира собственных переживаний» (Выготский, 1983). В связи с тем, что респонденты демонстрируют при высоких показателях развития эмоций высокий уровень психологического здоровья, то мы можем говорить о том, что при сформированном позитивном мышлении уровень психологического здоровья лиц выше.

Вывод. Подводя итог выше сказанному, мы можем утверждать о том, что одним из инструментов, ресурсов для сохранения и улучшения пси-

хологического здоровья выступает позитивное мышление. Позитивный взгляд и оптимистическое отношение в качестве постоянного ориентира – основа мышления психологически здоровых людей. Позитивное (оптимистическое) мышление оказывает благоприятное влияние на уровень психологического здоровья. Проведенное исследование показало, что уровень психологического здоровья напрямую связан с положительными эмоциями и способностью мыслить позитивно. Следует обратить внимание на три вектора (интеллектуальный, семейный, гуманистический), так как они соответствуют среднему и низкому уровню психологического здоровья.

Оптимистичный, жизнерадостный и уверенный в себе человек умеет грамотно распределять свое время, развиваться, заботиться о своем здоровье, насыщать позитивными мыслями все вокруг себя.

Умение позитивно мыслить – это одна из важных задач психологически здорового человека.

Список литературы

1. Бонивелл И. Ключи к благополучию: что может позитивная психология. М.: Время, 2009. 192 с.
2. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. 369 с.
4. Галецкая И.И. Общая характеристика психологического здоровья и ее основных критериев // Вестник Омского государственного педагогического университета. Гуманитарные исследования. 2015. №2 (6). С. 66-69.
5. Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Позитивное мышление как фактор учебных достижений старшеклассников // Вопросы психологии. 2010. № 1. С. 24-33.
6. Козлов А.В. Методика диагностики психологического здоровья // Перспективы науки и образования. 2014. № 6 (12). С. 110-117.
7. Колмогорова Л.С., Лычева М.В. Позитивное мышление в свете отечественных и зарубежных исследований // Вестник Барнаульского государственного педагогического университета. Серия «Психолого-педагогические науки». 2006. № 6. С. 4-10.
8. Любанова Е.С., Федосеева И.А. Позитивное мышление и его связь с уровнем профессионального стресса сотрудников исправительных учреждений // Пенитенциарная наука. 2016. № 2. С. 82-87.
9. Пил Н.В. Сила позитивного мышления / пер. с англ. Л.А. Бабук. Минск: Поппури, 2018. 352 с.
10. Ромах О.В., Лапухина М.В. Позитивное мышление в интеллектуально-культурологическом аспекте. СПб., 2011. С. 21-23.
11. Сычев О.А. Психология оптимизма. Бийск: БПГУ им. В.М. Шукшина, 2008. 69 с.
12. Хухлаева О.В. Кризисы взрослой жизни. М.: Генезис, 2009. 205 с.
13. Perova E.A., Enikolopov S.N. Optimism as one of the components of subjective well-being // Questions of Psychology. 2009. № 1. P. 51-57.
14. Шувалов А.В. Психологическое здоровье человека // Вестник ПСТГУ. Серия 4: Педагогика. Психология. 2009. № 15. С. 87-101.

СПОСОБНОСТЬ К ГЕДОНИЗМУ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС

Ж.Г. Василькова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье представлена характеристика гедонизма в качестве жизненного ресурса личности. Автором проведен теоретический анализ феномена гедонизма, а также сформулированы условия его использования как жизненного ресурса.

Ключевые слова: гедонизм, способность к гедонизму, психологический гедонизм, отсроченный гедонизм, жизненный ресурс.

Современный мир характеризуется достаточно интенсивными коммуникациями, он пресыщен информацией, которая обновляется ежедневно. Значительный пласт этой информации транслируется через СМИ и отличается негативным эмоциональным фоном. Социально-экономическая ситуация в России в настоящее время отличается нестабильностью, периодически происходит сокращение штатов на предприятиях, в учреждениях, наблюдается снижение доходов и закредитованность населения, что негативно отражается на эмоциональной сфере большинства людей. Страх потерять работу, страх неспособности оплачивать расходы семьи, постоянное тревожное ожидание событий негативного плана в сфере экономики и политики – все это является препятствием для возможности человека испытывать ежедневное удовольствие от самого процесса жизни. Вышеописанные условия социализации человека в процессе его становления как личности блокируют возможность формирования такого свойства личности как способность к гедонизму.

Феномен гедонизма рассматривался философами еще с Античного времени (Аристипп, Эпикур) и вызывал всегда много дискуссий. С развитием психологии гедонизм стал одной из ключевых проблем, которая активно изучалась в рамках психоанализа, когнитивно-бихевиорального и экзистенциально-гуманистического направлений. Существуют разные определения гедонизма в психологии. Одни ученые придают гедонизму отрицательную окраску, отождествляя его с примитивным сиюминутным получением физических удовольствий от жизни в ущерб личностному развитию, другие – определяют способность к гедонизму как возможность получать удовольствие от жизни в долгосрочной перспективе и считают его неотъемлемой составляющей гармоничной личности.

М.Онфре, французский философ и писатель, определяет гедонизм как искусство построить для себя такое удовольствие, которое не будет при-

чинять неудовольствие другим. Будучи сторонником гедонизма, он считает данное качество личности созидательным (Онфре, 2017).

Р.Х. Аль-Хуссаини отмечает, что нарциссизм и гедонизм тесно связаны между собой, являясь проявлениями единого процесса, – процесса снижения духовности под натиском массовой культуры и идеологии потребления, замещения нравственных ценностей ценностями материальными (Аль-Хуссаини, 2012). Однако автор отмечает при этом, что умеренный гедонизм является нормативным проявлением.

Американский психолог, когнитивный психотерапевт, создатель теории рационально-эмоциональной поведенческой психотерапии А. Эллис выделяет способность к отсроченному гедонизму в качестве одного из критериев психического и социального здоровья (Эллис, 2002). По его мнению, адаптивные люди «обычно стремятся и к наслаждениям настоящего момента, и к тем радостям жизни, что обещает будущее; они редко закрывают глаза на будущие потери ради сиюминутных приобретений. Они гедонистичны, то есть стремятся к счастью и избегают боли, но допускают, что им еще предстоит пожить какое-то время и что поэтому надо думать не только о сегодняшнем, но и о завтрашнем дне и не позволять минутным удовольствиям овладеть собой» [7, С.39].

Г. Сиджвик ввел понятие «психологического гедонизма», подразумевая под ним стремление любого человека (независимо от того, является ли он сам идейным гедонистом) увеличить собственные радости.

Любой человек стремится к максимизации удовольствия и минимизации страданий, исключение из этого правила составляют лишь люди с некоторыми психопатологиями (например, человек с психологическим мазохизмом или выраженной аутоагрессией). Стремление получать удовольствие от удовлетворения ведущих потребностей заложено в нас природой (З. Фрейд). Удовлетворение потребностей является движущей силой для большинства достижений человека, а каких именно потребностей – это определяется уровнем развития личности, его психотипом (А. Маслоу). Анализ критических статей, посвященных феномену гедонизма, показал, что в основном авторы сводят его к стремлению человека удовлетворять сиюминутные биологические потребности, и большинство исследователей отождествляют гедонизм с «психологией потребления», однако возможности получения удовольствия от жизни гораздо шире и не всегда связаны только с физиологическими потребностями и потреблением. С другой стороны, на мой взгляд, в ситуации с яростными противниками гедонизма имеет место быть отрицание или подавление собственных желаний получать удовольствие, как бы запрет на эти желания. Является ли это нормативным проявлением? С точки зрения классического психоанализа, это может стать причиной невротизации.

Следует также отметить острый вопрос взаимосвязи гедонизма и нравственности, который освещается в негативном контексте многими ис-

следователями. Содержание современных работ по проблеме гедонизма акцентирует внимание на невозможности совмещения этих двух тенденций в воспитании подрастающего поколения. Если попытаться проанализировать, как именно воспитание в человеке такого качества как умение получать удовольствие от жизни, может помешать развивать в ребенке нравственность, то можно прийти к неожиданному выводу, что данные направления можно осуществлять в воспитании параллельно, и приобретенные в результате этого воспитательного процесса качества не будут взаимоисключающими. Важным условием при этом является понимание ребенком еще с дошкольного возраста, где «мое удовольствие от жизни» может помешать другому человеку, осознание чужих границ, чужого права на такое же «удовольствие от жизни».

Способность к гедонизму в случае умеренного ее использования продлевает человеку продолжительность жизни и является естественной профилактикой психических и соматических расстройств. При получении человеком удовольствия (и даже при воспоминании о пережитом удовольствии) усиливается синтез нейромедиаторов и гормонов (эндорфины, дофамин, серотонин, окситоцин), которые благоприятно влияют на обменные процессы в организме, функции систем органов, иммунитет, психическое состояние, и даже уменьшают болевые ощущения. В процессе получения эмоций, связанных с удовольствием, наблюдается положительная динамика в функциональном состоянии нейронов, повышая их адаптационные возможности (Мурик, 2006).

Если исходить из понимания гедонизма как конструктивной тенденции стремиться к удовольствию, то возникает вопрос – может ли способность к гедонизму снижаться, если удовольствия слишком много и большинство потребностей человека удовлетворяются, и он не успевает ощутить состояние фрустрации? Естественно, что только дозированное получение удовольствия с периодической его отсрочкой является наиболее эффективным.

Способность получать удовольствие от жизни формируется, прежде всего, в семье. Ребенок в процессе социализации усваивает паттерны эмоциональных реакций и поведения от родителей. В семье пессимистов, находящихся в постоянном ожидании неудач, или «хронических трудоголиков», которые не любят свою работу и обсуждают это при ребенке, маловероятно формирование позитивного мышления. А ведь именно оно способствует научению получать удовольствие от жизни.

Анализ теоретических представлений о природе гедонизма показал, что крайние его проявления могут быть разрушительными как для самого индивида, так и для общества в целом. Однако умеренный гедонизм может быть жизненным ресурсом для человека, улучшая качество его жизни. Далее остановимся на анализе условий использования способности к гедонизму в качестве жизненного ресурса.

Во-первых, важно с детства обучать ребенка получать удовольствие от простых жизненных явлений и процессов на собственном примере и делать это вместе с ним. Путем идентификации с родителями он постепенно освоит эту способность. Например, релаксация путем созерцания красоты природы, использование массажа для снятия напряжения или совместное приготовление вкусного и полезного продукта, чайная церемония и т.д. В последующем человек сможет использовать эти способы в качестве психологического механизма защиты в виде временного отвлечения от негативных событий или в качестве ресурсного состояния.

Во-вторых, необходимо формировать позитивное мышление, которое является благоприятной почвой для развития способности к гедонизму. Для этих целей, например, оптимально подходит техника рефрейминга, при которой в каждом негативном событии или человеке важно найти положительные стороны и переформулировать их в другом контексте (например, «моя жена не жадная, а бережливая», «эта трагедия сделала меня сильнее», «не друг бросил, а жизнь избавила меня от нечестного человека» и т.д.).

В-третьих, важно периодически избавляться от иррациональных убеждений, которые отличаются нелогичностью, недостоверностью, отсутствием пользы и формулируются в «концепции должностования» («я должен...», «мне должны...», «жизнь должна быть...»). Когда человек сам, окружающие его люди или жизнь не соответствуют его ожиданиям, то высок риск возникновения деструктивных эмоций и поведения. Для этих целей успешно используется рационально-эмоциональная поведенческая терапия (Эллис, 2002; Василькова, 2016, 2019).

Четвертое условие – необходимо периодически составлять список тех стимулов, которые доставляют человеку удовольствие, и использовать их в качестве поощрения за формирование у себя конструктивного поведения и/или в качестве компенсации неудовольствия при длительной фрустрации вследствие влияния негативных неизменяемых обстоятельств.

Пятое условие – важно постоянно следить за балансом чувств, чтобы неприятные эмоции не преобладали над положительными. Если человек может изменить неблагоприятное обстоятельство, то лучше его менять, а не адаптироваться каждый раз под него. Если какие-то люди вызывают постоянно неприятные чувства, важно минимизировать контакты с ними, если работа перестает быть любимой и вызывает только негативные ассоциации и психосоматические расстройства – ее нужно менять. Перемены, безусловно, должны быть осмысленными, созидательными. Эти перемены являются профилактикой эмоционального выгорания, депрессии, апатии, синдрома выученной беспомощности и ряда других эмоциональных дисфункций и невротических состояний. К сожалению, нас с детства чаще учат не преобразовывать собственную жизнь, а терпеть ее обстоятельства. Невозможно получать удовольствие от процесса жизни,

пребывая в условиях, которые постоянно вызывают негативные эмоции. Если мы можем изменить ситуацию – лучше ее поменять, если нет такой возможности – тогда меняем восприятие ситуации.

Шестое условие – истинный гедонизм невозможен без фрустрации. Только на фоне пережитого неудовольствия и дефицита мы способны испытывать удовольствие. Тяжелые утраты, хронический стресс, переживание любого негативного опыта – благодаря им человек обретает способность к гедонизму, иначе он обесценивается.

Седьмое условие – дозированное получение удовольствия с периодической его отсрочкой является наиболее эффективным.

Восьмое условие – важна ориентация не только на результат, но и на процесс в любой деятельности. Отсутствие удовольствия от самого процесса может обесценить полученный результат. В связи с этим важно соблюдать баланс между ними. Это имеет отношение к ряду ситуаций, в которых сам процесс может быть разрушителен для человека, а до ожидаемого результата он может прийти со значительными потерями.

Девятое условие – соблюдение принципа «не мешай другим в своем гедонизме». Важно понимание, где «мое удовольствие от жизни» может помешать другому человеку, осознание и уважение чужих границ, чужого права на такое же «удовольствие от жизни».

При соблюдении вышеуказанных условий способность к гедонизму будет являться эффективным ресурсом, и помогать человеку совладать с различными стрессорами окружающей среды, сохраняя при этом внутреннюю гармонию.

Список литературы

1. Аль-Хуссаини, Р.Х. Гедонистические начала личности // Теория и практика общественного развития. 2012. № 2. С. 34-37.
2. Василькова Ж.Г. Психологическая коррекция невротической депрессии посредством рационально-эмоциональной поведенческой терапии // Традиции и перспективы исследований в сфере психокоррекции и психопрофилактики функциональных и эмоциональных состояний : монография / И.О. Логинова, О.В. Волкова, Ю.В. Андреева, А. Моцкене, М. Жукаускене, Н.В. Попенко, И.О. Кононенко, Н.Н. Вишнякова, Е.В. Зорина, Ж.Г. Василькова, В.Б. Чулина, Ю.В. Живаева, Е.И. Стоянова, М.А. Лисяк, Н.А. Горбач. Саратов : Амирит, 2016. С. 168-185.
3. Василькова Ж.Г., Дулинец Г.Г., Скрипченко Е.А. Активизация когнитивных ресурсов преодоления стресса посредством рационально-эмоциональной поведенческой терапии (на примере работы с дисфункциональным перфекционизмом). Текст: электронный // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. № 1. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/34PSMN119.pdf> (дата доступа: 11.11.2019).
4. Мурик С.Э. Общие нейрональные механизмы мотиваций и эмоций. Иркутск : Изд-во Иркутского гос. ун-та, 2006. 375 с.
5. Неганов В.В., Стрелкова Н.В., Щёлоков К.С. К вопросу об истоках и развитии современного гедонизма // Вестник Московского университета МВД России. 2016. № 2. С. 35-38.

6. Онфре М., Боченков В.В. Космос: Материалистическая онтология. М.: Кучково поле, 2017. 464 с.

7. Эллис А., Драйден У. Практика рационально – эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. СПб.: Речь, 2002. 352 с.

УДК 159.9:61

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ В КОНТЕКСТЕ ОПТИМИЗАЦИИ ЖИЗНЕННОГО РЕСУРСА ЧЕЛОВЕКА

Н.Н. Вишнякова, И.О. Кононенко

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Проведен теоретический анализ как российских, так и зарубежных, теорий, касающихся проблемы здоровья и болезни, содержания понятия «внутренняя картина здоровья». Выявлена неоднозначность трактовки как самого понятия «внутренняя картина здоровья», так и ее структуры, и содержания. Обосновано, что «внутренняя картина здоровья» является одним из ведущих факторов формирования поведения человека в отношении собственного здоровья. Показаны основания для разработки модели немедикаментозной оптимизации жизненных ресурсов человека в контексте внутренней картины здоровья.

Ключевые слова: здоровье, немедикаментозная оптимизация, жизненный ресурс, внутренняя картина болезни, внутренняя картина здоровья.

Актуальность. Изучение «внутренней картины здоровья» обусловлено поиском оптимальных моделей профилактики нарушений здоровья. Идея внутренней картины здоровья представляет значительный интерес с точки зрения разработки модели немедикаментозной оптимизации жизненного ресурса человека. Именно здоровье и его внутренняя картина в индивидуальном сознании выступает одним из важнейших жизненных ресурсов человека. Вместе с тем анализ современной и классической психологической литературы указывает на то, что в науке серьезно разработана концепция внутренней картины болезни. Концепция внутренней картины здоровья относительно недавно вошла в фокус внимания исследователей, хотя предпосылки развития данной концепции мы находим в трудах известных ученых.

Еще до возникновения психологии здоровья как научного направления Л. С. Выготский говорил о том, что «болезнь не является негативным (противоположным) вариантом здоровья и представляет собой специфи-

ческое новообразование, развивающееся в соответствии с внутренними закономерностями нарушенной функции. Телесное бытие (физическое состояние) человека всегда, так или иначе, отражено в настроении. Органическое, физическое самочувствие человека зависит, за исключением резко выраженных патологических случаев, в значительной мере от того, как складываются взаимоотношения человека с окружающими, как он осознает и расценивает происходящее в его личной и общественной жизни» (Выготский, 1956). Данная позиция и сегодня выступает основанием здоровьесцентрированного подхода в медицинской психологии.

Доминирующая в медицине естественно-научная парадигма не способствует пониманию личностного смысла здоровья, который появляется и наполняется психологическим содержанием только в ситуации болезни или предболезни, когда возникает блокирование актуальных потребностей личности. Сегодня такой подход к оценке отношений больного человека уже не может обеспечить изучение целостной личности, а именно субъективного мира человека, его личности в ситуации здоровья, предболезни и болезни (Вассерман, Щелкова, Дубинина, 2014).

Зарубежные концепции здоровья и болезни представляют направленность и тенденции развития современной западной науки в области психологии здоровья. Так, субъективные представления о здоровье и болезни в зарубежной психологии рассматриваются в рамках теории социальных представлений, как когнитивные и эмоциональные аспекты здоровья и болезни, когда любой объект представляется на уровне представлений и на уровне эмоциональных переживаний (Cameron, Leventhal, 2003). С точки зрения теории социального обучения конструкты модели убеждений о здоровье оказывают влияние на поведение субъекта (Rosenstock, Strecher, Becker, 1988). Данная модель широко применяется в клинической практике при профилактических медицинских осмотрах с целью первичной диагностики (Glanz, Rimer, Lewis, 2002).

Зарубежные авторы определяют «здоровье» как многофакторный конструкт включающий культурные, социальные, физические, экономические, психологические и духовные факторы взаимосвязанные между собой (Health psychology: Theory, Research and Practice, 2000).

В настоящее время в нашей стране и за рубежом в психологии и медицине активно развивается и применяется гуманистическая модель, в которой пациент выступает преимущественно как объект врачебного воздействия или психологического исследования.

С точки зрения теории гуманистической психологии при исследовании и лечении человека важно учитывать его уникальный характер переживаний, стремлений к развитию, духовности, к постижению смысла жизни и её ценности, при всех её противоречиях в кризисных ситуациях болезни. Согласно концепции А. Маслоу психологически здоровым и духовно полноценным людям присуща «потребность в самоактуализации:

стремление воплотить свои возможности, проявляемые в силе, творчестве, добродетельности, проницательности». В характеристиках здоровой личности Г. Оллпорт выделяет активную позицию по отношению к действительности, доступность опыта сознанию, самопознание, способность к абстракции, постоянный процесс индивидуализации, устойчивость к фрустрации и функциональная автономия. Феноменологический подход проблему здоровья и болезни трактует как фундаментальные аспекты «способа бытия-в-мире», включенные в субъективную картину мира. (Allport, 2005; Маслоу, 1999).

Особое внимание уделяется поиску позитивных критериев психического здоровья. Так Г. Л. Бинсвангер выделяет следующие уровни здоровья:

1. уровень стабильного психического здоровья;
2. уровень риска;
3. уровень предболезни;
4. донозологический уровень;
5. уровень болезни.

Уровни психического здоровья, не отличаясь стабильностью, отражают внутреннее динамическое равновесие между человеком и социальной средой, которое может изменяться в сторону повышения или понижения вероятности развития нервно-психического заболевания, что зависит от состояния личности и микросоциального окружения. (Бинсвагер, 1999).

Согласно «индивидуальной концепции здоровья» Д. Сиерес, В. Гавидия рассматривают представления о здоровье в единстве двух компонентов: природы и причин здоровья. Представления о природе здоровья – это континуум, в котором на одном полюсе располагается точка зрения о том, что здоровье - это отсутствие заболеваний, состояние благополучия, собственность, которой можно пользоваться, нисколько не заботясь о ней; на другом полюсе находится здоровье как сохраняющийся баланс, как «инструмент для использования в окружающей среде, в которой мы живем», где важной является психическая, ментальная составляющая (ось X). Причины здоровья авторы также рассматривают как континуум с двумя полюсами на одном из которых здоровье зависит от внешних элементов или от удачи, а на другом здоровье, определяемое стилем жизни (ось Y) (Сиерес, Гавидия, 1998).

Теория самодетерминации на передний план выдвигает проблему собственной активности человека и направлена на выявление факторов и условий, способствующих здоровому развитию, интеграции личности и эффективному функционированию (Deci, Ryan, 2000). Теория саморегуляции в качестве факторов, влияющих на здоровье, выделяет психологические факторы, позитивное изменение которых препятствует развитию заболеваний, связанных с хроническим стрессом (Carver, Scheier, 2002).

Темпоральная теория саморегуляции, важным компонентом социальных программ по развитию поведения, связанного со здоровьем, опреде-

ляет «перенос» внимания человека с привлекательных непосредственных выгод на отдаленные негативные последствия (Hall, Fong, 2007).

Основатель позитивной психологии М. Селигман предлагает рассматривать в качестве субъективных компонентов «позитивного здоровья» эмоциональное состояние, удовлетворенность жизнью, оптимизм, внутренний локус контроля (Seligman, 2008).

Отечественные исследователи В. М. Смирнов и Т. Н. Резникова рассматривают понятие «внутренняя картина здоровья» как своеобразный эталон здорового человека, и высказывают предположение, согласно которому внутренняя картина здоровья создается одновременно с внутренней картиной болезни как ее противоположная модель. Эта модель может иметь сложную структуру и состоять из различных элементов в виде образных представлений и логических обобщений. В. Е. Кагана, представляет «внутреннюю картину здоровья» как особое динамическое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и в стремлении к его совершенству. Автор считает, что внутренняя картина здоровья не является антонимом внутренней картины болезни, и что именно внутренняя картина болезни является частным случаем проблемы внутренней картины здоровья. В данном подходе болезнь представляет один из аспектов здоровья, а именно – качественный. По мнению В. А. Ананьева, внутренняя картина здоровья — это самосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья, и определяется как совокупность описаний мыслеобразов, относящихся к существенным характеристикам человека. Автор отмечает, что трансформация внутренней картины здоровья во внутреннюю картину болезни происходит в случае возникновения трудной жизненной ситуации – болезни. Формирование внутренней картины здоровья является более сложной задачей для здорового человека, чем для больного (Вишнякова, Кононенко, 2017).

В настоящее время исследователи в области психологии здоровья отмечают различные характеристики внутренней картины здоровья. Так в своем исследовании С.В. Изусина представляет результаты изучения особенностей внутренней картины здоровья сирот юношеского возраста и уровня ее сформированности, а также описывает методы и технологии по формированию позитивной и целостной внутренней картины здоровья (Изусина, 2014). Проводя анализ представлений о здоровье, болезни и способах оздоровления особое внимание уделяется формированию адекватной внутренней картины здоровья (Васильева, 2014).

Обозначая актуальность исследования внутренней картины здоровья детей Шишкова И.М. обозначает основные подходы к определению внутренней картины здоровья и ее взаимосвязь с понятиями «отношение к здоровью», «самооценка здоровья», «установка на здоровье», терминами, обозначающими поведение человека, направленное на сохранение и укрепление здоровья. Автор рассматривает отношение к здоровью

как структурный компонент ВКЗ, позволяющий выстроить ее иерархию (Шишкова, 2017).

Направления современных исследований особенностей внутренней картины здоровья охватывают изучение влияния типов семейного воспитания на сформированность внутренней картины здоровья ребенка (Широкова, 2017); отмечается поэтапность развития внутренней картины здоровья человека по мере его взросления (Русякова, 2015). Исследования ВКЗ показывают, что доминирующим уровнем внутренней картины здоровья у младших школьников является не сформированная ВКЗ. При анализе особенностей внутренней картины здоровья тревожных подростков выявлена слабая дифференцированность уровней ВКЗ (Смайлова, 2015).

Поиск оптимальных моделей профилактики нарушений здоровья и сохранения здоровья и приводит ученых к изучению психологических механизмов формирования отношения человека к своему здоровью. Обращение к понятию «внутренняя картина здоровья» является актуальным и по той причине, что оно выступает в качестве особого интрапсихического образования, характеризующего личность на уровне ее самосознания, самоотношения и ценностно-смысловой сферы. Большинство специалистов в области здоровья сходятся во мнении о том, что здоровье представляет собой системное качество, характеризующее человеческое бытие в его целостности и не может быть сведено к простой сумме нормативных показателей. Так научные исследования по программе ВОЗ установили, что состояние общественного здоровья на 50% определяется образом жизни, на 20% – наследственностью, на 20% – состоянием окружающей среды и лишь на 10% – уровнем развития здравоохранения (Вишнякова, Кононенко, 2017).

Подводя итог анализа современных представлений о здоровье и внутренней картине здоровья, отметим, что на современном этапе научного знания в области психологии здоровья понятия «здоровье» и «болезнь» являются не взаимоисключающими, а взаимосвязанными. В ходе теоретического анализа была выявлена тенденция проявления интереса к данной проблематике. Вместе с тем авторы неоднозначно трактуют как само понятие «внутренняя картина здоровья», так и его структуру, и содержание.

Поскольку одной из основных функций внутренней картины здоровья является регуляция деятельности человека в отношении собственного поведения, направленного на поддержание здоровья и противостояние болезни, для осуществления регулирующей функции внутренняя картина здоровья должна носить целостный характер. Внутренняя картина здоровья человека может по-разному соотноситься с объективными показателями состояния здоровья, в различной степени сформирована и определять на что человек направляет собственные усилия: на укрепление здоровья и поиск ресурсов или на борьбу с болезнью и неблагополучием.

Итак, в психологической литературе представлено довольно большое количество, как российских, так и зарубежных, теорий, касающихся проблемы здоровья и болезни. Каждая из которых по-своему отвечает на вопрос, чем именно определяется то или иное поведение в жизни человека относительно своего здоровья. Можно сделать вывод о том, что «внутренняя картина здоровья» является одним из ведущих факторов формирования поведения человека в отношении собственного здоровья, и перспектив его развития.

Вывод. Таким образом, выделенные в ходе анализа основные представления о здоровье и внутренней картине здоровья указывают на общую тенденцию развития психологической науки, предметом исследования которой становятся более широкие категории - такие как человек, его здоровье, жизнестойкость, жизненное самоосуществление. Здоровый человек – это человек способный к жизненному самоосуществлению, к устойчивому движению, самоорганизации, открытости. Управлять состоянием собственного здоровья способен человек с высокой степенью осмысленности собственной жизни, позитивной оценкой себя и окружающего мира т. е. с высокой жизнестойкостью.

Проведенный теоретический анализ позволяет нам утверждать, что, являясь динамическим образованием в структуре личности, «внутренняя картина здоровья» выступает значимым фактором оптимизации таких жизненных ресурсов человека как его здоровье и поведение в отношении собственного тела. Дальнейшего изучения и разработки, на наш взгляд, требуют вопросы разработки моделей немедикаментозной оптимизации жизненных ресурсов человека в контексте внутренней картины здоровья.

Список литературы

1. Бинсвангер Л. Бытие в мире: избранные статьи с приложением Джекоба Нидлмана. Критическое введение в экзистенциальный психоанализ Людвиг Бинсвангера : пер. с англ. М. ; СПб. : КСП + Ювента, 1999. 256 с.
2. Васильева О.С. Смыслообразование как базовый процесс формирования внутренней картины здоровья // Материалы Всероссийской психологической конференции с международным участием (Ростов-на-Дону, 23–26 апреля 2014 г.). Ростов-на-Дону, 2014. С. 29-30.
3. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., Дубинина Е.А. Медицинская психодиагностика: современная методология исследования и интеграционные процессы в психологии и медицине. Текст: электронный // Медицинская психология в России. 2014. № 4(27). URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 12.11.2019).
4. Вишнякова Н.Н., Кононенко И.О. Теоретические подходы к понятию внутренней картина здоровья // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал : материалы IV Междунар. науч.-практ. конф. Красноярск : КрасГМУ, 2017. С. 88-94.
5. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М.,1956. 356 с.
6. Изусина С.В. Формирование внутренней картины здоровья сирот юношеского возраста // Образование и общество. 2014. Т. 86, № 3. С. 56-61.

7. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / пер. с англ. М.: Смысл, 1999. 425 с.
8. Русякова Е.Е. Внутренняя картина здоровья детей младшего и старшего школьного возраста // Психолого-педагогическое сопровождение дошкольного и общего образования: моногр. Уфа: Аэтерна, 2015. С. 104-116; 207-212.
9. Сьерес Д., Гавидия В. О различных подходах к понятию «здоровье» // Школа здоровья. 1998. Т. 5, № 1. С. 7-16.
10. Смайллова С.А. Особенности внутренней картины здоровья у тревожных подростков // Проблемы современного педагогического образования. 2015. № 47-2. С. 304-314.
11. Широкова И.В. Роль семьи в формировании внутренней картины здоровья детей младшего школьного возраста // Молодежная наука: тенденции развития. 2017. № 3. С. 36-43.
12. Шишкова И.М. Понятие о внутренней картине здоровья // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2017. Т. 4, № 1. С. 48-55.
13. Allport G.W. Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality. New Haven: YaleUniversityPress. К.: PSYLIB, 2005.
14. Cameron L.D., Leventhal H. The self-regulation of health and illness behavior. London; New York: Routledge, 2003. P. 157-183.
15. Carver C.S., Scheier M.F. On the self-regulation of behavior. New York: Cambridge University Press, 1998. 460 p.
16. Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 5-21.
17. Hall P.A., Fong G.Y. Temporal self-regulation theory: a model for individual health behavior // Health Psychology Review. 2007. Vol. 1, № 1. P. 6-52.
18. Rosenstock I.M., Strecher V.J., Becker M.H. Social learning theory and the health belief model // Health Education Quarterly. 1988. Vol. 15, № 2. P. 175-183.
19. Seligman M. Positive health // Applied psychology: an international review. 2008. Vol. 57. P. 3-18.
20. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being // American Psychologist. 2000. Vol. 55, № 1. P. 68-78.

УДК 159.923

ПОТЕНЦИАЛ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВУЗА

О.А. Гаврилюк

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Целью исследования стало выявление потенциала профессиональной автономности преподавателя вуза в профилактике эмо-

ционального выгорания педагога. Было установлено, что особым потенциалом в отношении профилактики эмоционального выгорания преподавателя вуза обладает его профессиональная автономность, которая связывается в современной психологической литературе с продуктивной профессиональной деятельностью, высокой профессиональной компетентностью, успешностью, полноценным функционированием в обществе и психологическим благополучием личности.

Ключевые слова: автономность, психологическое благополучие, синдром эмоционального выгорания (СЭВ).

Актуальность. Актуальность проблемы профилактики синдрома эмоционального выгорания (далее - СЭВ) преподавателя вуза обусловлена, с одной стороны, тем фактом, что эмоциональное выгорание преподавателей приводит к сокращению числа педагогов в вузах, и, с другой стороны, негативным влиянием эмоционально выгоревших педагогов на студентов. Тревожные, эмоционально истощенные или равнодушные и циничные преподаватели вряд ли смогут помочь студентам преодолеть возникающие у них трудности, связанные с адаптацией к обучению в вузе, обеспечить новую роль студента как активного субъекта образовательного процесса, способного осознать свою социальную позицию, социальную свободу, самостоятельно принимать решения, действовать независимо и нести личную ответственность за свои действия. Результатом взаимодействия студентов вуза с такими педагогами часто становится потеря интереса к обучению, к выбранной профессии. В свою очередь, работа преподавателей вуза с немотивированными и равнодушными студентами является одним из факторов, провоцирующих эмоциональное выгорание педагогов. Таким образом, возникает целая цепочка негативных эффектов, способных значительно снизить общее качество как действующих, так и потенциальных трудовых ресурсов страны. Учет масштабов проблемы, выражающихся как количеством работающих в современных вузах преподавателей, так и количеством студентов вузов как потенциальных трудовых ресурсов, позволяет утверждать, что состояние преподавателей как субъектов труда сказывается не только на качестве оказываемых ими образовательных услуг, но и отражается на социальном здоровье населения в целом.

Постановка проблемы. Современный постоянно трансформирующийся контекст высшего образования требует участия преподавателей вузов в самых разнообразных процессах, включая составление учебных планов университета, освоение новых обучающих сред, создание новых форм организации занятий для того, чтобы обучение в полной мере отвечало профессиональным потребностям обучающихся. Современному преподавателю вуза необходимо уметь работать с информацией из различных источников: находить, оценивать, анализировать, интерпретировать

новый, незнакомый для него материал для качественного его изложения перед разными аудиториями. Выступая ключевой фигурой процесса развития высшего образования, современный преподаватель вуза неизбежно сталкивается с широким спектром профессиональных задач (выбор и самостоятельная разработка методического обеспечения дисциплины, участие в научной, грантовой деятельности, реализация международных проектов и др.), требующих от него развития новых компетенций, принятия ответственных решений. Это привело к тому, что сегодня профессиональная деятельность преподавателя вуза, традиционно характеризующаяся высокими эмоциональными нагрузками, стала еще более напряженной и ответственной. Повышение напряженности профессиональной деятельности современных педагогов, многие из которых испытывают сегодня затруднения в выборе целей, содержания, средств и форм своей профессиональной деятельности, в осуществлении объективной оценки и самооценки ее результатов, привело к росту у ряда преподавателей чувства личной неуспешности. Деятельность таких педагогов затруднена неуверенностью в собственных силах и ориентирована на заимствование чужого опыта. Ситуация значительно осложнилась и негативными последствиями произошедших за последнее время в нашей стране социально-экономических реформ, которые привели к изменению ценностных ориентаций общества в целом, а также к снижению ценности интеллектуального труда, в том числе труда преподавателя вуза. В результате многие преподаватели потеряли творческий настрой, утратили веру в себя, перестали справляться со своими профессиональными обязанностями, оказавшись под влиянием СЭВ.

Методы и материалы. Материалами для исследования послужили научные работы современных психологов по проблеме эмоционального выгорания, а теоретические положения психолого-педагогических работ, рассматривающих проблему автономности личности в профессии. Мы исследовали основные положения теории самодетерминации (Deci & Ryan, 1986; Гордеева, 2010), а также основные идеи современной постнеклассической науки, лежащие в основе современной интерпретации понятия «автономность».

Результаты и их обсуждение. Анализ психолого-педагогической литературы по исследуемой проблеме позволяет говорить о том, что эмоциональное выгорание, в отличие от различных форм эмоциональной ригидности, не определяется органическими причинами, а приобретает в жизнедеятельности человека (Бойко, 1996). В психологической литературе отмечается, что при эмоциональном выгорании изменяется система смыслов и ценностей личности, психоэмоциональные затраты начинают превышать личностно-значимый ожидаемый результат, поэтому изменяется отношение субъекта к своим профессиональным обязанностям (Бойко, 1996; Умняшкина, 2001). Кроме того, в контексте рассматрива-

емой проблемы важен тот факт, что эмоциональное выгорание – это не просто результат стресса, а следствие его неуправляемого течения (Умняшкина, 2001). Следовательно, для предупреждения и преодоления эмоционального выгорания педагогов необходимо минимизировать влияние на них стресса (например, изменив течение стресса). Иными словами, необходимо выявить движущую силу, которая была бы способна придать «устойчивость» личности педагога к негативным внешним воздействиям.

Проведенное исследование, что особым потенциалом в этом отношении обладает профессиональная автономность преподавателя как способность личности преподавателя к интенсивной профессиональной активности и личностно-профессиональному саморазвитию, основанную на относительной независимости от внешних обстоятельств (среды и ситуации), самостоятельном целеполагании, свободном выборе (а иногда и преодолению) нормативно задаваемых форм, средств, методов и содержания профессиональной деятельности, рефлексии своего опыта и профессионального поведения, инициативности, самостоятельности и ответственности за последствия совершаемых профессионально-педагогических действий. Не случайно А.И. Блинков и О.И. Лебединцева связывают СЭВ с дефицитом профессиональной готовности (Блинков, Лебединцева, 2018).

Понятие профессиональной автономности базируется на личностной автономности, которая в современном контексте рассматривается как «характеристика личности, подразумевающая самостоятельность, ответственность, уверенность, независимость, свободу личности в суждениях, мыслях, свободном выборе собственных принципов, норм, образцов мышления, целей и реализации их в процессе жизнедеятельности» (Старновская, 2012). В этом современном понимании автономность не предполагает традиционно приписываемой ей «обособленности и дистанцирования от социального контекста для утверждения своей индивидуальности» и позволяет в условиях активного взаимодействия в широком социокультурном контексте «сохранить собственную жизненную стратегию... , приверженность своим взглядам, позициям, нормам и ценностям» (там же).

Между тем, традиционно в психологической литературе автономность личности считается сегодня одним из базовых психологических механизмов, связанных с такими сферами психического как ценности, смыслы, мотивы (Маслоу, 1996). По мнению К.Г. Юнга, основу позитивного направления развития личности составляет стремление к «автономному душевному комплексу» (Юнг, 1996). Р. Мэй отмечает прямую взаимосвязь между свободой человека и его душевным здоровьем. «Душевное здоровье подразумевает обретение чувства личной ответственности и, следовательно, свободы; невроз - это отказ от свободы, подчинение своей личности жестким устойчивым формулам» (Мэй, 1994, с. 17).

Автономность в психологии связывают с внутренней детерминацией, внутренними стремлениями личности (Ryan, Deci, 2006; Weinstein, 2012).

При этом в соответствии с идеями разрабатываемой сегодня на западе теории содержания целей (Kasser, Ryan, 1996; Sheldon, Kasser, 2008), люди, которые придают большее значение внешним стремлениям (разбогатеть, стать знаменитым, и т.п.) по сравнению с внутренними (цели личностного роста, поддержания здоровья, построения межличностных отношений и др.), обладают меньшим психологическим благополучием, чем те, кто отдает приоритет ценностям и целям внутреннего характера.

В отношении исследуемой проблемы профилактики эмоционального выгорания через развитие автономности важное значение имеет разрабатываемая Э.Л. Деси и Р.М. Райаном теория самодетерминации (Ryan, Deci, 2006), развивающаяся в русле позитивной психологии, в которой понятие автономности личности как способности самостоятельно определять и регулировать собственную жизнь связано с формулировкой «позитивного» образа человека в психологии, с подчеркиванием аспекта психического здоровья и личностного роста. В этом же направлении мыслит и К.Рифф (Ryff, 1995), которая на основе существующих теорий и концепций позитивного психологического функционирования (теории А. Маслоу, К. Роджерса, Г. Олпорта, К.Г. Юнга, Э. Эриксона и др.) создает собственную теорию психологического благополучия, одним из основных компонентов которой предстает автономность как независимость, способность противопоставить свое мнение мнению большинства, нестандартное мышление и поведение.

В психологической науке автономность рассматривается как движущая сила самоактуализации, предполагая присутствие осознанной ответственности за свои действия, поступки, понимание индивидом значимости своей личности и постоянное стремление к личностному развитию (Маслоу, 1996). При этом в современных исследованиях речь идет о том, что чем менее выражена самоактуализация личности, тем реальнее и глубже эмоциональное выгорание (Умняшкина, 2001). Это позволяет выявить потенциал автономности в решении проблемы эмоционального выгорания педагогов и рассматривать автономность как важный фактор профилактики эмоционального выгорания (Vandenberghe, 1999).

Анализ психологических работ позволил следующим образом конкретизировать позитивный потенциал автономности:

Во-первых, автономность признается фактором сохранения психического здоровья и благополучия человека (Мэй, 2005; Barron, 2012; Nguyen & Deci, 2016; Ryff, 2013), обеспечивающего сохранение собственной жизненной стратегии (Старновская, 2012) и успешность деятельности (Роджерс, 1994).

Во-вторых, она рассматривается учеными как индикатор позитивного направления личностного развития, способный помочь личности преодолеть неблагоприятные условия собственного развития и предотвратить эмоциональное выгорание (Duncan, 2011; Javadi, 2014; Ryan & Deci, 2006).

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

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

Список литературы

1. Блинков А.Н., Лебединцева О.И. Профессиональное выгорание как следствие дефицита профессиональной готовности (на основе анализа научной литературы) / А.И. Блинков, О.И. Лебединцева // Акмеология. 2018. Т. 65, № 1. С. 27-32.
2. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении : взгляд на себя и на других. М.: Филинь, 1996. 469 с.
3. Гордеева Т.О. Теория самодетерминации : настоящее и будущее. Ч.2: Вопросы практического применения теории. Текст: электронный // Психологические исследования. 2010. № 5 (13). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 28.04.17).
4. Маслоу А. Мотивация и личность // Теории личности в западно-европейской и американской психологии. Хрестоматия по психологии личности. Самара: Изд. дом "БАХРАХ", 1996. С. 422-449.
5. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. М.: Класс, 1994. 91 с.
6. Мэй Р. Новый взгляд на свободу и ответственность // Экзистенциальная традиция в философии, психологии, психотерапии. 2005. № 2(7). С. 52-66.
7. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Издательская группа Прогресс : Универс, 1994. 479 с.
8. Старновская Е.Е. К вопросу формирования научного понятия «автономность личности» // Приволжский научный вестник. 2012. № 4 (8). С.91-94.
9. Умняшкина С.В. Синдром эмоционального выгорания как проблема самоактуализации личности (в сфере помогающих профессий) : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. Томск, 2001. 162 с.
10. Юнг К.Г. Структура психики и процесс индивидуации. М.: Наука, 1996. 267 с.
11. Barron F. Creativity and Psychological Health: Origins of Personal Vitality and Creative Freedom. Literary Licensing, 2012. 302 p.
12. Deci E., Ryan R. The dynamics of self-determination in personality and development // Self-related cognitions in anxiety and motivation. Hillsdale, 1986. P. 171-194.

13. Duncan P. The importance of teachers and schools in health promotion // *Becoming a Teacher: Issues in Secondary Education* / eds. J. Dillon, M. Maguire. Glasgow: Open University Press, 2011. P. 316-327.
14. Javadi F. On the Relationship between Teacher Autonomy and Feeling of Burnout among Iranian EFL Teachers // *Social and Behavioral Sciences*. 2014. № 98. P. 770–774. DOI:10.1016/j.sbspro.2014.03.480.
15. Kasser T., Ryan R.M. Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1996. Vol. 22. P. 280-287.
16. Nguyen T.T., Deci E.L. Can it be good to set the bar high? The role of motivational regulation in moderating the link from high standards to academic well-being // *Learning and Individual Differences*. 2016. № 45. P. 245-251. DOI: 10.1016/j.lindif.2015.12.020.
17. Ryan R.M., Deci E.L. Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? // *Journal of Personality*. 2006. Vol. 74. P.1557-1586.
18. Ryff C.D., Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 69, № 4. P. 719-727.
19. Ryff C.D. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2013. Vol. 83, № 1. P. 10-28. DOI:10.1159/000353263.
20. Sheldon K.M., Kasser T. Psychological threat and extrinsic goal striving // *Motivation and Emotion*. 2008. Vol. 32, № 1. P. 37-45.
21. Vandenberghe R., Huberman A.M. *Understanding and Preventing Teacher Burnout*. Text: electronic. Cambridge University Press, 1999. URL: <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511527784.001> (date of access: 11.11.2019).
22. Weinstein N., Przybylski A.K., Ryan R.M. The index of autonomous functioning: Development of a scale of human autonomy // *Journal of Research in Personality*. 2012. Vol. 46, № 4. P. 397-413. DOI: 10.1016/j.jrp.2012.03.007.

УДК 616-057.875-003.96:301.151

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОДЕ ИХ АДАПТАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ

В.М. Ганузин, Н.Л. Черная, А.Т. Барабошин, Г.С. Маскова

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия

Аннотация. Целью работы явилось изучение качества жизни студентов в периоде адаптации к обучению в ВУЗе. Новизной работы явилась оценка качества жизни у 248 студентов первого курса, в т.ч. 124 девушек и 124 юношей 17-18 летнего возраста, в периоде адаптации их к обучению в университете. Выявлены гендерные различия по ряду изучаемых показателей. Так, 30% студенток отмечали часто и почти всегда возникающие трудности при беге, 28,5% - жаловались на то, что у них было мало сил при физической активности, что значительно выше этих показателей у сту-

дентов-юношей. Девушки, по сравнению с юношами, чаще жаловались на возникновение состояния страха (26,6% и 5,6%), нарушения сна (44,6% и 33,1%), тревожности и отрицательных переживаний (54,7% и 25,8%). А 54,7% девушек и 3,2% юношей часто и почти всегда имели трудности при общении со сверстниками. При этом, 16,9% девушек и 8,0% юношей часто имели затруднения при выполнении домашних заданий.

Таким образом, проведенное нами исследование свидетельствует о недостаточной готовности большой группы первокурсников к самостоятельной работе по усвоению знаний и необходимости оказания им психолого-педагогической помощи в периоде адаптации их к обучению в университете.

Ключевые слова: качество жизни, гендерные особенности, период адаптации, студенты университета.

Актуальность. Категория «качество жизни» является интегральной характеристикой объективных показателей удовлетворенности человеком своей жизнью. Качество жизни (КЖ) зависит от состояния здоровья, коммуникаций в социуме, психологического и социального статуса, свободы деятельности и выбора, от стрессов и чрезмерной озабоченности, организованности досуга, уровня образования, доступа к культурному наследию, социальному, психологическому и профессиональному самоутверждению, психотипа, адекватности коммуникаций и взаимоотношений. В некоторых случаях в понятие КЖ также включает экономические и духовные аспекты (Новик, 2007).

Изучение качества жизни студентов, обучающихся в современных социально-экономических условиях, является актуальной проблемой, решение которой позволит комплексно оценить состояние студентов в различные периоды обучения, с выделением основных факторов риска с целью более качественной подготовки специалистов в вузе (Ганузин, 2016).

Постановка проблемы. Целью работы явилось изучение показателей качества жизни студентов, обучающихся на 1 курсе университета в периоде адаптации, и их гендерных особенностей.

Методы и материалы. Проведено определение качества жизни у 248 студентов первого курса, в т.ч. 124 девушек и 124 юношей 17-18 летнего возраста. Особенностью явилось то, что исследование проведено у студентов 1 курса, находящихся в периоде адаптации к обучению в университете.

Оценка КЖ проводилась с помощью валидизированного опросника PedsQL™4.0, (официальное разрешение на использование получено от правообладателя Map Research Institute 19.11.2018), состоящему из 23 вопросов, объединенных в четыре отдельных психометрических шкалы: физического функционирования (ФФ) (оценка подвижности, ходьбы, бега, болевого синдрома); эмоционального функционирования (ЭФ) (оценка беспокойства, качества сна, настроения, чувства страха и грусти); социального функционирования (СФ) (оценка взаимодействия со сверстниками); школьного функ-

ционирования (ШФ) (оценка адаптации ребенка к школе, школьная успеваемость), широко применяющийся в клинической практике. (Войтович, 2013; Денисова, 2009; Черная, 2019; Черников, 2015; Varni, 1999;). Нами использовался опросник для подростков 13-18 летнего возраста. Студентами оценивалась каждая из предложенных ситуаций, представлявшая для их трудности в течение первого месяца обучения в университете.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы StatSoft Statistica v.7.0. Сравнение групп проводили по критерию Фишера, достоверность различия принимали при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При оценке качества жизни у студентов 1 курса, находящихся в периоде адаптации к обучению в университете, нами получены следующие данные. Из данных таблицы 1 видно, что большинство девушек ниже оценили свой уровень здоровья и физической активности, по сравнению с юношами. Так, 21% студенток отмечали часто и почти всегда возникающие трудности при беге ($p < 0,01$) и 28,5% - жаловались на то, что у них было мало сил при физической активности ($p < 0,01$).

Таблица 1

Частота регистрации жалоб студентов на отклонения в состоянии здоровья и физической активности в зависимости от пола по разделу опросника «Мое здоровье», (%)

Вопрос	Пол	Никогда	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
Мне было трудно пройти пешком более одной остановки	девушки	58,0	29,5	10,9	0,8	0,8
	юноши	77,4	16,1	6,5	0	0
Мне было трудно бегать	девушки	19,3	23,5	36,2	15,1	5,9
	юноши	46,0	22,4	21,7	8,9	0
Мне было трудно играть в спортивные игры и делать зарядку	девушки	37,0	32,7	22,0	5,8	2,5
	юноши	52,5	27,4	12,9	7,2	0
Мне было трудно поднимать тяжелые вещи	девушки	25,2	28,6	31,9	11,8	2,5
	юноши	54,0	25,0	16,0	4,0	0,8
Мне было трудно выполнять обязанности по дому	девушки	42,0	25,2	27,8	5,0	0
	юноши	53,3	25,0	15,3	4,8	1,6
У меня было мало сил	девушки	5,9	21,0	44,6	20,1	8,4
	юноши	35,0	27,1	27,4	9,7	1,6
Меня беспокоила боль	девушки	12,6	23,5	44,6	13,4	5,9
	юноши	25,8	30,6	35,5	8,1	0

Показатели тревожности и отрицательных переживаний у девушек, полученные нами при анкетировании, приводятся в таблице 2.

Таблица 2

Частота регистрации жалоб студентов в зависимости от пола по разделу опросника «Мои ощущения», (%)

Вопрос	Пол	Никогда	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
Мне было страшно	девушки	5,9	23,5	44,0	24,1	2,5
	юноши	30,6	26,6	37,2	4,8	0,8
Я был (а) разозлен чем-либо	девушки	8,4	10,9	58,8	20,3	1,6
	юноши	6,5	20,9	50,1	20,9	1,6
Я плохо спал (ла)	девушки	12,6	18,5	24,3	32,0	12,6
	юноши	10,5	20,2	36,3	25,0	8,1
Я переживал (ла) о том, что что-то может случиться	девушки	5,9	13,4	26,0	40,3	14,4
	юноши	10,5	25,0	38,7	21,0	4,8

Из результатов исследования видно, что девушки, по сравнению с юношами, чаще жаловались на возникновение состояния страха (26,6 и 5,6% - $p < 0,01$), нарушения сна (44,6 и 33,1), тревожности и отрицательных переживаний (54,7 и 25,8%). Выявлен большой процент студентов обоих пола, которые часто и почти всегда имели плохой сон (44,6 и 33,1%) и были в раздраженном состоянии (21,9 и 22,5%).

Показатели коммуникативных взаимоотношений девушек со сверстниками приведены в таблице 3.

Таблица 3

Показатели коммуникативных взаимоотношений студентов в зависимости от пола, (%)

Вопрос	Пол	Никогда	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
Мне было трудно общаться с другими студентами	девушки	39,5	31,1	22,7	5,9	0,8
	юноши	42,7	36,3	12,1	8,1	1,6
Другие студенты дразнили и обзывали меня	девушки	76,5	21,0	1,7	0	0,8
	юноши	87,9	8,1	4,8	0	0
Я не умел (а) делать, что умеют мои ровесники	девушки	26,0	10,1	31,1	6,7	0,8
	юноши	31,5	33,9	28,2	3,2	3,2
Мне было трудно общаться с другими ровесниками, чувствовать наравне с ними	девушки	5,9	13,4	26,0	40,3	14,4
	юноши	67,8	23,4	5,6	1,6	1,6

Анализ полученных данных показал, что 54,7% девушек и 3,2% юношей часто и почти всегда имели трудности при общении с ровесниками ($p < 0,01$). А 6,7% девушкам и 9,7% юношам было трудно общаться с другими студентами. При этом 99,2% студенток и 100% студентов отрицали оскорбления и обзывания в свой адрес.

Факторы, влияющие на успешность обучения девушек в университете приведены в таблице 4.

Таблица 4

Частота выявления факторов, влияющих на успешность обучения студентов в университете в зависимости от пола, (%)

Вопрос	Пол	Никогда	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
Мне было трудно быть внимательным (ной)	девушки	30,3	36,1	27,8	5,0	0,8
	юноши	33,9	34,7	26,6	4,0	0,8
Я была забывчива	девушки	16,8	34,5	42,9	5,0	0,8
	юноши	19,3	57,7	33,8	8,9	1,6
Мне было трудно справляться с домашними заданиями	девушки	8,4	26,2	48,5	16,1	0,8
	юноши	16,5	40,8	34,9	6,4	1,6
Мне было трудно общаться с преподавателем	девушки	34,5	41,2	21,0	2,5	0,8
	юноши	45,2	32,2	19,4	3,2	0
Я пропускал (а) занятия в вузе потому, что плохо себя чувствовал (а)	девушки	65,2	21,1	9,2	0,8	0,8
	юноши	67,7	19,4	11,3	1,6	0
Я пропускал (а) занятия в вузе потому, что мне надо было ехать к врачу или в больницу	девушки	75,6	13,4	10,2	0,8	0
	юноши	66,9	21,0	11,3	0,8	0

Из данных таблицы 4 видно, что пропуски занятия у большинства студентов были связаны с плохим самочувствием и заболеваниями. Однако обучение в вузе, у части студенток, не всегда проходило успешно из-за затруднения выполнения ими домашних заданий, невнимательности на занятиях и затруднениями в общении с преподавателями (Ганузин, 2013).

Вывод. Результаты исследования свидетельствуют о том, что большое количество студентов-первокурсников, в периоде адаптации к об-

учению в вузе, имели жалобы на нарушение сна, плохое самочувствие, низкую физическую активность, состояния страха, тревожности и отрицательных переживаний. Имела место группа студентов, которая не всегда успешно проходила обучение в вузе из-за затруднения в выполнении домашних заданий и трудностей общения с преподавателями на учебных занятиях.

Выявлены гендерные различия по ряду изучаемых показателей. Так, 21% студенток отмечали часто и почти всегда возникающие трудности при беге и 28,5% – жаловались на то, что у них было мало сил при физической активности, что значительно выше этих показателей у студентов-юношей ($p < 0,01$). Девушки, по сравнению с юношами, чаще жаловались на возникновение состояния страха (26,6% и 5,6% - $p < 0,01$), нарушения сна (44,6 и 33,1%), тревожности и отрицательных переживаний (54,7% и 25,8%). А 54,7% девушек и 3,2% юношей часто и почти всегда имели трудности при общении со сверстниками. При этом 16,9% девушек и 8,0% юношей часто имели затруднения при выполнении домашних заданий.

Таким образом, проведенное нами исследование свидетельствует о недостаточной готовности большой группы первокурсников к самостоятельной работе по усвоению знаний и необходимости оказания им психолого-педагогической помощи в периоде адаптации их к обучению в университете.

Список литературы

1. Войтович Т.Н., Чистый А.Г., Бобровничи В.И. Метод оценки психосоциального статуса детей с муковисцидозом : инструкция по применению. Минск, 2013. Текст: электронный. URL: <https://www.bsmu.by/downloads/vrachu/instrukcii/2016/pdf/063-1-0613.pdf> (дата обращения: 29.10.2019).
2. Ганузин В.М., Черная Н.Л. Школа без педагогического насилия – необходимое условие сохранения здоровья обучающихся // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2013. № 2. С. 38-40.
3. Ганузин В.М., Киселева А.В. Социальная адаптированность, вегетативная устойчивость и качество жизни подростков, обучающихся в сельской школе // Юбилейные Сухаревские чтения: науч.-практ. конф. «Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям». М., 2016. С. 27-28.
4. Денисова Р.В., Алексеева Е.И., Альбицкий В.Ю., Винаярская И.В., Валиева С.И., Бзарова Т.М., Лисицин А.О., Гудкова Е.Ю. Надежность, валидность и чувствительность русских версий опросников PedsQL Generic Core Scale и PedsQL Rheumatology Module // Вопросы современной педиатрии. 2009. № 1. С. 30-41.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. 320 с.
6. Черная Н.Л., Ганузин В.М., Маскова Г.С. и др. Социальная адаптированность, вегетативная устойчивость и качество жизни студентов, обучающихся на первом курсе университета // Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы : монография / под ред. Н.Ф. Герасименко, П.В. Глыбочко, И.Э. Есауленко [и др.]. – М.: Научная книга, 2019. Т. 2, гл. 6. С. 110-123.

7. Черников В.В., Винярская И.В., Соболева К.А., Басаргина Е.Н., Жарова О.П. Лингвистическая ратификация и валидация кардиологического модуля Pediatric quality of Life Inventory 3. 0 // Вопросы современной педиатрии. 2015. № 6. С. 692-698.
8. Varni J.W., Seid M., Rode C.A. The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory // Medical Care. 1999. Vol. 37. P. 126-139.

УДК 159.9:371.13

О ДИДАКТОГЕНИИ И СИНДРОМЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ: ДАННЫЕ ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В.М. Ганузин

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия

Аннотация. Целью работы является позиция автора в отношении факторов школьной среды и педагогического процесса, негативно влияющих на психическое и физическое здоровье школьников. Представлены классификация форм синдрома педагогического насилия и факторы, способствующие его возникновению. Даются методы профилактики данного синдрома, показана роль администрации школы и школьного психолога в укреплении психического и физического здоровья учащихся. Новизна работы. Автором разработана анкета, позволяющая осуществлять контроль качества психологического климата в школе. В заключении работы предлагаются организационно-педагогические методы внедрения в образовательный процесс проекта «Школа без педагогического насилия» в рамках существующей в настоящее время программы «Школа, содействующая укреплению здоровья».

Ключевые слова: здоровье школьников, педагогическое насилие, дидактогения, классификация, воспитание в семье, Школа без педагогического насилия.

Актуальность. Координационная деятельность участников образовательного процесса по вопросам здоровьесберегающих технологий в настоящее время наиболее эффективно реализуется в школах, содействующих укреплению здоровья. Школа, содействующая укреплению здоровья, предусматривает открытость своей работы, которая, в свою очередь, способствует дальнейшему развитию, укреплению и сохранению здоровья учащихся в школах и подготовки учителей по вопросам укрепления и сохранения здоровья учащихся (Мирошниченко, 2017; Кучма, 2010; Кучма, 2001). Поэтому уровень эмпатии в деятельности преподавателей в школах должен быть связан с использованием корректных способов достижения педагогических целей без использования психологического насилия.

Постановка проблемы. В ряде школ до сих пор практикуется достаточно жесткое обращение и насилие, приводящие к дидактогениям среди учеников и педагогов. Более того, в последние десятилетия в нашей стране сформировалось представление о дидактогениях как о пагубном влиянии педагогов в определенных критических обстоятельствах на личность учащихся. И это явление парадоксальным образом существует в первую очередь в образовательных учреждениях (Жданова, 2010; Худик, 2015).

По данным А.А. Мирошниченко, дидактогения как термин почти не присутствует в лексиконе педагогического образования и профессиональной деятельности учителей. Но она, как реальность, непрерывно сопровождает взаимодействие участников образовательных отношений. Различные проявления педагогического насилия существуют на всех уровнях образования. Их объем и динамику в современных условиях невозможно оценить, т.к. в системе образования их мало кто пытается измерить. Признавая учителя основным источником дидактогении в общеобразовательной организации, А.А. Мирошниченко разделила их на три группы. К первой группе, самой малочисленной, она отнесла учителей, которые становятся источником дидактогении вследствие случайных методических ошибок. Вторую по численности группу составляют учителя, для которых дидактогения является обязательным компонентом методики преподавания: «Будет бояться – будет учить». К сожалению, этот тезис в полной мере определяет стиль их работы. Третья группа учителей, самая многочисленная, сама подвержена дидактогении. Ее участники проектируют проявления собственного синдрома педагогического насилия на своих учеников. Причиной формирования третьей группы является переход системы образования в сферу услуг, изменение статуса и миссии учителя (Касаткин, 2005).

В основе любых форм дидактогений всегда лежит психическая травма, полученная учеником по вине педагога. Причем, дидактогения нередко перерастает в невроз, и в этом случае может возникнуть необходимость в специальном лечении, в частности методами психотерапии. По данным И.С. Бердышева, дидактогении можно классифицировать как легкие, среднетяжелые и тяжелые. По продолжительности: острая – короткий эпизод дидактогении, подострая – повторение эпизода дидактогении и хроническая – систематическая дидактогения (Бердышев, 2012).

По нашему мнению, неверно рассматривать дидактогению как только негативное психическое состояние учащегося или невроз. Этот феномен надо относить к психосоматическим, т.к. кроме нервной, в патологический процесс вовлекаются и другие системы организма ребенка. Проведенные ранее нами исследования позволили доказать роль дидактогенных факторов в возникновение синдрома педагогического насилия (Ganuzin, 2017; Ганузин, 2012; Худик, Фесенко, 2015).

При этом многие проблемы, возникающие в условиях педагогического процесса, часто остаются без должного внимания и воспринимаются как нечто обычное. К одной из таких проблем относится и проблема педагогического насилия в школе (Ганузин, 2010; Ганузин, 2013; Ковалева, 2016). На основании ранее проведенных исследований нами предложены термин и классификация форм синдрома педагогического насилия в школе (Ганузин, 2003; Ганузин, 2010; Ганузин, 2013).

Синдром педагогического насилия – возникновение комплекса отклонений в состоянии здоровья школьников под влиянием неадекватных педагогических методов, действий и учебных программ.

Классификация синдрома педагогического насилия (Ганузин, 2003).

1. Синдром легитимного (узаконенного) педагогического насилия.
2. Синдром административного педагогического насилия.
3. Синдром авторитарного педагогического насилия.

Синдромом легитимного педагогического насилия мы обозначили введение утвержденных Министерством программ школьного образования, которые школьники не могут усвоить в силу своих физиологических и психических особенностей развития, в результате чего появляются отклонения в состоянии здоровья. При этом, как для школьников и их родителей, так и для учителей нет альтернативного решения. Авторы программ обычно ссылаются на аналогичные программы в других, наиболее развитых странах. При этом не учитывается социально-экономические условия и состояние здоровья детей в нашей стране (Кучма, 2001; Кучма, 2010).

Синдромом административного педагогического насилия – возникновение отклонений в состоянии здоровья у детей, связанное с введением администрацией школы незаконных программ, обязательных и факультативных занятий, замену одних уроков другими (например, уроков физкультуры на уроки иностранного языка, математики и т.д.) по профилю школы, введение обязательного посещения школьниками начальных классов групп продленного дня и т.д.

Особая роль в формировании благоприятного климата в школе и классе принадлежит учителю. Личность педагога и ее особенности являются основными предпосылками проявления в его деятельности психологического насилия. Агрессивность и насилие становятся орудием власти, самоутверждения. Насильственные действия педагога могут быть средством преодоления своих психологических проблем, субъективно ощущаемой неудовлетворенности, тревожности. Вызывая у учеников эмоциональное неблагополучие, напряжение и зависимость, педагог испытывает уверенность, усиление власти и снижение собственной тревожности (Ковалева, 2014; Мирошниченко, 2017).

Любая форма плохого обращения педагога с детьми – насилие над ними, т.к. школьники, особенно начальных классов, не могут себя защитить. Синдром авторитарного педагогического насилия – возникновение отклонений

в состоянии здоровья у детей, проявляющихся при непосредственном контакте учителя и ученика в условиях педагогического процесса. Оно может быть направлено на целый класс, группу школьников или непосредственно на конкретного ученика. При этом одновременно страдают школьники и их родители с одной стороны и сами педагоги – с другой.

При авторитарном педагогическом насилии у школьников мы выделяем ряд общих признаков (Ганузин, 2013):

1. Страхи. В классах, где практикуется педагогическое насилие, школьники, особенно начальных классов, переживают чувство страха, незащищенности. Поведение их под действием страхов может быть разнообразным: от фантазерства, лживости, обмана, нерешительности, пассивности до аутизма и агрессивности. В ряде случаев у детей формируются пограничные психические состояния и неврозы.

2. Изоляция. В большинстве случаев, когда практикуется педагогическое насилие, сам факт насилия открыто не обсуждается. Учителя дают понять школьникам, что не следует обсуждать создавшуюся ситуацию в классе, с родителями или с друзьями. Это заставляет детей, участвующих в конфликте, чувствовать себя изолированными, не такими, как все в классе. Может быть и обратная ситуация, когда педагоги открыто обсуждают конфликт, различными способами привлекая на свою сторону основную массу учащихся в классе (школе), их родителей и таким образом способствуют изоляции отдельного ученика или группы школьников.

3. Разочарование. Часть школьников в силу ряда обстоятельств, таких как плохая подготовка на дошкольном этапе, определенный тип мышления, частые острые заболевания или длительная, периодически обостряющаяся хроническая болезнь, вынужденные пропуски уроков и др., не могут усвоить новые темы, не имея базовых знаний. Постепенно количество предметов, по которым ученик имеет неудовлетворительные оценки, увеличивается. Вместо понимания проблемы и помощи со стороны учителей, данные школьники получают обидные прозвища и оскорбления. Они разочаровываются в школе, а порой и в жизни. Постоянный стресс, который они испытывают, вырабатывает у данной группы учащихся определенное поведение. Одни становятся «двоечниками – хулиганами» и постоянно создают конфликтные ситуации в школе, на улице, в семье. У других появляются депрессивное настроение, чувство ненужности, лишнего человека в этой жизни, формируются мысли о суициде.

4. Чувство «заслуженности» жестокого обращения. У ряда школьников, находящихся в изоляции и разочаровавшихся в себе, в конце концов, может сформироваться заниженная самооценка и чувство «заслуженности» жестокого обращения с ними со стороны учителей.

5. Вовлечение в конфликт. В старших классах встречаются сильные личности из школьников, которые хотят остановить педагогическое насилие и конфликты, периодически возникающие в классе между учителем и

учеником. Такие школьники часто испытывают чувство ответственности за создавшуюся ситуацию, хотят разрешить конфликт. При этом они могут так глубоко вовлекаться в конфликт, что испытывают чувство собственной вины за создавшуюся ситуацию, становятся напряженными, нервными.

6. Агрессивное поведение. У части подростков формируется вульгарный вариант взрослого поведения. Они позволяют себе прогулы уроков, открытое курение, появление в школе в нетрезвом состоянии. Все это приводит к усилению эмоционального напряжения, проявляющегося агрессивным поведением.

7. Психосоциальная дезадаптация. В этих случаях у школьников имеет место несформированность навыков учебной деятельности, коммуникативных навыков, недостаточно развит самоконтроль. Стремление таких подростков к общению и лидерству в сочетании с эмоциональной несбалансированностью приводит к конфликтным ситуациям с педагогами и сверстниками в школе и на улице.

В свою очередь, формы реакции школьников на педагогическое насилие могут быть разнообразными и зависят от множества факторов. К психосоматическим и невротическим расстройствам приводят кризисные ситуации в семье, негармоничные типы семей, конфликтная структура семьи; личность родителей, неполная семья.

Всегда считалось, что самое безопасное место для детей – это собственный дом и семья. Но в современных социально-экономических условиях это бывает не всегда так. Большую роль в ответной реакции на педагогическое насилие играет также тип семейного воспитания. При отверженном типе воспитания ребенок ощущает себя лишним в семье. Родители считают, что все несчастья и неудачи в их собственной семье связаны с данным ребенком. Школьника постоянно заставляют чувствовать, что он плох, неумел, несообразителен и, вообще, только мешает всем в доме. В этом случае ребенок перестает верить в свои силы и постоянно переживает чувство вины. Отношение к неудачам в школе и возникновение болезни на этой почве у ребенка формируется как наказание за что-то.

Может быть, и другой тип воспитания в семье – гиперопека. В этом случае родители проявляют чрезвычайную заботу и повышенную тревожность в воспитании своего ребенка. В результате такого воспитания дети становятся заторможенными, невротическими. У них появляются фобии, эмоциональная неуравновешенность. В ряде случаев дети становятся пассивными, зависимыми от старших, в связи, с чем неадекватно реагируют на учебный процесс и плохо приспосабливаются к условиям школы.

При воспитании в семье по типу повышенной моральной ответственности, у детей от постоянного напряжения в условиях конфликтной ситуации с педагогом могут возникать неврозы, психические и психосоматические расстройства. При противоположном типе воспитания в семье для школьника создается неблагоприятная психологическая ситуация в форме

противоречивых требований, затрудняющая адаптацию к школе и углубляющая формирование на этом фоне невротических форм личности. К невротическому развитию личности приводят, как правило, непоследовательный и противоречивый стиль воспитания, несоответствие требований родителей возможностям и потребностям детей, ритму их психофизиологического развития, конституциональным и половым особенностям, непринятие индивидуальности и эмоциональное непринятие детей, неравномерный характер воспитания в различные периоды жизни детей.

Следовательно, психосоматические и невротические расстройства у школьников часто связаны с личностью родителей, принимающих значимую роль в формировании личности ребенка, его реакции на педагогическое насилие и развитие дидактогении.

Материалы и методы. Опрос 220 студентов, ранее обучавшихся в школах различных регионов России, выявил, что у 58,6% из них в период обучения в школе отмечалось наличие конфликтов с учителями; 51,8% – боялись своих учителей; 35,1% – подвергались унижению педагогами; к 75,7% учителя относились несправедливо. Результатом таких взаимоотношений, согласно данным опроса, явилось ухудшение состояния здоровья учащихся. При этом у 67,1% школьников отмечались невротические расстройства; у 52,7% – угнетение настроения; у 22,5% – депрессивное состояние; у 14,4% – боли в животе; у 47,5% – головные боли; у 14,9% – обострения хронических заболеваний. Таким образом, синдром педагогического насилия является одним из факторов, влияющих на физическое и психическое здоровье школьников.

Нами предложен экспресс-метод для определения синдрома авторитарного педагогического насилия (Ганузин, 2013). Он проводится с помощью анкеты, которая включает в себя ряд вопросов, отражающих взаимоотношения учеников и педагогов:

А. Ваши взаимоотношения с преподавателем:

- | | |
|--|----------|
| 1. Были ли у Вас конфликты с преподавателями? | Да / Нет |
| 2. Боялись ли Вы своих преподавателей? | Да / Нет |
| 3. Подвергались ли Вы педагогом унижению? | Да / Нет |
| 4. Относились ли к Вам педагоги несправедливо? | Да / Нет |

Б. Перечисленные выше взаимоотношения с преподавателями явились причиной развития у Вас:

- | | |
|-----------------------------|----------|
| а) невротического состояния | Да / Нет |
| б) угнетения настроения | Да / Нет |
| в) депрессивного состояния | Да / Нет |
| г) головной боли | Да / Нет |
| д) боли в животе | Да / Нет |

В. Если у Вас имелись хронические заболевания, то негативные взаимоотношения с педагогами приводили к их обострению? Да / Нет

Данная анкета заполняется анонимно школьниками под руководством школьного психолога. Итоги анкетирования должны доводиться до администрации и педагогического коллектива школы. В свою очередь, администрация, контролирующая психологический климат в школе и классах, при выявлении случаев педагогического насилия должна корригировать стиль работы педагогов с учениками.

Обсуждение результатов. Учитывая полученные данные, мы предлагаем обсудить возможность разработки и внедрения проекта «Школа без педагогического насилия» в рамках существующей в настоящее время программы «Школа, содействующая укреплению здоровья». Обсуждение, разработка и внедрение проекта должно осуществляться в несколько этапов. Задачей первого этапа проекта является привлечение к обсуждению проблемы педагогического насилия в школе всех участников образовательного процесса. На втором этапе должны быть сформулированы предложения по конкретным формам работы в этом направлении, разработан и утвержден сам проект «Школа без педагогического насилия». Третий этап – реализация проекта в конкретной школе. Процесс улучшения ситуации в школе длителен и требует кропотливой работы с педагогическим персоналом, школьниками и их родителями. В качестве инструмента контроля психологической атмосферы в школе может служить анкетирование учащихся средних и старших классов с целью получения максимально полной информации о случаях педагогического насилия в школе.

Вывод. Поскольку синдром педагогического насилия является одним из факторов, влияющих на физическое и психическое здоровье школьников, мы предлагаем следующие пути профилактики данного синдрома:

Во-первых, родители должны получить советы детского врача и психолога, какую программу в школе сможет освоить их ребенок.

Во-вторых, администрация школы должна контролировать психологический климат в школе, классах и при необходимости корригировать стиль работы педагогов с учениками, а также не должна внедрять авторские программы обучения, не прошедшие сертификацию.

В-третьих, должна быть координация деятельности медицинских, педагогических работников и психологов в изучении данного синдрома, что позволит скоординировать их совместную работу по профилактике заболеваний и оздоровлению детей в условиях образовательного учреждения.

В-четвертых, разработка и внедрение проекта «Школа без педагогического насилия» в действующую программу «Школа, содействующая укреплению здоровья» позволит исключить административное и авторитарное педагогическое насилие в общеобразовательной школе, что будет способствовать улучшению психического и физического здоровья, как школьников, так и педагогов.

Список литературы

1. Бердышев И.С. Дидактогенические ситуации в практике детского психиатра // Социальная работа: теория, методы, практика : материалы интернет-конференций и семинаров. 2012. Вып. 1: Проблемы здорового развития ребенка и детская психотравма. С. 4-9.
2. Ганузин В.М. Диагностика синдрома педагогического насилия // Материалы XV Конгресса педиатров России. М., 2011. С. 173.
3. Ганузин В.М. Методы диагностики и пути профилактики синдрома педагогического насилия // Насилие и пренебрежение по отношению к детям: профилактика, выявление, вмешательство: материалы науч. симп. / под ред. О.Н. Боголюбовой. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2010. С. 13-14.
4. Ганузин В.М. О правомочности применения в педиатрии термина «синдром педагогического насилия» // Материалы VIII Конгресса педиатров России. М., 2003. С. 77.
5. Ганузин В.М. Синдром педагогического насилия как форма дидактогении // Медицинская психология в России. 2013. Т. 5, № 5. С. 15. DOI: 10.24411/2219-8245-2013-15150.
6. Ганузин В.М., Черная Н.Л. Школа без педагогического насилия – необходимое условие сохранения здоровья обучающихся // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2013. № 2. С. 38-40.
7. Ganuzin V.M. Didaktogenia: syndrome of pedagogical violence // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т.17, № 2-1. С. 53-54.
8. Жданова Л.А., Молькова Л.К., Зайцева Е.С. Стиль поведения учителя и состояние здоровья детей // Материалы XIV Конгресса педиатров России. М., 2010. С. 286.
9. Предупреждение насилия в школе / В.Н. Касаткин [и др.] ; ред. И.Г. Екимова. М.; Ярославль : Аверс Пресс, 2005. 174 с.
10. Ковалева Е.А. Личностные предпосылки проявления насилия в педагогической деятельности // Journal of Psychology. Special Pedagogy. Social Work (PSPSW). 2016. Vol. 45, № 4. P. 49-56.
11. Кучма В.Р. Концепция, проблемы и направления работы школ, содействующих укреплению здоровья // Здоровьесберегающее образование. 2010. № 1. С. 33-39.
12. Кучма Р.В. Теория и практика гигиены детей и подростков на рубеже тысячелетий. М. : Науч. центр здоровья детей РАМН, 2001. 376 с.
13. Мирошниченко А.А. Комплексная оценка деятельности учителя как условие профилактики дидактогении // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т.17, № 2-1. С. 162-163.
14. Худик В.А., Фесенко Ю.А. Дидактогения как ошибки воспитания и обучения детей и подростков // Вестник Череповецкого государственного университета. 2015. № 7. С.147-151.

КОНФЛИКТНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ И УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ЖИЗНЬЮ КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

А.С. Генс

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия

Аннотация. Синдром профессионального выгорания достаточно часто проявляется у представителей сферы, связанной с непосредственным контактом и взаимодействием с людьми и обусловлен предъявляемыми высокими требованиями и уровнем ответственности в профессиональной деятельности. К такой сфере в профессиональной деятельности относится врачебная деятельность. Одним из показателей профессионального выгорания является эмоциональное истощение. Наличие большого количества стрессовых факторов, необходимости находится в постоянной коммуникации с пациентами, коллегами, руководящим аппаратом и изменяющиеся стандарты в профессиональной деятельности врача и медицинского персонала с одной стороны, и высокая степень ответственности, с другой стороны, могут стать катализатором синдрома эмоционального выгорания. Это и определило гипотезу, цели и задачи нашего исследования. Цель работы заключается в изучении влияния индивидуальных психологических качеств личности на возникновение синдрома эмоционального выгорания и основана на гипотезе о предположении влияния конфликтной компетентности, как индивидуальном качестве личности, и удовлетворения жизнью на возникновение и течение синдрома эмоционального выгорания. Исследования в области изучения синдрома эмоционального выгорания проводятся достаточно давно в различных профессиональных сферах. В нашем исследовании мы изучали влияние личностных особенностей, и конфликтную компетентность специалиста, предполагая, что полученные результаты помогут выявить новые или недостаточно изученные взаимосвязи индивидуальных особенностей личности с уровнем эмоционального выгорания и на их основе разработать программу профилактики и коррекции синдрома эмоционального выгорания в профессиональной сфере медицинского работника. По результатам исследования мы получили подтверждение выдвигаемой гипотезы. В условиях повышенной коммуникации участники исследования демонстрируют не эффективные способы взаимодействия при решении конфликтных ситуаций. Общий эмоциональный фон, удовлетворение жизнью, и уровень фрустрации коррелируют с уровнем эмоционального истощения. На основании полученных результатов мы разработали вариант про-

граммы профилактики и коррекции синдрома эмоционального выгорания в профессиональной сфере медицинского работника.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, синдром эмоционального выгорания, конфликтная компетентность, профессиональная компетентность.

Актуальность. Выбор профессии и социальный статус во много определяет роль и возможности развития личности в социуме. В условиях развивающегося профессионального пространства и внедряемых реформ растут требования, предъявляемые к профессионализму личности. Но, далеко не каждый человек может адаптироваться в столь быстро изменяющихся условиях и эффективно осуществлять свою профессиональную деятельность, соответствуя требованиям современного общества, а потому возрастает вероятность развития неблагоприятных психических состояний. В связи с этим, одной из приоритетных задач психологии является исследование специфических социально-психологических явлений и феноменов, к числу которых относится и «эмоциональное выгорание» среди профессионалов разных областей труда и разработка программ по его предупреждению и коррекции (Анесян, 2013). В психологии синдром эмоционального выгорания относится к личностной деформации и представляет собой набор негативных психологических переживаний с вовлечением физиологической, эмоциональной, когнитивной сфер организма, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности от внешних стимулов, снижения удовлетворения исполнением работы и жизни в целом (Степанова, 2015). Люди с синдромом эмоционального выгорания часто имеют синтез психосоматических симптомов и признаков социальной дисфункции. Последствия синдрома эмоционального выгорания проявляются в профессиональной деятельности, семейных отношениях, во внутриличностных и межличностных конфликтах при общении с коллегами, деловыми партнерами, клиентами, пациентами и т.д. Существуют различные последствия синдрома эмоционального выгорания. Установочные последствия заключаются в развитии негативных установок в профессиональной среде по отношению к клиентам, работе, организации или к себе. Поведенческие последствия проявляются в действиях личности, в том числе при выполнении профессиональных обязанностей и отражаются на всех уровнях организации. В состоянии эмоционального напряжения работники прибегают к неконструктивным или неэффективным моделям поведения, чем усугубляют собственное переживание дистресса, что сказывается на снижении эмпатийности, удовлетворения и качества работы. Психофизиологические последствия отражаются в психосоматических расстройствах, таких как бессонница, головные боли, общее ухудшение самочувствия и другим. В более длительном периоде может привести

к состоянию глубокой депрессии (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2005). Понятие эмоционального выгорания было введено в психологию американским психиатром Гербертом Фрейденбергером в 1974 году. В исследованиях Фрейденбергера эмоциональное выгорание формируется в процессе оказания профессиональной услуги либо помощи, находясь в интенсивном общении с клиентами с эмоциональной нагруженностью. Он наблюдал комплекс особых психических проблем, возникающих у человека в связи с его профессиональной деятельностью у специалистов в сфере максимально связанной с коммуникацией и ответственностью. Эмоциональное выгорание это ответная реакция личности на продолжительный стресс, проявляющийся в эмоциональном истощении и включающий целый комплекс деструктивных проявлений (Анцупов, 2013). Истощение – ведущий симптом и основная характеристика эмоционального выгорания, от которой проистекают все другие симптомы. Состояние истощения имеет свои этапы развития. Вначале в виде снижения фона настроения, затем проявления соматических симптомов, и впоследствии в виде изменений установок и действий человека (Бойко, 2004). В изучении проблемы эмоционального выгорания многие исследователи выявили несколько подходов с различным конструктом, но схожими переживаниями и проявлениями, связанными с динамикой и, характеризующимися нарастающей степенью выраженности его проявлений. Изучение материалов исследований дают объективную картину состояния человека, основанную на субъективных переживаниях. Переживания личности детерминируются индивидуально психологическими особенностями и формами реагирования. Симптомы изменения либо нарушения психосоматической сферы однозначно приводят к ухудшению качества жизни личности (Орел, 2005).

Постановка проблемы. Для возможности улучшения качества жизни, возможности выполнения своих профессиональных обязанностей и снижения эмоционального напряжения мы предположили выделить различные сферы, которые могут выступать катализатором возникновения и развития эмоционального напряжения. Выделяя наиболее общие субъективные признаки синдрома выгорания, к которым относятся нежелание идти на работу, чувство апатии, повышенная раздражительность, повышение конфликтных ситуаций, снижение инициативности, повышенное эмоциональное реагирование, мы отметили, что критерий «повышение конфликтности» может иметь более объективный фактор и возможность изучения. В МКБ-10 можно выделить некоторые позиции, имеющие в определении конфликт и косвенное отношение к профессии. Такие как Z73.2 – Недостаточность отдыха и расслабления, Z73.5 – Конфликт, связанный с социальной ролью, не классифицированный в других рубриках. Либо имеющие в определении конфликт и прямое отношение к профессии – Z56 – Проблемы, связанные с работой и безработицей, включающее: на-

пряженное рабочее расписание, конфликты с начальником и сослуживцами, тяжелые условия труда (ICD-10, 2016). Обозначенные диагнозы могут стать причиной неустойчивого эмоционального состояния, повышенного раздражения, нежелания общения, в том числе и в профессиональной среде. В лечебно-диагностическом процессе медицинские работники принимают непосредственно активное участие, обеспечивая лечение, уход, наблюдение за пациентом, в том числе посредством коммуникации. Профессиональная деятельность медицинских работников, участвующих в лечении и реабилитации больных, предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. В нашей работе мы опираемся на принятый в психологии тезис, согласно которому человек как личность формируется на основе биологических свойств (пол, темперамент, тип реакции, возраст) в процессе общения, деятельности и активного взаимодействия с социальной средой. В свою очередь, можно предположить, что влияя на индивидуально-личностные свойства возможно формировать отношение к профессиональной деятельности и успешность выполнения профессиональных обязанностей в социальном пространстве. В профессиональной деятельности, предполагающей активную коммуникацию, не схожие цели, индивидуальные особенности личности, довольно высока вероятность возникновения конфликтных ситуаций, ситуаций сопряженных с эмоциональным напряжением (Водопьянова, 2005). При не компетентности в области коммуникации и взаимодействия вероятность выбрать не эффективную стратегию разрешения конфликтной ситуации высока. В сфере профессиональной деятельности медицинского работника так же возникают сложности, связанные с объективным восприятием ситуации пациентами, трудности убеждения, выстраивания доверительных отношений. Участниками в процессе взаимодействия в профессиональной медицинской деятельности являются так же родственники пациентов, административный персонал, руководящий состав, обслуживающий персонал. Такие формы взаимодействия на вертикальном и горизонтальном уровне предполагают предъявление больших требований к специалисту и его большую ответственность. Повышенная ответственность может служить детерминантом в формировании внутриличностных конфликтов. Внутриличностные конфликты переживаются личностью как более трудная проблема, основанная на специфичных переживаниях и включающая противодействие разнонаправленных мотивов. Проявления внутриличностного конфликта можно наблюдать в виде фрустрации, страхов, эмоциональной лабильности, сменной деятельности и, в более сложных и длительных периодах, могут проявляться симптомы депрессии (Анцупов, 2013). Предполагая, что существует вероятность зависимости возникновения и течения конфликтных ситуаций и переживаний от степени конфликтной компетентности, в исследовании мы выбрали некоторые методики выявляющие стили реагирования и вы-

бор способов совладания. Так же необходимо выделить показатели субъективной оценки удовлетворения жизнью в целом.

Методы и материалы. В исследовании принимали участие сотрудники Областной клинической больницы города Ярославль. Число участников исследования 87, в возрасте от 30 до 55-ти лет. Участники имеют различную специализацию и реализуют профессиональную деятельность в лечебно-профилактическом учреждении. Дифференцированное разделение по гендерному признаку не предполагалось задачами данной работы. В ходе проводимого исследования, мы предполагали получить данные о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности, субъективном ощущении профессиональной эффективности, общее психологическое состояние участников, стратегии поведения в конфликтной ситуации, признаки фрустрации реципиентов. Для получения данных мы выбрали некоторые стандартизированные методики, адаптированные российскими исследователями, имеющую высокую валидность. Методики имеют ряд преимуществ для участников: не большое количество вопросов при максимальной информативности для получения данных. 1. (Опросник «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» (МВІ) К. Маслач и С. Джексон, адаптация Н.Е. Водопьяновой); 2. «Диагностика предрасположенности личности к конфликтному поведению» методика К. Томаса, адаптированная Н.В. Гришиной); 3. Тест индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ), адаптация Н.В. Паниной (Опросник общего психологического состояния человека – Б. Ньюгартен); 4. Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана, модификация В.В. Бойко). Данные методики были выбраны в соответствии с гипотезой исследования.

Результаты исследования. По результатам проведенного исследования возможно получить данные о степени распространенности феномена эмоционального выгорания. Так же исследования помогли получить данные об индивидуальных психологических особенностях участников исследования, что может послужить степенью выявления механизмов и факторов возникновения синдрома эмоционального выгорания. В ходе исследования, суммируя баллы, мы получили данные обобщающие средние показатели по выбранным методикам. В результате исследования методике ИЖУ были получены данные об уровне жизненной удовлетворенности респондентов, показатели которой находятся в диапазоне от 17 до 27 баллов, при средней норме значений 25-30. Так же по данной методике были получены дополнительные показатели – интерес к жизни (заключается в интересе к повседневной жизни, противоположностью является апатия), последовательность в достижении целей, согласованность между поставленными и достигнутыми целями, положительная оценка себя и своих поступков и общий фон настроения. Самым высоким показателем является Интерес к жизни (76%) это может быть обусловлено осо-

бенностями профессиональной деятельности. Самые низкие показатели по уровню рассогласованности между поставленными и достигнутыми целями (43%), что так же может показателем влияния профессиональной деятельности и условий работы на возможность достижения целей. При этом последовательность в достижении целей выделяется участниками более высокими показателями (60%). Это значит, что испытуемые имеют желание в получении результатов собственной деятельности. В условиях стремления получения желаемого результата и, вероятно, возникающими сложностями в достижении поставленной цели, что соответствует рассогласованностью между желаемым и получаемым результатом, общий фон настроения снижен и составляет всего 58 процентов из 100. средний показатель социальной фрустрированности в группе равен 2.34, что является неопределенным уровнем фрустрированности при максимальном показателе 4 балла. Из них удовлетворение своим здоровьем и работоспособностью (физическим здоровьем, психо-эмоциональным состоянием, работоспособностью, своим образом жизни в целом) составляет 1.9 из 4. Данные диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению показали, что наибольшее число участников исследования выбирают как выход из конфликтной ситуации стратегии конкуренции и избегания. Данные типы стратегии является малоконструктивными в области разрешения конфликтных ситуаций. Результаты исследования уровня эмоционального выгорания выявили сниженные показатели по трем основным критериям.

Вывод. Проведя исследование мы можем выявить некоторые социально-психологические закономерности испытуемых. Согласно полученным данным уровень социально-психологической фрустрированности находится в диапазоне средних показателей, но показатели психо-эмоционального состояния, работоспособности ниже среднего. В профессиональной деятельности выявлена тенденция к рассогласованности ожидаемых и получаемых результатов, при достаточно высоком интересе к жизни и стремлению к реализации. При это общий эмоциональный фон и удовлетворения жизнью так же снижены. Выявлена корреляция с уровнем эмоционального истощения. Стратегии и способы взаимодействия в конфликтных ситуациях малоконструктивны, что может являться индивидуальным стилем реагирования в следствии малой информативности о способах выбора стратегии, повышения стрессоустойчивости и адаптации. На основании полученных данных и придерживаясь предполагаемой гипотезы, мы разработали программу профилактики и коррекции синдрома эмоционального выгорания в профессиональной сфере медицинского работника, включающую элементы самоконтроля, повышения информативности и компетентности в области разрешения конфликтных ситуация и снижения уровня стресса в субъективном восприятии.

Список литературы

1. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология. СПб.: Питер, 2013. 512 с.
2. Анесян Ф.А., Кулаков Д.В., Мамонов Д.А. Анализ факторов синдрома эмоционального выгорания у преподавателей медицинского института // Новые задачи современной медицины: материалы II Междунар. науч. конф. СПб.: Реноме, 2013. С. 82-85.
3. Бойко В.В. Энергия эмоций. СПб. : Питер, 2004. 473 с.
4. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2005. 336 с.
5. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности. М.: Ин-т психологии РАН, 2005. 329 с.
6. Степанова Л.Н. Психологическая защита педагогов с синдромом эмоционального выгорания // Актуальные вопросы современной психологии: материалы III Междунар. науч. конф. Челябинск: Два комсомольца, 2015. С. 82-85.
7. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Text: electronic. ICD-10 Version: 2016. URL : <https://icd.who.int/browse10/2016/en> (date of access: 12.10.2019)

УДК 159.9

АРТ ТЕРАПИЯ – ПУТЬ К ГАРМОНИЗАЦИИ ТЕЛА И УМА

В. Григальюнайте Плереене

Ажуолино клиника (психиатрическая), г. Вильнюс, Литва

Аннотация. Приближаясь к проблемам и состояниям пациентов, поступившим в психиатрическую клинику, очевидно, что они в больницу поступают в дисбалансе разного рода и уровня. Дисбалансе тела, ума и энергетической системы. И помощь им нужна комплексная. Проблема, рождена переживанием, негативными чувствами, сотрясениями, решается постепенно и всесторонне. Арт терапия, как часть лечения, может сильно улучшить самочувствия пациентов. Для эффективности терапии должны быть созданы условия, психологические и физические, в которых пациент почувствовал любовь.

Ключевые слова: процесс арт терапии, условия, медитация, энергетический баланс, радость в уме, наслаждение, любовь, близость.

Актуальность. «Сокровище, скрытое в страданиях и печалях мира,- это само сострадание. Сострадание – это ответ сердца на печаль. Мы разделяем и волшебство жизни и океан слез. Печали жизни- это часть сердца каждого из нас, и этими частями мы соединены друг с другом. Она приносит с собой нежность, прощение и всеобъемляющую доброту, которыми мы прикосаемся ко всему живому. В переменах скрыт дар

неделимости, в настоящем моменте – близость и пробуждение. Эта близость соединяет нас вместе, позволяет нам принадлежать, и в этой принадлежности мы испытываем любовь.» (Корнфилд, 1997).

Процесс и техники арт терапии построены так, что созданы условия для пациентов предоставили возможность отдохнуть от своей усталости. Отдых здесь понимается как отдых для тревожного ума. В некотором спокойствии ума на первый план выходят жизненные силы, хотя и в некотором дисбалансе. За тем следует возможности, превращающие даже тяжелые переживания (при длительном процессе) в собственное богатство. Но пока они тянутся с прошлого в настоящее, нужно замедлить темп, время. До настоящего момента. Именно тогда возникает возможность увидеть реальность. Внимание и энергия пациентов, направлены на творческий процесс, создают возможность оторваться от мучительного состояния, и даже начать новый этап с новизной ощущений, чувств, самонаблюдений.

Профессиональный личный опыт (12 лет в клиниках) показал, что арт - терапия, соединена со свободным движением, медитацией, релаксацией, дает результаты более эффективные. Чтобы найти внутреннее спокойствие и более настоящую связь с собой, нужна некая умиротворенность в организме. Служит этому релаксация, свободное движение, медитация в танце. В арт терапевтической практике важно увидеть, насколько погружение в процесс близко к медитации. Этого достаточно для пациентов, так как именно тогда здоровая часть личности и ее потенциал выходят наружу и становятся видимыми. Важно суметь показать эту часть личности самому пациенту через его произведение, прочесть его. Для этого нужны знания и интуиция арт терапевту.

«Слово медитация означает стать другом самому себе, понимающим, стать более близким самому себе, понять свой собственный ум. Ваше тело должно стать другом вашему уму, а ваш ум должен стать другом вашему телу. Правое полушарие должно стать другом левому полушарию, и наоборот. И тогда математика и искусство не будут конфликтовать.» (Ченагцанг, 2019).

Свободное движение, в котором вытанцовывая разные ритмы возможно выразить разные чувства, освобождает тело от накопленных разного рода напряжений, трансформирует неприятные ощущения в позитивные, тело оживает. Оно дает уму удовольствие, наполняет наслаждением, радостью. Эта часть, экспрессивная для тела и чувств, дает большую осознанность для начатой работы из деятельности. Пациенты уже смотрят на процесс спокойнее, видят больше творческих возможностей и решений, меняют цвета, композицию в более гармоничную. Пациенты в этот же момент копят опыт. За час или два меняется самочувствие, снижаются напряжения, своими руками и желаниями они создают видимое пространство, которое их удовлетворяет на данный момент. При

помощи группы под руководством арт терапевта созданное пространство «оживает», наполняется вообразимой атмосферой. Пространство становится целебным. Пациенты могут почувствовать и внутреннюю экспрессию, и возможные внешние перемены. В процессе перемен возникает изобилие новых форм, новых рождений и новых возможностей. Только благодаря переменам существует эта безбрежная и щедрая творческая мощь. Постепенно рождается надежда, более позитивное видение своей жизненной ситуации и жизненного пространства. Конечно, в этом нужна помощь терапевта. Не только эмоциональная поддержка, но и глубокий, понимающий взгляд на продукцию пациента, чтоб раскрыть и показать самому пациенту самые сильные части его психики, потенциал. Терапевт должен увидеть очень индивидуальный «почерк» пациента, его язык знаков выражения. Не общие символы, а уникальный путь его внутреннего мира, ощутить его «проходы» через внутренние препятствия... Этому важно учить и пациентов. Видение формируется, зная и изучая инструменты и выражения изобразительного языка, включая эмпатические черты ощущений, соединяя звук и образ, цвет в процесс занятия, в сам момент занятия. Такие условия дают пациенту прожить новый опыт, новые чувства и отношения, некоторое позитивное знание о себе. Погруженный в творческий процесс, автор произведения всегда начинает выявлять созидательные инструменты, данные от рождения. Элементы творения – те же, из которых создан мир и мы сами. Грубые и более тонкие. Только нужно это осознать. Тут нужны дополнительные знания, кем мы являемся, и что нам дано. Так как можно владеть инструментами, даже опасными, неосознанно и навредить себе и другим. Очевидно, как пациенты свой могучий инструмент творчества – воображение - используют себе не на благо... На занятиях приводятся жизненные примеры, вместе с пациентами отслеживая, чем часто занят ум, представляя будущее или вспоминая прошлое... Растущая осознанность нужна для созидания своей жизни.

Вывод. Упомянутые условия и описание арт терапевтического процесса только открывают путь исцеления. Процесс должен быть достаточно длительный или периодический. К сожалению, стационарное пребывание в больнице все больше сокращается... В теперешних условиях можно отследить только кратковременные, хотя и глубокие арт терапевтические эффекты... Мы можем увидеть, порадоваться, но не успеваем осознать и сотворить новый, более устойчивый вариант разных более позитивных состояний.

Список литературы

1. Кэмбелл Д. Пути к блаженству: мифология и трансформация личности. М.: Открытый мир, 2004. 234 с.
2. Корнфилд Д. Путь с сердцем. Киев: София, 1997. 165 с.

3. Рот Г., Лоудон Д. В поисках экстаза. Целительный путь неукошенного духа. М.: Когито - Центр, 2016. 127 с.
4. Фроули Д. Тантрическая йога и мудрость Богинь. Духовные секреты аюрведы. М.: АБВ, 2017. 148 с.
5. Ченагцанг Н. Йога звука. М.: ООО ИД «Ганга», 2019. 263 с.

УДК 159.9

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И РОЛЕВЫХ КОНФЛИКТОВ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СОТРУДНИКОВ ОРГАНИЗАЦИИ

Ю.Ю. Гудименко, О.Н. Саргсян, К.И. Холина

Тверской государственный университет, г. Тверь, Россия

Аннотация. Психологическое здоровье является важным компонентом успешной деятельности человека во всех жизненных сферах. Самореализация в профессиональной деятельности, во многом зависит от состояния психологического здоровья. На это состояние влияет множество различных факторов, одним из которых является профессиональное окружение, которое может являться стрессогенным фактором, ухудшающим психологическое здоровье. Одними из основных причин возникновения стресса в профессиональном окружении являются конфликты между сотрудниками, которые могут возникать на разной почве, в том числе при несовпадении образа ролевых требований у исполняющего обязанности и настоящего содержания роли сотрудника в организации. Представленное в материалах исследование было направлено на возможность снижения уровня ролевого конфликта у сотрудников организации с помощью разработанной программы тренинга по его разрешению. Новизна заявленной программы тренинга определяется наличием авторской векторной модели, основанной на структурных компонентах феномена «ролевой конфликт», и разработанных авторских тренинговых упражнений. Также представлены результаты формирующего эксперимента, доказывающие эффективность разработанной тренинговой программы.

Ключевые слова: психология здоровья, профессиональный стресс, конфликт, ролевой конфликт, тренинг по разрешению ролевых конфликтов.

Актуальность. В настоящее время, в связи с быстро растущим темпом жизни и изменениями в общественной, культурной, политической, экономической и многих других сфер человеческой деятельности, вопросы, касающиеся здоровья человека, становятся все более актуальными.

Главный вопрос, который встает перед учеными в области медицины и психологии: «Каким образом в современном обществе можно сохранить или улучшить здоровье человека?». Для того, чтобы ответить на данный вопрос, необходимо определить в чём заключается смысл понятия «здоровье». На данный момент не существует единой трактовки данного понятия. Приведём пример наиболее обобщенного, представленного в Уставе Всемирной организации здравоохранения: «здоровье – это такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие» (Шувалов, 2009: 87).

На здоровье человека влияет множество факторов, в том числе и психологические. Благодаря исследованиям в области психосоматики, роль данных факторов не вызывает никаких сомнений. Поэтому в нашем исследовании представляется достаточно закономерным и актуальным рассмотрение именно психологической составляющей категории «здоровье».

Тесная взаимосвязь психики и тела послужила толчком для появления такой прикладной отрасли как «психология здоровья».

П. Брэгг под психологией здоровья понимает (Никифоров, 2006):

– область психологии, которая в своей структуре имеет как теорию, так практику предупреждения различных психических и психосоматических заболеваний;

– мероприятия по коррекции индивидуального развития и адаптации к условиям общественной жизни человека;

– организация условий для воплощения в жизнь потенциальных возможностей человека, а также психологическое сопровождение на протяжении всей жизни человека.

Е.С. Авербух трактует психологию здоровья как науку о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития. Он пишет, что суть данной науки заключается в психологическом сопровождении человека на всех этапах его жизненного пути, при этом объектом исследований является именно «здоровая» личность, а не «больная» (Никифоров, 2006).

Также большинство авторов говорят о том, что психология здоровья является междисциплинарной дисциплиной, вследствие чего данная область знания имеет междисциплинарные связи с такими научными направлениями как: эпидемиология, медицинская психология, медицинская социология, медицинская антропология, психогигиена и многие другие.

В науке определены три группы психологических факторов, которые влияют, как на укрепление здоровья, так и на проявления болезни (Никифоров, 2006).

Психологические факторы здоровья/болезни

Независимые, или предшествующие факторы (обладают самыми сильными взаимосвязями как со здоровьем, так и с болезнью)	Передающие факторы (данная реакция возникает в ответ на воздействие стрессора)	Мотиваторы
1. Предрасполагающие: – Поведенческий профиль (настойчивость, мышечное поведение и др.); – поддерживающие диспозиции (выносливость, сила «Я»); – эмоциональные паттерны (алекситимия и т.д.).	1. Совладение (копинг-стратегии, саморегуляция).	1. Стрессоры
2. Когнитивные факторы: – представления о болезни (физиологические расстройства, отношение к медицине); – восприятие риска и уязвимости; – контроль (волевая регуляция).	2. Употребление и злоупотребление веществами (алкогольная и наркотическая зависимость, лекарственные препараты, неправильное питание).	2. Существование в болезни (адаптация к проявлению болезни, поведение при определении уровня здоровья – поиск информации, сравнение, лечение или отрицание болезни и др.).
3. Факторы социальной среды: – социальная поддержка; – брак и семья; – профессиональное окружение.	3. Виды поведения, способствующие здоровью (занятия спортом, здоровое питание).	
4. Демографические переменные: – пол; – возраст; – этнические группы и социальные классы (материальный доход, снижение способности к адаптации и др.)	4. Соблюдение правил по поддержанию здоровья (соблюдение правил личной гигиены, медицинский осмотр, ремни безопасности в автомобиле и т.п.).	

Постановка проблемы. Наше исследование заключалось в изучении таких психологических факторов укрепления здоровья (проявления болезни), как факторы социальной среды, а в частности, особенности профессионального окружения.

Березовская Р.А. пишет, что наиболее часто исследуемыми проблемами в области психологии профессионального здоровья являются (Березовская, 2016):

- профессиональное выгорание;
- стресс при выполнении профессиональной деятельности;
- профессиональные деформации;
- сохранение и поддержание физического состояния и психического здоровья работающего человека;
- конфликты, агрессия, буллинг на рабочем месте;
- проблемы, возникающие из-за взаимосвязи семьи, личной жизни, работы и др.

Особый интерес для нашего исследования представил такой феномен, как «стресс в профессиональной сфере». Вообще стресс – это такое состояние психического напряжения, которое возникает у индивида во время деятельности в трудных, сложных, новых и незнакомых ситуациях во всех сферах жизни (повседневной, профессиональной и др.) (Щербатых, 2012). В свою очередь, профессиональный стресс представляется, как напряженное состояние работника, возникающее у него при воздействии эмоционально-отрицательных и экстремальных факторов, связанное с выполняемой профессиональной деятельностью (Кожевникова, 2009).

Так как стресс является неспецифической адаптационной реакцией организма человека на какой-либо раздражитель, то может нести в себе как положительную, так и отрицательную функцию (Щербатых, 2012). Таким образом, эустресс (положительный) становится мобилизатором внутренних ресурсов человека, повышает мотивацию индивида, но если человек не справляется со стрессом, либо его внутренних ресурсов недостаточно для преодоления ситуации, то возникает дистресс. Дистресс снижает продуктивность и эффективность личности, возникает эмоциональная подавленность, апатия, напряженность, возможны проблемы со здоровьем и многие другие отрицательные проявления.

Стресс, как мотиватор, активизирует предшествующие факторы здоровья. Он может изменить и даже нарушить привычный ритм жизни человека. Из-за стресса, сильного перенапряжения, происходит психоэмоциональная перестройка организма и под «ударом» могут оказаться уязвимые системы организма человека: пищеварительная (желудочно-кишечный тракт), эндокринная, сердечно-сосудистая и др. Впоследствии, возможно развитие таких заболеваний, как стенокардия, гипертония, язва желудка, гипергликемия, сахарный диабет, общее снижение иммунитета, неврозы, депрессия и многое другое (Mahadevan, Gregg, 2019).

Относительно нашего исследования, была предпринята попытка определить, что может способствовать возникновению стресса на рабочем месте и на какие особенности взаимодействия сотрудника с профессиональным окружением он может повлиять.

Различные научные исследования показывают, что при психологическом профессиональном стрессе огромную роль играют конфликты. Данные явления неразрывно взаимосвязаны. Стресс может являться

первостепенной причиной возникновения конфликтных ситуаций, сопровождая как социальные конфликты, так и внутриличностные. С другой стороны – конфликты любого рода способствуют появлению стрессовой напряженности (Никифоров, Шингаев, 2015).

Ряд факторов, возникновения стресса на рабочем месте, связан с ролью сотрудника в организации. В связи с тем, что в современном обществе происходят активные социально-экономические изменения, система социальных ролей кратно усложняется. «Старые» роли существенно трансформируются, возникают совершенно новые профессиональные, социальные роли, что приводит к противоречивости, несовместимости их компонентов. В итоге происходит интенсификация конфликтов, а в частности ролевых конфликтов.

С.И. Ерина определяет ролевой конфликт как «состояние психологического конфликта, развивающегося у индивида в ходе выполнения социальной роли в условиях противоречивых или частично несовместимых требований, ожиданий к ролевому исполнителю» (Ерина, 2000). Автор утверждает, что отрицательными последствиями ролевого конфликта является снижение производственной продуктивности, эффективности деятельности, невротизация личности сотрудника, появление психосоматических заболеваний и даже ранняя инвалидизация.

В свою очередь, В.Е. Орел выявил взаимосвязь ролевого конфликта и «психического профессионального выгорания» (Ерина, 2000).

Дж. Френч и Р. Каплан в своих научных исследованиях отмечают связь ролевого конфликта с риском ишемической болезни сердца, повышением или понижением артериального давления, изменением частоты сердечного сокращения. Купер и Маршал пишут, что индикаторы стресса, которые связаны с ролевой напряженностью и ролевым конфликтом, проявляются в апатии, угнетенном состоянии, снижении мотивации, падении уровня самоуважения, желании уволиться с работы (John, French, 1982).

Кукушкина А.А., в рамках изучения ролевых конфликтов, обнаружила тенденцию у сотрудников организации с высоким уровнем ролевого конфликта связывать свои заболевания с особенностями работы, профессиональными стрессами. К числу таких заболеваний были отнесены болезни сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной систем.

Таким образом, изучение ролевого конфликта, как источника психологического стресса в профессиональной и личной сфере индивида, послужило стимулом для выявления способов его разрешения. Профессиональное здоровье, которое является одним из компонентов общего психологического здоровья человека, становится актуальным направлением исследования (Ермолаева, 2014).

Ролевой конфликт – это сложный вид внутриорганизационного конфликта. Анализ научной литературы позволил объединить множество видов ролевого конфликта в такие как (Гришина, 2018):

1. Межролевой конфликт, который заключается в несовместимости требований, предъявляемых к роли, а также в несовместимости ожиданий по отношению к ним.

2. Внутриролевой конфликт, возникающий при расхождении в ожиданиях между различными группами социального окружения в отношении к индивиду, исполняющего роль. Другим проявлением внутриролевого конфликта является противоречивость или несовместимость требований и ожиданий при исполнении социальной роли.

3. Личностно-ролевой конфликт. Такой вид конфликта возникнет, если требования и ожидания в исполнении роли противоречат, вступают в противоборство с внутренними ценностями, интересами, представлениями, жизненными устремлениями сотрудника.

К функциям ролевого конфликта можно отнести: диагностическую, мотивационную, интегративную, креативную, инновационную, рекреационную, функцию личностной самореализации и др. (Шаров, 2018).

Ролевой конфликт, как и психологический стресс, несет в себе положительные и отрицательные стороны. К позитивным относится стимулирование сотрудника к саморазвитию, раскрытие его личного и профессионального потенциала, поиск новых идей при решении задач, диагностика недостатков системе организации, проявляющихся при ролевых трудностях (Шаров, 2018). Из негативного воздействия можно выделить усугубление внутриличностных и межличностных конфликтов, отклонение в поведении работника от общепринятых норм, ценностей компании, возникновение невротических расстройств, психосоматических болезней и т.д.

Для того, чтобы снизить пагубное влияние ролевых конфликтов, ролевой напряженности, личность старается защитить свое «Я» от стрессовых ситуаций. В этом ей помогают механизмы психологической защиты, позволяющие снизить уровень ролевого конфликта на бессознательном или подсознательном уровне личности.

Но не стоит забывать, что тем самым данные механизмы мешают осознанию мотивов, истинных потребностей, препятствуют адекватному восприятию, что в свою очередь снижает эффективность разрешения как личных, так и профессиональных трудностей сотрудника организации (Спивак, 2018).

Управление стрессами, снижение уровня ролевого конфликта и механизмов психологической защиты служат способом адаптации личности к возникшим стрессовым ситуациям. Знание и умение грамотно использовать способы по разрешению ролевого конфликта, позволяет снизить риск возникновения болезней, улучшает самочувствие, эффективность и качество жизнедеятельности.

Основываясь на исследованиях Ериной С.И., Кукушкиной А.А., Головачева А.А., Рубцовой О.В., в контексте нашего исследования данную

проблему наиболее эффективно решает такая форма практической психологической работы как психологический тренинг.

В данном контексте эту задачу наиболее эффективно решает такая форма практической психологической работы как психологический тренинг.

Таким инструментом воздействия, в рамках нашего исследования, может служить разработанная нами программа тренинга по разрешению ролевого конфликта в управленческих процессах организации.

Исследование проводилось на базе МБОУ средней общеобразовательной школы (далее СОШ) г. Твери. Выборка исследования представлена руководителями и сотрудниками МБОУ СОШ в количестве 56 человек.

Методы и материалы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: аналитический обзор научной литературы в рамках изучаемых феноменов; сбор эмпирических данных путем психодиагностического исследования и формирующего эксперимента; математико-статистические методы обработки данных (описательная статистика, критерий Колмогорова-Смирнова, критерий Шапиро-Уилка, критерий Уилкоксона, Т-критерий, корреляционный анализ); расчеты производились с помощью программы SPSSver. 23.

Программа тренинга разрабатывалась исходя из выделенных нами структурных компонентов ролевого конфликта, которые представлены в Таблице 2.

Таблица 2

Структурные компоненты ролевого конфликта

Структурный компонент	Параметры структурного компонента
Когнитивный компонент	Представления о своей социальной роли, предъявляемых требованиях к ней, ролевом конфликте; знание своих прав, обязанностях, нормах организации.
Эмоциональный компонент	Восприятие данной роли, отношение к ней, уровень вовлеченности в нее, отношение к возникшему ролевому конфликту.
Поведенческий компонент	Открытое, всеми наблюдаемое поведение исполнителя социальной роли, взаимодействие с другими сотрудниками организации и др.

В тренинговой работе мы использовали такие клиентские технологии (алгоритмы), как: мини-лекции о фундаментальных понятиях; разбор конфликтных ситуаций, для выработки самостоятельного решения, приобретения опыта; упражнения, направленные на выявление и снижение уровня ролевого конфликта; игры, с элементами психодрамы; авторские разработанные упражнения на выявление и снижение механизмов психологической защиты и др.

Так как наше исследование включало в себя формирующий эксперимент, необходимо было изначально произвести замеры «на входе» (перед тренинговым воздействием). В качестве психодиагностического инструментария нами использовались: методика «Шкала ролевого конфликта в деятельности руководителя С. И. Ериной»; опросник Плутчика-Келлермана-Конте «Индекс жизненного стиля»; методика «Шкала локуса ролевого конфликта П.П. Горностая».

Результаты исследования. Обработка данных психодиагностического исследования показала, что среди сотрудников образовательной сферы высокий уровень ролевого конфликта преобладает у 71% работников, средний выявлен у 26%, низкие значения имеют только 3% сотрудников организации. Наиболее распространенным типом ролевого конфликта является внутриличностный. Данный ролевой конфликт связан с ожиданиями, требованиями, обязанностями сотрудника на основании «сверху – снизу» (40% от общего числа сотрудников). На втором месте межролевой конфликт. Так как личность исполняет сразу несколько социальных ролей, могут возникать рассогласования в предъявляемых требованиях, ожиданиях к поведению работника из-за несовместимых или трудно совместимых ожиданиях.

Также сотрудники данной организации в основном имеют средний уровень механизмов психологической защиты (66%). Наиболее часто (23% от числа выборки) встречается такой механизм, как рационализация. Данные сотрудники часто игнорируют истинные причины своего поведения, а также поступки других людей, заменяя их псевдоразумными и псевдологическими. Это происходит из-за боязни потерять самоуважение, либо стремятся защитить себя от негативного воздействия ситуации. По 17% занимают такие виды механизмов, как отрицание и замещение. По определенным причинам личность старается не признавать, игнорировать болезненную информацию, чтобы снизить тревогу. При замещении скрытые, подавленные чувства к истинным объектам активно выражаются на более доступные объекты (например, недовольство к начальству выражается гневом на вещь, ниже стоящего сотрудника, семью).

Наибольшее количество сотрудников (54%) имеют промежуточный тип локуса ролевого конфликта. Данный тип характеризуется стратегиями поведения из экстернального и интернального типа локуса ролевого конфликта. Это означает, что поведение сотрудника зависит от конкретной ситуации. В одном случае они могут ориентироваться на свои внутренние предпочтения, интересы, ценности, а в другом – строить свое поведение с учетом потребностей окружения, иногда в ущерб своим.

Обсуждение результатов. Результаты диагностики показали, что ролевые конфликты – это распространенное явление. В связи с этим для сотрудников была создана и апробирована программа тренинга по разрешению ролевых конфликтов.

После проведения тренинга были проведены повторные замеры, в ходе которых были обнаружены значимые и достоверные различия в контрольной и экспериментальной группах (2 тренинговые группы), что говорит об эффективности, разработанной нами программы тренинга по разрешению ролевых конфликтов и проведенного тренингового мероприятия. На рис. 1 представлены сравнительные результаты показателей уровня ролевого конфликта в экспериментальной группе до и после проведенного тренинга.



Рис. 1. Показатели уровня ролевого конфликта в экспериментальной группе до и после проведения тренинга

Комплексное развитие всех трех структурных компонента ролевого конфликта позволило в достаточной степени снизить показатели уровня данного конфликта, а также снизить воздействие механизмов защиты. В экспериментальной группе были установлены значимые изменения (снижение) в уровне ролевого конфликта и механизмов психологической защиты.

На основании полученных результатов нами были разработаны рекомендации для руководителей и сотрудников организации, ориентированные на разрешение ролевых конфликтов, снижение уровня психологической защиты, в профилактике и решении подобных ситуаций.

Вывод. Интенсивное переживание ролевой напряженности и ролевого конфликта пагубно влияет на организацию в целом и личность в частности. Конфликты и стресс снижают продуктивность деятельности, приводят к появлению психоэмоциональных расстройств, неврозизации, личностной дезадаптации, психосоматических заболеваний и снижению иммунитета. Именно поэтому необходимо уделять особое внимание работе по разрешению ролевого конфликта, ролевой напряженности и не допускать разрушительного воздействия психологического стресса.

Список литературы

1. Березовская Р.А. Профессиональное благополучие: проблемы перспективы психологических исследований. Текст: электронный // Психологические исследования. 2016. Т.45, № 9. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 07.11.2019).
2. Гришина Н.В. Психология конфликта. 3-е изд. СПб.: Питер, 2018. 576 с.
3. Ерина С.И. Ролевой конфликт и его диагностика в деятельности руководителя. Ярославль, 2000. 107 с.
4. Ермолаева Е.П. Психологические индикаторы и регуляторы профессионального здоровья общества // Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы российского общества. М.: Институт психологии РАН, 2014. С. 154-170.
5. Кожевникова О.А. Профессиональный стресс: причины возникновения, возможности профилактики и коррекции // Мир науки, культуры, образования. 2009. № 7. С. 273-277.
6. Никифоров Г.С. Психология здоровья : учебное пособие. СПб.: Речь, 2006. 607 с.
7. Никифоров Г.С., Шингаев С.М. Психология профессионального здоровья как актуальное научное направление // Психологический журнал. 2015. Т. 36, № 2. С. 44-54.
8. Спивак В.А. Организационное поведение: учебное пособие для академического бакалавриата. М. : Издательство Юрайт, 2018. 207 с.
9. Шаров Ф.Л., Сперанский В.И. Общая конфликтология. М.: Дашков и К, 2018. 240 с.
10. Шувалов А.В. Психологическое здоровье человека // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология. 2009. № 4. С. 87-101.
11. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2012. 256 с.
12. French R.P., Caplan R.D., Harrison R. van. The mechanisms of job stress and strain. New York : Wiley, 1982. –160 p.
13. Mahadevan N., Gregg A.P. Where I am and where I want to be: Perceptions of and aspirations for status and inclusion differentially predict psychological health // Personality and Individual Differences. 2019. Vol. 139. P. 170-174.

УДК 159.96

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ И СОВ ЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В СИСТЕМЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Д.И. Ефимова

Московский городской педагогический университет, г. Самара, Россия

Аннотация. В статье рассмотрена система саморегуляции больных невротическими расстройствами. Новизна данного исследования заключается в том, что функционирование элементов саморегуляторной системы в структуре неврозов рассмотрено на основе положений тео-

рии функциональных систем П.К. Анохина. Выявлено рассогласование элементов системы саморегуляции, вследствие которого, защитные механизмы и совладающее поведение приобретают специфические особенности в проявлении. Целью работы было исследовать особенности защитных механизмов и совладающего поведения больных невротическими расстройствами. В результате проведения эмпирического исследования были выявлены особенности применения невротиками защитных механизмов и совладающего поведения. Полученные данные показали, что в качестве основных инструментов саморегуляции больные с невротическими расстройствами используют бегство, оценивание, замещение и регрессию.

Ключевые слова: невротические расстройства, защитные механизмы, совладающее поведение, система саморегуляции, копинг-стратегии.

Актуальность. Невротические расстройства – большая разнородная группа функциональных (обратимых) психогенных нервно-психических расстройств, проявляющихся в форме специфических клинических феноменов и характеризующихся отсутствием качественных изменений психической деятельности, эгодистоническим характером психопатологических проявлений, а также сохранением больным критического отношения к своему состоянию.

В настоящее время исследователями отмечается значительный рост числа невротических расстройств, что обусловлено целым рядом причин, характеризующих жизнь современного человека (Колчин, 2017).

Клиническая симптоматика невротических расстройств разнообразна, при этом в основном наблюдаются: собственно невротические симптомы (тревога, астения, фобии, обсессии), а также нарушение настроения, временное снижение умственной и физической работоспособности, ограниченное поведение и соматовегетативные нарушения.

Факторами развития невротических реакций могут быть острые психологические травмы (проявляющиеся в форме потери близкого, внезапного изменения условий жизни) или хронические (в виде длительного напряжения, например, на работе, или же затянувшейся конфликтной ситуации в семье) (Колотильщикова, 2014).

При этом следует отметить, что психологические травмы примерно одного порядка могут переноситься разными людьми с разной степенью тяжести. Это означает, что процесс развития невротического расстройства обусловлен индивидуальными психологическими особенностями индивида, его конституционально-типологическими и организмическими особенностями (такими как характер, наследственность, общий уровень здоровья, особенности детского воспитания), а также особенностями применения защитных механизмов и совладающего поведения, то есть возможностями системы саморегуляции.

Система саморегуляции, как функциональная система, включает в качестве важнейшей основы афферентный синтез, в процессе которого принимается решение о возможном действии с учетом ожидаемого будущего результата. Принятие и выполнение решения связаны с деятельностью акцептора результата действия, который благодаря механизмам памяти и обратной афферентации прогнозирует ситуацию («опережающее отражение»), контролируя и исправляя поведение (Сафонова, Морозова, 2010).

Сильные отрицательные эмоции, возникающие при психотравмирующих ситуациях (которые в свою очередь являются триггером невротических расстройств), толкают к экстремально быстрому поиску путей удовлетворения потребности, что приводит к нарушению афферентного синтеза, рассогласованию деятельности акцептора результата действия, изменениям механизмов памяти и обратной афферентации в системе саморегуляции больных невротическими расстройствами.

В условиях расхождения прогноза (рассогласования акцептора результатов действия с обратной афферентацией) и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обида, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, невротики не могут использовать потенциальные возможности системы саморегуляции и её элементов: защитных механизмов и совладающего поведения (Менделевич, Соловьёва, 2016).

Постановка проблемы. В соответствии с данными В.Д. Менделевича и других авторов эффективность психотерапии невротических расстройств зависит от коррекции нарушений в системе саморегуляции и функционирования всех её элементов (Менделевич, 2018).

Исходя из этого, научная проблема данного исследования связана с противоречием между потребностью общества в обеспечении психологического здоровья личности и отсутствием однозначных теоретико-методологических и экспериментальных данных об элементах системы саморегуляции больных невротическими расстройствами: совладающем поведении и психологических защитах.

Цель настоящего исследования: выявить особенности защитных механизмов и совладающего поведения больных невротическими расстройствами.

Методы и материалы. Исследование проведено на базе ООО «Клиника заболеваний позвоночника» (Россия, г. Самара).

Выборка составила 30 человек. В экспериментальную группу вошли больные с диагнозом «невротическое расстройство», контрольная группа состояла из психически здоровых индивидов (подтверждается отсутствием характерного диагноза). Все испытуемые заняты какой-либо профессиональной деятельностью, средний возраст участников исследования – 35 лет (минимальный возраст – 25, максимальный – 45 лет).

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы:

Изучение механизмов психологической защиты «Я» проводилось с помощью Тест-опросника Р. Плутчика, Х. Келлермана и Х. Р. Конте «Индекс жизненного стиля» («Life Style Index»).

Для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях использовалась методика «Стратегии совладающего поведения» (ССП):

Для оценки различных аспектов индивидуальной саморегуляции использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения — ССП-98» В.И. Моросановой.

Результаты исследования. В результате проведенного психодиагностического исследования по методике Р. Плутчика, Х. Келлермана и Х.Р. Конте «Индекс жизненного стиля» были получены следующие результаты: наиболее ярко выраженными в экспериментальной группе являются механизмы замещения и регрессии, что в целом согласуется с общими представлениями о природе и особенностях невротического функционирования личности. Защитный механизм замещения выражен у 61,5% испытуемых в экспериментальной группе, в то время как в контрольной значении его выраженности составило лишь 34,9%. Механизм отрицания в обеих группах выражен примерно одинаково: 30,3% в экспериментальной и 38,4% в контрольной группе.

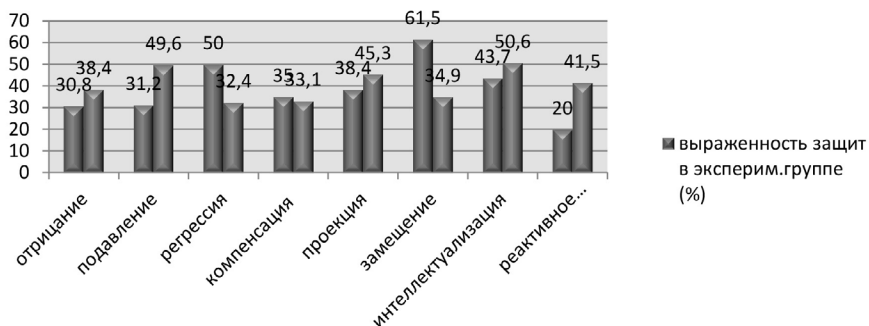


Рис. 1. Выраженность механизмов психологической защиты в экспериментальной и контрольной группах (%)

В результате проведенного психодиагностического исследования по методике психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях (Л.И. Вассерман и др.) в обеих группах были получены следующие результаты: наиболее выраженными стратегиями совладающего поведения в экспериментальной группе являются бегство (60,8 баллов) и поиск социальной поддержки (58,7 баллов). При этом наименее выраженной в экспериментальной группе оказалась стратегия дистанцирования. Эти данные показывают, что испытуемые с невротическими расстройствами в сложных жизненных ситуациях оказываются наиболее

склонными к уходу от решения проблемы тем или иным способом, а лишь потом к поиску поддержки в своем социальном окружении. Можно также отметить, что данные процессы протекают у них на фоне низкой способности к дистанцированию и проведению четких психологических границ, приводящей, как правило, к преувеличению значимости складывающейся ситуации и субъективному восприятию ее «проблемности».

Интересно отметить, что в контрольной группе наиболее высокое значение выявлено по показателю стратегии бегства (54,3 балла), однако на втором месте находится стратегия конфронтации (52 балла). Это может быть свидетельством того, что испытуемые в контрольной группе обладают большими ресурсами мобилизации в стрессовых ситуациях и оказываются часто склонными вступать в прямой контакт со стрессором.

Важно отметить, что среднее значение показателя стратегии принятия ответственности в экспериментальной (52 балла) группе выражено более ярко, чем в контрольной (46,2 балла), что может указывать на наличие склонности испытуемых с невротическими расстройствами к гиперответственности в стрессовых ситуациях, на что могут указывать и данные по показателю самоконтроля (49 баллов в экспериментальной группе, 42,3 в контрольной).

При этом интересным также является и тот факт, что данные, полученные по показателю позитивной переоценки, в обеих группах оказались одинаковыми и составили 50,7 баллов. Однако, данные по показателю планирования решения, в экспериментальной группе (45,9 баллов) оказались менее выраженными, чем в контрольной (48,8 баллов).

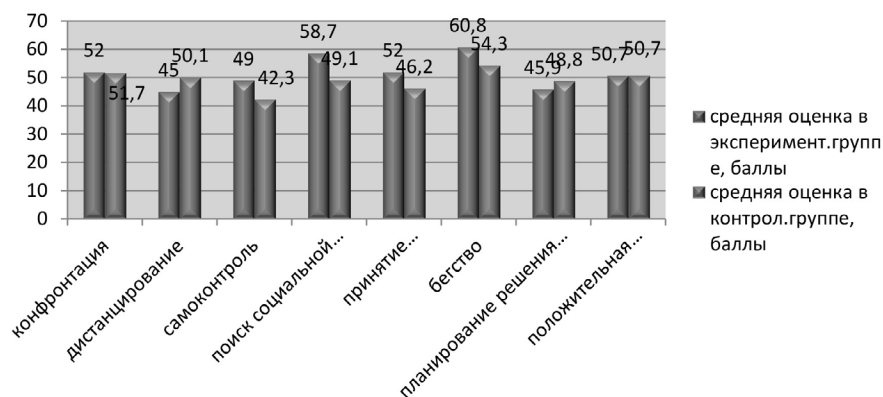


Рис. 2. Выраженность показателей совладающего поведения (по методике Л.И. Вассермана и др.) в обеих группах (средние значения в баллах)

В результате проведенного психодиагностического исследования по методике «Стиль саморегуляции поведения — ССП-98» В.И. Моросановой

в обеих группах были получены следующие результаты: Наиболее выраженным в контрольной группе оказался стиль планирования (6,4 балла), в то время как в экспериментальной – оценивания (6,1 балла). То есть, испытуемые контрольной группы в трудных ситуациях в качестве основного инструмента саморегуляции оказываются склонными к планированию ситуации и собственных действий, в то время как испытуемые экспериментальной группы наибольшее внимание уделяют вопросам моральной и нравственной оценки сложившейся ситуации и собственного участия в ней. По всей видимости, выраженность данного стиля саморегуляции и является отражением часто встречающихся в случаях невротических расстройств неуверенности индивида в собственных силах и страха внешней оценки.

Наименее выраженным стилем саморегуляции в контрольной группе оказалось моделирование (5,1 балла), а в экспериментальной – самостоятельность (4,3 балла). Такие данные подтверждают и выводы, сделанные в результате психологической диагностики совладающего поведения, и указывающие на то, что испытуемым с невротическими расстройствами требуется гораздо больше внешней поддержки, чтобы приступить к тем или иным конкретным действиям, направленным на решение возникших трудностей.

Важно также отметить, что среднее значение показателя гибкости стиля саморегуляции в группе испытуемых с невротическими расстройствами значительно ниже (5,1 балл), чем в контрольной (5,9 балла). Это может быть свидетельством того, что испытуемым с невротическими расстройствами оказывается намного труднее перестраиваться, адаптироваться к изменениям, возникающим в той или иной ситуации.

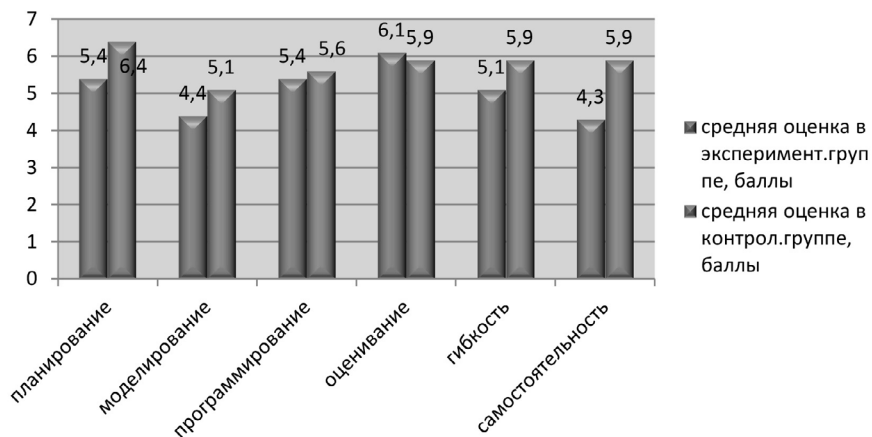


Рис. 3. Профиль саморегуляции (по методике «Стиль саморегуляции поведения») в экспериментальной и контрольной группах (средние значения в баллах)

Обсуждение результатов. Тем самым, анализируя общий профиль стратегий совладающего поведения и защитных механизмов в обеих группах, можно сделать вывод о том, что испытуемые в контрольной группе в целом оказываются более склонными к мобилизации собственных ресурсов и вступлению в прямой контакт со стрессором. В то время как, испытуемые с невротическими расстройствами, по всей видимости, нуждаются в гораздо большей внешней поддержке, чтобы приступить к действиям.

Вывод. Обобщая данные исследования можно констатировать, что люди с невротическими расстройствами имеют ряд особенностей в применении стратегий совладающего поведения и механизмов психологической защиты.

Список литературы

1. Колотильщикова Е.А. Психологические основы неврозогенеза: основные концепции и модели // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 1. С. 45-49.
2. Колотильщикова Е.А. Психологические механизмы невротических расстройств: дис... д-р психол. наук. СПб., 2011. 244 с.
3. Колчин А.И. Клинико-динамические и нейрофизиологические особенности невротических тревожно-депрессивных в условиях трансперсональной психотерапии дис... д-ра психол. наук. Томск, 2017. 154 с.
4. Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: Городец, 2016. 144 с.
5. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза. М.: Городец, 2018. 54 с.
6. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. Мытищи : Талант, 1990. 144 с.
7. Сафонова Т.О., Морозова И.С. Уровневые характеристики саморегуляции личности // Вестник Кемеровского государственного университета. 2010. № 3. С. 100-106.

УДК 159.913:331.104.22

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ СПО (НА ПРИМЕРЕ ТЕХНИЧЕСКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ)

Ю.В. Живаева, Е.И. Стоянова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье представлены результаты исследования формирования профессиональной идентичности обучающихся среднего профессионального образования. Эффективность тренинговой работы определена изменениями по показателям «Значимость профессии в обществе», «Работа с людьми», «Возможность творчества на работе». Резуль-

таты исследования показывают, что возможность формирования профессиональной идентичности необходимо осуществлять в период получения среднего профессионального образования.

Ключевые слова: профессиональная идентичность, среднее профессиональное образование, обучающиеся.

Актуальность. Одной из сфер жизни, практически любого человека, является профессиональная самореализация. Она напрямую влияет на психологическое благополучие личности и качество жизни. Профессиональная самореализация личности начинается с профессионального самоопределения, другими словами с выбора профессии. Обычно, на выбор профессии влияют следующие факторы: мнение родителей и родственников, мнение учителей, личные профессиональные и жизненные планы, способности оптанта и их проявления, информированность о различных профессиях, а так же интересы и склонности. Так же, как правило, при выборе профессии обращают внимание на социально-экономический спрос на ту или иную специальность, реальную возможность обучения и дальнейшего трудоустройства учитывая региональные особенности, ее материальную и социальную значимость.

Согласно теории российского психолога Е. Л. Климова, профессиональный выбор можно считать удачным, если индивидуальные особенности оптанта соответствуют одному из пяти типов профессий: человек — человек, человек — природа, человек — техника, человек — знаковая система, человек — художественный образ. Техническая специальность, например, по данной классификации относятся к типу «человек — техника / человек — природа». «Человек — техника» это профессии, которые ориентированы на создание, использование и обслуживание различных технических устройств. Техника — это все разнообразие машин и механизмов, которые человек применяет для облегчения и ускорения своей деятельности.

Среди важных моментов можно выделить также особенности склада характера человека, работающего и интересующегося техникой, такие как развитое пространственное мышление и конкретное мышление, способность к абстрагированию, точность и аккуратность, хорошее зрение и мелкая моторика (Поваренков, 2016).

Люди, которые занимаются профессиями типа «человек-природа», должны обладать хорошей наблюдательностью, выносливостью, быть терпеливыми; многие профессии предполагают работу в неблагоприятных, а также в меняющихся условиях.

Зачастую, обучающиеся в колледжах либо училищах (учащиеся СПО), не заинтересованные в выбранной специальности, учатся хуже своих одноклассников успешно интегрированных в профессию. А получив образование либо трудоустраиваются не по специальности, либо не получают

удовлетворения от выполняемых ими обязанностей. Причинами неадекватного выбора профессии могут быть:

1. Как внешние (социальные) факторы, связанные с невозможностью осуществить профессиональный выбор по интересам,

2. Как и внутренние (психологические) факторы, связанные с недостаточным осознанием своих профессиональных склонностей с неадекватным представлением о содержании будущей профессиональной деятельности. Самый простой анализ профессиональных интересов, проведенный своевременно, может повлиять на удовлетворённость профессией и её адекватный выбор. Если профессиональные интересы лежат вне сферы избранной и осваиваемой обучающимися специальности, то это скажется не только на уровне профессионального обучения, но и в последствии, на эффективности профессиональной деятельности.

Постановка проблемы. Известно, что между профессиональными интересами и характерологическими особенностями личности существует определённая связь. Здесь имеют значение не только осознаваемые профессиональные интересы, но и другие личностные образования: склонности, способности, соответствие особенностей характера личности требованиям профессии. Профессиональные интересы определяются частично по механизмам позитивного подкрепления. Успешные начинания личности в тех или иных видах деятельности способствуют развитию и закреплению интереса к этим видам профессиональной деятельности. Проблема соотношения характерологических особенностей и профессиональных интересов (что больше) не решена. Характерологические особенности в целом более ригидны, чем интересы. Ярко выраженные профессиональные интересы (элементы в общей структуре мотивации личности) часто оказываются чрезвычайно устойчивыми и всегда существенным образом влияют на удовлетворённость профессией в процессе обучения и на успешность дальнейшей деятельности. Отношение к профессии, мотивы её выбора (потребности, интересы, убеждения, идеалы) – важные и определяющие факторы. От них зависит успешность профессионального обучения.

В процесс принятия профессии включаются как анализ мотивов, так и анализ собственных способностей. Профессиональные интересы и характерологические особенности личности тесно связаны друг с другом.

Следовательно, формирование устойчивого положительного отношения к профессии – одна из актуальных проблем педагогики и психологии, особенно в условиях динамичного развития профессиональных знаний, непрерывного образования и совершенствования. На основании вышеизложенного нами была сформулирована тема исследования: «Возможности тренинга формирования профессиональной идентичности обучающихся СПО (на примере технической специальности)».

Методы и материалы. Целью исследования изучение профессиональной идентичности обучающихся на момент начала исследования и возможности ее формирования. Гипотеза исследования определяется возможностью формирования профессиональной идентичности студентов среднего профессионального образования.

Исследование проводилось в Красноярском Монтажном Колледже, отделение сварочно-монтажное, специальность «Разработка и эксплуатация нефтяных и газовых месторождений». Количество исследуемых 36 человек, средний возраст на начало исследования 17 – 19 лет.

С целью изучения профессиональной идентичности обучающихся на момент начала исследования и возможности ее формирования в дальнейшем были применены следующие методики:

1. «Методика изучения факторов привлекательности» автор В. Ядов;
2. «Методика исследования профессиональной идентичности» (МИПИ) (Л. Б. Шнейдер).

Удовлетворённость профессией - это интегративный показатель, который отражает отношение субъекта к избранной профессии. Низкая удовлетворённость профессией – причина текучести кадров, отрицательных экономических последствий. Высокая удовлетворённость обуславливает и психическое здоровье и высокий уровень профессионализма (фактор преодоления психологического стресса). Полученный индекс удовлетворённости профессией может меняться в пределах от – 1,0 до + 1,0. Значения близкие к – 1,0 свидетельствуют о явной неудовлетворённости, а значения близкие к +1,0 – о полной удовлетворённости. Однако при этом не вскрываются причины удовлетворённости и неудовлетворённости. Для этого применяют методику изучения факторов привлекательности, впервые предложенную В.А. Ядовым в модификации Н.В. Кузьминой и А.А. Реан. Установлено, что фактор зарплаты входит в число важнейших. Устойчиво высокое значение имеет фактор общественной важности профессии. Таким образом, удовлетворённость выбранной профессией зависит от её объективного признания и от субъективного понимания обучающимися общественной важности профессии.

Другой важный фактор связан с мотивом творчества в будущей профессиональной деятельности, тягой к творчеству и теми возможностями, которые представляет для этого работа по специальности. Данный фактор более значим для успевающих, чем для неуспевающих. Это указывает на чётко выраженную ориентацию обучающихся на творческий подход к будущей профессиональной деятельности, независимо от её специфики и содержания. Ожидание и поиск творческих элементов в будущей профессии порождают особое отношение к ней, существенно влияют на её выбор. Формирование творческого отношения к различным видам профессиональной деятельности, стимулирование потребности в творчестве

и развитии способностей к профессиональному творчеству – необходимые звенья системы профессионального обучения и профессионального воспитания личности.

Результаты исследования. Значимыми в опросе для исследуемых нами респондентов оказались такие факторы как: переутомление на рабочем месте (100%), уровень заработной платы (100%), работа по способностям (100%), количество рабочих часов в сутки (100%). Такой фактор как возможность самосовершенствования для 69% респондентов оказался не значимым.

Фактор значимости профессии для общества оказался важным для 63% респондентов. Работа с людьми важна для 88% респондентов, наличие возможности для творческого подхода важно для 81% респондентов. Соответствие работы характеру отметили важным 69% респондентов. Контакт с людьми оказался важным для 75% исследуемых. Значимым социальное признание профессии отметили 63% проходивших опрос.

«Методика исследования профессиональной идентичности» (МИПИ) разработана Л. Б. Шнейдер, предназначена для изучения профессиональной идентичности. Автор дает определение идентичности, – результат активного рефлексивного процесса, а отражающий подлинные представления субъекта о себе, собственном, а не навязанном пути развития и сопровождающийся ощущением личностной определенности, тождественности и целостности, дающей возможность субъекту воспринимать свою жизнь как опыт продолжительности и непрерывности сознания, единства жизненных целей и повседневных поступков, действий и их значений, которые позволяют действовать последовательно. Самоидентичность можно определить как способность к самостоятельному выявлению соответствия личности ее объективной принадлежности к той или иной системе объектов при сохранении представлений о целостности и уникальности собственного «Я».

Профессиональная идентичность – это объективное и субъективное единство с профессиональной группой, делом, которое обуславливает преэминентность профессиональных характеристик (норм, ролей и статусов).

Идентичность рассматривается Л. Б. Шнейдером как самореферентность (лат. *referre* – сообщать), сообщение – на основе переживания уникальности своего бытия и неповторимости личностных свойств – самому себе о том, кто «Я» есть, и что является «Моим», при наличии своей принадлежности социальной реальности в форме конкретных жизненных ситуаций и отношений.

Тогда профессиональная идентичность – это результат процессов профессионального самоопределения, персонализации и самоорганизации, проявляющийся в осознании себя представителем определенной профессии и профессионального сообщества, определенная степень отождест-

вления-дифференциации себя с «Делом» и «Другими», проявляющаяся в когнитивно-эмоционально-поведенческих самоописаниях «Я».

Профессиональная идентичность – психологическая категория, которая относится к осознанию своей принадлежности к определенной профессии и определенному профессиональному сообществу. Профидентичность детерминирована профессиональным общением и профессиональным опытом, репрезентируется посредством речевых средств через образ «Я».

В психологическом смысле, по Э. Эриксону, при становлении профессиональной идентичности человек проходит те же этапы, что и при социализации, доверие, автономию, инициативность, достижение, идентичность, интимность, творчество, интеграцию. В устойчивом окончательном варианте профессиональная идентичность складывается только на достаточно высоких уровнях овладения профессией (примерно только к 30 – 35 годам) и выступает как устойчивое согласование основных элементов профессионального процесса.

Анализируя результаты опроса по «Методике исследования профессиональной идентичности» выявлена принадлежность испытуемых к трем статусам идентичности.

30% испытуемых имеют статус идентичности – мораторий. Согласно Шнейдер Л.Б. эти испытуемые находятся в состоянии кризиса идентичности и активно пытаются его разрешить, пробуя различные варианты. «Мораторий» обычно предполагает высокий уровень тревожности, повышенную познавательную активность, но, при этом, ни обладают заниженной оценкой собственных возможностей для достижения собственных целей.

40% испытуемых имеют диффузный статус идентичности. Согласно которому, у этих обучающихся, не имеется прочных целей, ценностей и убеждений и попыток их активно сформировать. Человек с «диффузной идентичностью» может вступить в стадию «моратория» и затем перейти к «зрелой идентичности». Но он может, также, навсегда остаться на уровне «преждевременной идентичности», отказавшись от активного выбора и самоопределения, или пойти по пути диффузии.

Программа тренинга состоит из 14 занятий, продолжительностью 2 часа каждый, один раз в неделю. Цель разработанной программы: развитие профессиональной идентичности с помощью активизации профессиональных потребностей и коррекции отношения к профессиональным убеждениям и самой профессии в целом. По окончании тренинга, проводим повторный опрос группы для выявления наличия результатов занятий.

Анализируя результаты проведенного опроса по «Методика изучения привлекательности» (В. Ядова) мы можем сделать следующие выводы. Полученные данные показали достаточно высокий уровень удовлетворенности профессией ($KZ = + 4,19$) при повторной диагностике в конце

исследования и различную значимость факторов привлекательности профессии.

Наибольшее позитивное значение имели такие факторы как значимость профессии в обществе ($K3 = +1$), высокая заработная плата ($K3 = +1$), возможность самосовершенствования ($K3 = +1$), возможность достижения социального признания и уважения ($K3 = +0,94$), работа с людьми ($K3 = +0,75$).

Негативными значениями для респондентов оказались следующие факторы: длительность рабочего дня ($K3 = - 0,88$), частый контакт с людьми ($K3 = - 0,63$). Достаточно низкие, (хоть и выше первичных показателей) показатели по-прежнему в вопросе отсутствия условий для творчества ($K3 = - 0,5$), что в принципе характерно для специальности технического уклона. Повысился коэффициент значимости и по вопросу переутомления на работе ($K3 = +0,25$), работа соответствует моим способностям ($K3 = +0,63$) и работа соответствует моему характеру ($K3 = +0,63$).

Для определения эффективности проведения тренинга, мы использовали t-критерий Стьюдента (для связанных выборок). Анализ результатов статистической обработки данных по методике «Методика изучения привлекательности» (В. Ядова). Полученное значение $t_{\text{эмп.}}=2,2$ по шкале «Значимость профессии в обществе» находится в зоне значимости ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; по шкале «Работа с людьми» значение так же находится в зоне значимости $t_{\text{эмп.}}=2,4$ ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что так же свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; полученное значение $t_{\text{эмп.}}=2,2$ по шкале «Возможность творчества на работе» находится в зоне значимости ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; по шкале «Переутомление на рабочем месте» значение так же находится в зоне значимости $t_{\text{эмп.}}=2,4$ ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что так же свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; по шкале «Уровень заработной платы» значение так же находится в зоне значимости $t_{\text{эмп.}}=2,4$ ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что так же свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; по шкале «Возможность самосовершенствования» значение так же находится в зоне значимости $t_{\text{эмп.}}=2,2$ ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что так же свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; по шкале «Соответствие работы способностям» значение так же находится в зоне значимости $t_{\text{эмп.}}=2,2$ ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что так же свидетельствует о статистической существенности

различий между показателями первичной и повторной диагностик; по шкале «Соответствие работы характеру» значение так же находится в зоне значимости $t_{\text{мп.}}=2,3$ ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что так же свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; по шкале «Длительность рабочего дня» значение так же находится в зоне значимости $t_{\text{мп.}}=2,4$ ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что так же свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; по шкале «Частота контакта с людьми» значение так же находится в зоне значимости $t_{\text{мп.}}=2,3$ ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что так же свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; по шкале «Социальное признание, уважение» значение так же находится в зоне значимости $t_{\text{мп.}}=2,3$ ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что так же свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик. Таким образом, данные статистической обработки свидетельствуют о значимой разнице результатов повторной диагностики, что является свидетельством эффективности организованных занятий тренинга.

Обсуждение результатов. Анализ результатов статистической обработки данных по «Методика исследования профессиональной идентичности» (МИПИ) (Л. Б. Шнейдер). Полученное значение $t_{\text{мп.}}=2,3$ по шкале «Преждевременная идентичность» находится в зоне значимости ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; по шкале «Диффузная идентичность» значение так же находится в зоне значимости $t_{\text{мп.}}=2,5$ ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что так же свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; полученное значение $t_{\text{мп.}}=2,5$ по шкале «Мораторий идентичности» находится в зоне значимости ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик, по шкале «Достигнутая позитивная идентичность» значение так же находится в зоне значимости $t_{\text{мп.}}=2,3$ ($t_{\text{кр.}}=1,98$; $p < 0,05$), что так же свидетельствует о статистической существенности различий между показателями первичной и повторной диагностик; Таким образом, данные статистической обработки свидетельствуют о значимой разнице результатов повторной диагностики, что является свидетельством эффективности организованных занятий тренинга.

Вывод. Профессиональная идентичность с одной стороны формируется в процессе профессионального развития, а с другой, выступает одним из важных показателей становления личности профессионала. В практическом плане это означает, что, для того чтобы «выжить» в новых

динамичных социально-экономических условиях, выдержать конкуренцию, обеспечить благополучие своих близких и собственную стабильность в будущем, современный профессионал должен быть способен к постоянному развитию и анализу своего места в социальной и профессиональной среде.

Общество быстро развивается, и если раньше образование являло собой своеобразный тандем «учитель-ученик», то сейчас все больше формируется запрос на самообразование и саморазвитие личности. Процесс познания объективизированного опыта осуществляется неотделимо от личности обучающегося. Поэтому встает важный вопрос о переводе обучающихся из объекта обучения в субъект творческого самообучения, что возможно при достижении определенного уровня профессиональной идентичности.

Основная масса обучающихся колледжа к концу обучения завершает формирование основных биологических и личностных свойств и качеств. Именно на период обучения в колледже выпадает интенсивное достижение человеком своей идентичности, своего образа «Я».

Список литературы

1. Антонова Н.В. Идентичность педагога и особенность его общения : дис. ... канд. психол. наук. М., 1996. 146 с.
2. Антонова Н.В. Проблемы личной идентичности в интерпретации психоанализа, интеракционизма и когнитивной психологии // Вопросы психологии. 1996. № 1. С. 131–143.
3. Заковоротня М.В. Проблема идентичности в современной социальной философии // Кризис идентичности и проблемы становления гражданского общества : сборник научных трудов / под ред. С.М. Кашапова, Ю.П. Поваренкова. Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2003. С. 7-14.
4. Патырбаева К.В. Идентичность: социально-психологические и социально-философские аспекты: монография / науч. ред. К. В. Патырбаева; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. Пермь, 2014. 250 с.
5. Поварёнков Ю.П. Психологическая характеристика профессиональной идентичности // Кризис идентичности и проблемы становления гражданского общества: сборник научных трудов. Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2016. С. 154-163.
6. Сосновская А.М. Журналист: личность и профессионал (психология идентичности). СПб. : Роза мира, 2015. 228 с.
7. Фархитдинова О.М. Философские основания исследования идентичности // Кризис идентичности и проблемы становления гражданского общества: сборник научных трудов / под ред. С.М. Кашапова, Ю.П. Поваренкова. Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2014. С. 107-112.
8. Чупина В.Б., Живаева Ю.В., Стоянова Е.И. Социокультурная идентичность обучающихся, проживающих в различных социокультурных средах // Комплексные исследования человека. Психология: материалы VII Сиб. психол. форума. Ч. 2. Здоровье человека на пути к постинформационному обществу / под ред. О.М. Красноярцевой. Томск : Томский государственный университет, 2017. С. 163-166.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОСРЕДСТВОМ ИНТЕРНЕТ – ТЕХНОЛОГИЙ

В.Г. Иванов, Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
г. Чебоксары, Россия*

Аннотация. В статье представлен обзор литературы по проблеме клинико-психологического сопровождения лиц с психическими расстройствами посредством использования интернет-технологий. Показано, что наиболее часто интернет-технологии применяются в психологическом сопровождении лиц с депрессивными, тревожными, фобическими, аффективными расстройствами, нарушением пищевого поведения и посттравматическим стрессовым расстройством. Применение интернет-технологий возможно для повышения приверженности лечению и компенсации социальных и когнитивных дисфункций у пациентов с шизофренией. Проведенный анализ литературы позволил сделать выводы о том, что использование интернет-технологий позволяет оказывать информационное и психологическое сопровождение пациентов с различными психическими расстройствами вне лечебного учреждения, что помогает оптимизировать психокоррекционную и психотерапевтическую работу с данными пациентами и экономить материальные затраты. Так как большинство имеющихся на сегодняшний день исследований эффективности применения интернет-технологий в психиатрической практике были проведены на небольших выборках и содержат методологические недостатки, то необходимы дополнительные исследования эффективности онлайн-работы с такими пациентами для дальнейшего их внедрения в лечебный процесс.

Ключевые слова: клинико-психологическое сопровождение, психические расстройства, интернет-технологии.

Актуальность. Внедрение новых информационных технологий в традиционные способы психологического консультирования и психотерапии способствуют совершенствованию и расширению возможностей оказания психологической помощи лицам с психическими расстройствами. Опубликованные научные анализы литературы, содержащие научные знания относительно результативности вмешательств телемедицины в лечении психических расстройств, приводят множество доказательств ее хорошего принятия пользователями, однородности показателей относительно уменьшения проявления симптомов болезни и качества жизни,

имеющих широкий диапазон демографических и диагностических показателей. Выявлены положительные тенденции, свидетельствующие о сокращении затрат на оказание психиатрической помощи (Bashshur, 2016).

Постановка проблемы. Удаленная терапия дает определенные преимущества с точки зрения широкой распространенности, доступности и простоты использования. Однако большинство имеющихся на сегодняшний день исследований эффективности применения информационных технологий в психиатрической практике были проведены на небольших выборках и содержат методологические недостатки. В связи с чем, требуются более строгие исследования для подтверждения полученных предварительных оценок эффективности.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время во всем мире компьютерные и интернет-технологии применяются в психологическом сопровождении лиц с депрессивными, тревожными, фобическими, аффективными расстройствами, нарушении пищевого поведения и постравматического стрессового расстройства (Reñate, 2016). Посредством сети Интернет может осуществляться как информационная поддержка данных пациентов, оценка симптомов психических расстройств, терапевтический диалог, так и использоваться интернет-программы, включающие различные модули психотерапии, которые в большинстве случаев являются эффективным вариантом лечения пациентов с психическими расстройствами (Wangelin, 2016). Виртуальная реальность также может быть использована для многомодальной оценки познавательных способностей у пациентов с шизофренией (Ku, 2003).

Психотерапия при психических расстройствах как правило нацелена на коррекцию дисфункциональных отношений, нарушений межличностного взаимодействия, развитие коммуникативных и социальных навыков, десенсибилизацию травматического опыта, что способствует снижению риска обострения заболевания и повышения способностей пациента к соладанию со стрессовыми ситуациями (Холмогорова, 2001).

Неприверженность лечению является широко распространенной проблемой при шизофрении и связана с наихудшим исходом болезни и несоответствующим управлением и использованием ресурсов. Оценка влияния телеконтроля приверженности лечению на симптоматику и сервисном использовании у больных с шизофренией показала общее клиническое улучшение и значительное сокращение экстренных посещений и медицинских назначений у группы пациентов использующих телеконтроль (Frangou, 2005).

Средства когнитивной психотерапии, использующиеся для повышения приверженности к лечению пациентов с психическими расстройствами, заключаются в информировании пациента о его заболевании, проработке автоматических мыслей и убеждений, искаженных представлений и формирования адекватных ожиданий от медикаментозного лечения (Холмогорова, 2001).

Для компенсации социальных и когнитивных дисфункций пациентов с шизофренией используются программы, основанные на самоуказаниях и самоинструкциях, которые применяются пациентами для фокусировки внимания и положительного отношения к себе в трудных ситуациях. Также наиболее эффективным является тренинг социальных навыков и тренинг когнитивных функций и социальных навыков. Основной этап интенсивного тренинга обычно проводится в стационаре, а поддерживающий этап, направленный на поддержание и закрепление полученных социальных навыков, после выписки пациентов из стационара (Холмогорова, 2007). На данном этапе становится наиболее актуальным вопрос о доступности поддерживающего тренинга для пациентов. Наиболее оптимальным решением может стать проведение данного тренинга в онлайн-форме с использованием средств видеоконференции.

Семейная терапия играет важную роль во всестороннем лечении подростков с анорексией. Телездоровье позволяет обеспечивать семейную терапию как добавочное лечение для подростков, у которых нет доступа к городским программам стационарного лечения. Семейная терапия может способствовать восстановлению пациента, как по измеряемым объективным критериям (увеличение веса, улучшение состояния здоровья) и так и по субъективным клиническим наблюдениям (Goldfield, 2003).

В работе с депрессивными пациентами компьютерные и интернет-технологии позволяют проводить ежедневный мониторинг психического состояния пациента, поддерживающий терапевтический диалог посредством средств связи, создавать полуавтоматические напоминания, помогающие пациентам развивать более адаптивные стратегии мышления и поведения, получать информацию о способах выражения мыслей и чувств пациентов через анализ писем, установить доверительные отношения между консультантом и пациентом. В интернет-программах, разработанных для терапии депрессии, наиболее часто применяются методы познавательной поведенческой терапии (СВТ) и поведенческой активации (ВА). Использование ежедневных письменных отчетов позволяет пациентам скорректировать дисфункциональные отношения и избавиться от депрессивных симптомов. Эффективность применения СВТ для лечения тяжелой депрессии показана многими зарубежными исследователями. Модули программы, разработанной для лечения депрессии содержат как стандартные компоненты познавательной поведенческой терапии, направленные на еженедельное управление процессом самосовершенствования с заданием домашней работы, так и электронные письма, написанные специально для пациента. Для пациентов с депрессией также могут быть организованы группы поддержки посредством социальных сетей (Иванов, 2017; Espinosa, 2016).

Видеоконференция может быть эффективным методом, увеличивающим доступность к психологическому лечению пожилых людей с депрес-

сией. Поведенческое лечение, проводимое с помощью видеоконференции, позволяет значительно снизить симптомы депрессии и отрицательного аффекта у пожилых пациентов.

Имеющиеся научные исследования свидетельствуют о равной эффективности психотерапии депрессии через синхронные телемедицинские методики, психотерапии с помощью видеоконференции и традиционной психотерапии (Berryhill, 2019). Данные результаты указывают на потенциал телепсихиатрии, позволяющий расширить доступ к психиатрической помощи населению из отдаленных районов (Hungerbuehler, 2016).

В некоторых случаях лечения депрессии было выявлено лишь небольшое преимущество традиционной терапии по сравнению с терапией при помощи телемедицины (Luxton, 2016). Недостаточная эффективность терапии с применением видеоконференции может быть связана с выраженностью симптома, возрастом и сопутствующими патологиями, которые являются важными клиническими обоснованиями при выборе соответствующей методики лечения (Smolenski, 2017).

Для лечения тревожных расстройств, связанных со стрессом, находит наибольшее применение познавательная поведенческая терапия. Разработанный французскими исследователями ее цифровой вариант показывает хорошие результаты при лечении данных расстройств (Servant, 2016). Применение интернет-версии СВТ терапии также показывает хорошие результаты для лечения тяжелого и генерализованного тревожного расстройства (Иванов, 2017). Использование мобильной познавательной поведенческой программы для лечения умеренного тревожного расстройства, основанное на СВТ мобильном вмешательстве способствует снижению выраженности симптомов беспокойства у данных пациентов (Yu, 2018).

Большинство людей с социальным тревожным расстройством не получает лечения из-за нахождения в отдаленных районах, страха перед стигматизацией и страха перед социальными взаимодействиями, связанными с поиском лечения. Технология видеоконференции позволяет получить лечение тем, кто иначе не прошел бы лечение. Исследования показали значительное уменьшение социального беспокойства, депрессии, инвалидности, улучшение качества жизни у пациентов, получающих лечение с помощью видеоконференции. Полученные результаты оказываются сопоставимы с результатами терапии оказываемой лично. Телепсихиатрия также помогает преодолеть культурный и языковой барьер, оказывающий влияние на доступность психиатрической помощи (Yuen, 2013).

Виртуальная терапия используется для лечения панических расстройств и агорафобии. Она состоит из виртуальной терапии во врачебном кабинете и дополнительной терапии через Интернет, которая включает несколько уровней трудности, доступ к которым управляется психологом. Познавательная поведенческая терапия (СВТ) для панического на-

рушения с агорафобией, осуществляемая с помощью видеоконференции, может быть столь же эффективной как СВТ, поставленная лицом к лицу. Участники терапии сообщают о развитии превосходного терапевтического контакта уже в ходе первой процедуры терапии на видеоконференции.

Синдром навязчивых состояний является распространенным, хроническим тревожным расстройством, нарушающим трудоспособность человека. Несмотря на эффективность и обоснованность фармакологических вмешательств для лечения данного синдрома, лекарства не всегда эффективны и хорошо переносятся пациентами, что делает психосоциальное лечение наиболее привлекательным. Познавательное-поведенческое лечение (СВТ) является эффективной для лечения синдрома навязчивых состояний у взрослых. В некоторых ситуациях доступ к такому лечению может быть ограничен, особенно для пациентов из сельских районов. Метод видеоконференции в формате реального времени позволяет предоставлять современное лечение пациентам с данным расстройством. Телемедицинские системы используются также в качестве дополнительного средства терапии фобических расстройств, создающие виртуальную реальность с использованием персонального компьютера (Иванов, 2017).

Виртуальная реальность может использоваться, чтобы предоставить страдающим фобией клиентам терапевтическое воздействие стимулов, провоцирующих фобию. В связи с чем, использование виртуальной реальности для лечения социальных фобий имеет значительные преимущества перед традиционными методами лечения в естественных условиях, так как в естественных условиях иногда трудно управлять воздействием, и многие пациенты испытывают затруднения в использовании воображения. Проведенное небольшое предварительное исследование эффективности терапии фобических расстройств с помощью воздействия виртуальной реальности, свидетельствует о его положительных результатах (Wald, 2003).

В основу длительного лечения биполярных расстройств положен психообучающий подход, осуществляемый при помощи интернет-технологий, который показывает лучшую эффективность лечения по сравнению с традиционным лечением данных больных (Smith, 2011).

Вывод. Использование интернет-технологий позволяет оказывать регулярную информационную поддержку и психологическое сопровождение пациента с психическим расстройством вне лечебного учреждения, что экономит время специалиста и материальные затраты пациента, а также способствует оптимизации психокоррекционной и психотерапевтической работы с данными пациентами. В связи с чем, необходимы дополнительные исследования эффективности онлайн-работы с пациентами, имеющими психические расстройства для возможного внедрения интернет-технологий в лечебный процесс.

Список литературы

1. Иванов В.Г., Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Применение современных информационно-коммуникационных технологий в психотерапевтической и психологической практике (обзор зарубежных исследований) // Проблемы современного педагогического образования. Серия: Педагогика и психология. 2017. Вып. 57, Ч. 6. С. 321-329.
2. Иванов В.Г., Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоциальные характеристики лиц, обращающихся за психологической помощью через Интернет // Материалы VII Международной научно-методической конференции «Тенденции и перспективы развития современной психологической науки и практики», посвященной 100-летию казахской научной психологии, и I учредительного съезда Казахского психологического общества. Алматы, 2017. С. 351-353.
3. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67-77.
4. Холмогорова А.Б., Довженко Т., Гаранян Н., Воликова С.В., Юдеева Т.В. Взаимодействие специалистов в комплексном лечении психических расстройств // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4(31). С.144-181.
5. Bashshur R.L., Shannon G.W., Bashshur N., Yellowlees P.M. The empirical evidence for telemedicine interventions in mental disorders // Telemedicine and e-Health. 2016. Vol. 22, № 2. P. 87-113.
6. Berryhill M.B., Culmer N., Williams N., Halli-Tierney A., Betancourt A., Roberts H., King M. Videoconferencing psychotherapy and depression: a systematic review // Telemedicine and e-Health. 2019. Vol. 25, № 6. P. 435-446.
7. Espinosa H.D., Carrasco Á., Moessner M., Cáceres C., Gloger S., Rojas G., Krause M. Acceptability study of “Ascenso”: an online program for monitoring and supporting patients with depression in Chile // Telemedicine and e-Health. 2016. Vol. 22, № 7. P. 577-583.
8. Frangou S., Sachpazidis I., Stassinakis A., Sakas G. Telemonitoring of medication adherence in patients with schizophrenia // Telemedicine Journal & E-Health. 2005. Vol. 11, № 6. P. 675-683.
9. Goldfield G.S., Boachie A. Case report: delivery of family therapy in the treatment of anorexia nervosa using telehealth // Telemedicine Journal and e-health. 2003. Vol. 9, № 1. P. 111-114.
10. Hungerbuehler I., Valiengo L., Loch A.A., Rössler W., Gattaz W.F. Home-based psychiatric outpatient care through videoconferencing for depression: a randomized controlled follow-up trial // JMIR Mental Health. 2016. Vol. 3, № 3. P.e36.
11. Ku J., Cho W., Kim J.J., Peled A., Wiederhold B.K., Wiederhold M.D., Kim S.I. A virtual environment for investigating schizophrenic patients' characteristics: assessment of cognitive and navigation ability // Cyberpsychology & Behavior. 2003. Vol. 6, № 4. P. 397-404.
12. Luxton D.D., Pruitt L.D., Wagner A., Smolenski D.J., Jenkins-Guarnieri M.A., Gahm G. Home-based telebehavioral health for US military personnel and veterans with depression: A randomized controlled trial // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2016. Vol. 84, № 11. P. 923.
13. Penate W., Fumero A. A meta-review of Internet computer-based psychological treatments for anxiety disorders // Journal of Telemedicine and Telecare. 2016. Vol. 22, № 1. P. 3-11.
14. Servant D., Rougegrez L., Barasino O., Demarty A.L., Duhamel A., Vaiva G. Interest of computer-based cognitive behavioral stress management. Feasibility of the Serenactif program // Encephale. 2016. Vol. 42, № 5. P. 415-420.

15. Smith D.J., Griffiths E., Poole R., di Florio A., Barnes E., Kelly M.J., Craddock N., Hood K., Simpson S. Beating Bipolar: exploratory trial of a novel Internet-based psychoeducational treatment for bipolar disorder // *Bipolar Disord.* 2011. Vol. 13, № 5-6. P. 571-577.

16. Smolenski D.J., Pruitt L.D., Vuletic S., Luxton D.D., Gahm G. Unobserved heterogeneity in response to treatment for depression through videoconference // *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 2017. Vol. 40, № 3. P. 303.

17. Wald J., Taylor S. Preliminary research on the efficacy of virtual reality exposure therapy to treat driving phobia // *Cyberpsychology & Behavior.* 2003. Vol. 6, № 5. P. 459-465.

18. Wangelin B.C., Szafranski D.D., Gros D.F. Telehealth technologies in evidence-based psychotherapy // *Computer-assisted and web-based innovations in psychology, special education, and health.* London: Academic Press, 2016. P. 119-140.

19. Yu J.S., Szigethy E., Wallace M., Solano F., Oser M. Implementation of a Guided, Digital Cognitive Behavioral Program for Anxiety in Primary Care: Preliminary Findings of Engagement and Effectiveness // *Telemedicine and e-Health.* 2018. Vol. 24, № 11. P. 870-878.

20. Yuen E.K., Herbert J.D., Forman E.M., Goetter E.M., Juarascio A.S., Rabin S., Bouchard S. Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing // *Journal of Anxiety Disorders.* 2013. Vol. 27, № 4. P. 389-397.

УДК 159.9.072.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ И ВОЛЕВЫЕ КАЧЕСТВА ЛИЧНОСТИ КАК ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА

Е.Д. Короткина, Л.В. Бабий

Тверской государственный университет, г. Тверь, Россия

Аннотация. В статье рассматриваются волевые качества личности как детерминанты психологического здоровья и сформированности профессиональной идентичности личности. Методологическим основанием является подход Е.А. Климова, который выделял профессиональную идентичность как один из важных критериев профессионального развития личности. Обосновывается вопрос о взаимосвязи волевых качеств личности как детерминант психологического здоровья и профессиональной идентичности лиц, обучающихся в ВУЗе.

В статье сделан упор на негативные статусы профессиональной идентичности студентов, а именно на «несформированный» и «навязанный» статусы, согласно концепции Марсиа.

Приводятся результаты эмпирического исследования взаимосвязи волевых качеств личности (по В.И.Селиванову) и статусов профессиональной идентичности, причем волевые качества исследовались как в

срезовой, так и в лонгитюдной формах. Длительность лонгитюдного исследования составила 3 года.

При срезовом исследовании обнаружены статистически значимые взаимосвязи (при $p < 0,05$) между «неопределённой» профессиональной идентичностью и уровнем развития таких волевых качеств, как настойчивость, упорство, целеустремленность и другими. А также между статусом «навязанной» идентичности и такими волевыми качествами, как смелость, решительность и другими.

При лонгитюдном исследовании данный статус коррелирует с динамикой развития смелости, решительности и другими качествами. В выводах обосновываются новые подходы и перспективы исследования других статусов профессиональной идентичности и волевых качеств личности как детерминант профессиональной успешности специалиста.

Ключевые слова: психологическое здоровье, волевые качества, профессиональная идентичность, статусы профессиональной идентичности.

Актуальность. Как справедливо заметил А.В. Складенко, на современном этапе развития общества потенциал здоровья личности приобретает роль ведущего фактора успешной профессиональной карьеры. Вместе с тем имеет место и обратная зависимость: от того насколько человек успешен в карьере зависит его психическое и физическое здоровье (Складенко, 2014).

По мнению Е.А. Климова, одним из важных критериев профессионального развития личности является профессиональная идентичность (Климов, 2004). Трудовая деятельность специалистов в различных сферах предполагает то, что субъект труда сам ставит цели своей профессиональной деятельности, определяет пути и средства их достижения, а также несет ответственность за последствия ее реализации. Следовательно, речь идёт, в том числе, о волевой сфере личности, ведь именно она отвечает за все вышеперечисленное.

Одним из самых важных периодов становления будущего специалиста является период профессионального обучения.

Обучение в вузе – один из этапов профессионального становления личности, во время которого закладываются инструментальные основы профессиональной компетентности и формируется готовность будущего специалиста к его трудовой деятельности. Ввиду того, что степень сформированности профессиональных компетенций определяет эффективность деятельности сотрудника, которая, в свою очередь, влияет на психическое и психологическое здоровье личности, то можно предположить, что обучение в ВУЗе также является одной из детерминант психического и психологического здоровья человека.

Е.И. Кустова отмечает, что представляется необходимым при подготовке специалистов в высшей школе опираться не только на формиро-

вание профессиональных компетенций, определенных в федеральных государственных образовательных стандартах, но и в значительной степени, учитывать личностный потенциал человека. Она утверждает, что учёт данного фактора сделает его более конкурентоспособным на рынке труда. Автор представляет систематизацию индивидуально-личностных свойств и среди прочего выделяет волевую сферу личности, как одну из важных критериев определения жизненного потенциала и психического здоровья (Кустова 2015).

Исходя из вышеупомянутых дефиниций, представляется актуальным рассмотреть наличие или отсутствие взаимосвязи между профессиональной идентичностью и волевыми качествами личности, как критериями психологического здоровья студентов.

Постановка проблемы. На современном этапе развития психологической науки наблюдается дефицит знаний в области изучения волевой сферы личности студентов, как одной из детерминант жизненного потенциала и психического здоровья (на это указывает ряд авторов: Е.И. Кустова, А.В. Быков, Т.И. Шульга и другие), так и профессиональной идентичности обучающихся в ВУЗе. Также отмечается недостаточность знаний о характере взаимосвязи указанных феноменов.

А.А. Алимов утверждает, что в различных психологических исследованиях психическое и психологическое здоровье предстает как одно из важнейших условий успешного вхождения студентов в учебно-профессиональный процесс (Алимов, 2015). Также учёный, опираясь на других авторов, подчеркивает, что психологическое здоровье помогает студентам адаптироваться к условиям образовательной среды, а также позволяет выработать эффективные способы психологической защиты. Термины «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» имеют неоднозначную трактовку и зачастую используются как синонимы. А.А. Алимов предполагает, что психическое здоровье выступает в качестве состояния душевного благополучия, характеризующимся отсутствием патологических психических явлений. Психическое здоровье регулирует поведение и деятельность человека, адаптируя под условия окружающей действительности (Алимов, 2015).

И.В. Дубровина под «психологическим здоровьем» понимает характеристику эмоционально-нравственного, духовного состояния личности, которое выражается в высших человеческих ценностях, в поиске деятельности, приобретении опыта, посредством которого субъект преобразовывает самого себя и получает возможность для достижения истины (Дубровина, 2009).

В виду того, что мы рассматриваем волевую сферу личности как детерминанту психологического здоровья, обратимся к её анализу. Ряд авторов рассматривают волю как устойчивое свойство личности, которое обеспечивает регуляцию действий, психических процессов и состояний

в условиях конфликта решений высшего уровня функционирования человека и решений, а также возможностей более низких уровней (Иванников и др., 2014). В нашей работе мы рассматриваем понятие «воля» через призму именно этого определения.

По мнению Е. П. Ильина волевые качества – «это особенности волевой регуляции, которые проявляются в конкретных специфических условиях, обусловленных характером преодолеваемой трудности» (Ильин, 2001).

Мы придерживаемся концепции В. И. Селиванова, который выделяет следующие волевые качества.

Целеустремлённость, которую он делит на стратегическую, детерминирующую умение человека следовать определенным идеалам и принципам, и оперативную, которая определяет способность человека ставить чёткие цели и не отклоняться от них.

Инициативность – это способность человека действовать по собственному почину.

Самостоятельность – это способность совершать действия и поступки без помощи других лиц.

Настойчивость характеризуется целесообразным упорством, при решении поставленной задачи.

Выдержка – это способность сознательно затормаживать импульсы, которые препятствуют достижению цели.

Решительность – это способность человека без долгой борьбы мотивов принимать осознанные решения и воплощать их.

Смелость – способность человека принимать решения и приводить их в исполнение в условиях риска для личности.

Все вышеперечисленные качества, по мнению В. И. Селиванова, формируются в деятельности, но впоследствии оказывают на нее и обратное влияние (Селиванов, 1974, с.117– 124).

Мы согласны с мнением О. А. Конопкина, который утверждает, что особенности функционирования воли являются важной предпосылкой овладения профессией (Конопкин, 1995).

По мнению И.Б. Субботина и Л.Б. Шнейдер, профессиональная идентичность, как элемент социального образования, несёт в себе определённые психологические функции, а именно: влияет на когнитивную, аффективную и поведенческую составляющие человека. Это происходит вследствие того, что профессиональная идентичность выступает в качестве «Я-образа» личности, который, в свою очередь, регулирует деятельность человека. Идентифицируя себя с определённым субъектом профессиональной деятельности, личность опирается на уже имеющиеся знания о данной профессии, вырабатывает поведенческий паттерн, который по её представлениям присущ представителям данного рода профессии. При этом происходит эмоциональная оценка и осознание человеком такого рода принадлежности. Оценка может быть как положительной, так и отрицательной

(Б. Субботин и Л.Б. Шнейдер). Выработка определённых поведенческих реакций невозможна без саморегуляции, так как в основе данного механизма лежит торможение нежелательных побуждений и придание дополнительной мотивации или возбуждения желательным, что детерминирует характер волевых качеств личности. По мнению Г.С. Никифорова, саморегуляция — это «сознательные воздействия человека на собственную сферу психических явлений (процессы, состояния, свойства) с целью поддержания или изменения характера их функционирования» (Никифоров, 1989).

В нашей работе мы опираемся на статусную модель Дж. Марсиа, который выделяет четыре состояния (статуса) профессиональной идентичности. Мы рассматриваем исключительно сформированную профессиональную идентичность. Вышеупомянутый автор убеждён, что сформированная (достигнутая) идентичность характеризуется законченностью периода кризиса и самоисследований, а также сформированностью определенной совокупности личностно значимых для личности целей, ценностей и убеждений. Такого рода человек структурирует свою жизнь в соответствии со своими желаниями. Ему присуща стабильность, оптимизм в отношении будущего. Осознание трудностей не уменьшает стремления придерживаться избранного направления (Марсиа, 1993).

Целью работы является исследование характера взаимосвязи волевых качеств личности как составляющих психологического здоровья личности и профессиональной идентичности. В данной работе мы будем исследовать негативные стороны профессиональной идентичности и попытаемся проследить, имеет ли она своё отражение на психологическом здоровье студентов, а именно на их волевых качествах.

В качестве нашей основной задачи выступает исследование взаимодействия волевых качеств личности и таких статусов профессиональной идентичности как «неопределённая» и «навязанная».

Гипотеза исследования состоит в том, что статусы профессиональной идентичности «навязанная» и «неопределённая» имеют отрицательные взаимосвязи с уровнем развития волевых качеств студентов, а также способствуют отрицательной динамике совершенствования.

Методы и материалы. В качестве респондентов выступили студенты ТвГУ возрасте 20-22 лет, в количестве 22 человек.

Предмет исследования являлась динамика развития волевых качеств и статусы профессиональной идентичности студентов-психологов.

Исследование проводилось как в срезовой, так и в лонгитюдной формах. Длительность лонгитюдного исследования составляет 3 года.

Методы исследования: анализ, сравнение, психодиагностическое тестирование, опрос, методы математической статистики (критерии проверки на нормальность распределения Колмогорова – Смирнова, Шапиро-Уилка; формулы Ч.Э. Спирмена и К. Пирсона на вычисление коэффициента корреляции).

Методики: опросники Н.Н. Обозова «Волевой ли ты человек», Н.Б. Стамбуловой «Опросник на выявление уровня развития волевых качеств личности», А.А. Азбелья и А.Г. Грецова «Методика изучения статусов профессиональной идентичности».

Результаты исследования. Этапы исследования:

I. На первом этапе проводилось лонгитюдное исследование динамики развития волевых качеств студентов с 1-го по 3-ий курс.

II. На втором этапе проводилось исследование изменений академической успеваемости студентов с 1-го по 3 курс.

III. На третьем этапе у студентов были проведены последние замеры уровня развития их волевых качеств, статусов профессиональной идентичности.

IV. На четвёртом этапе проводилось исследование специфики взаимосвязи всех обозначенных параметров.

Вследствие того, что все исследованные параметры соответствуют нормальному закону распределения ($p < 0,05$), вычисление коэффициента корреляции проводилось по формуле Пирсона. Выборка была увеличена техническим путём в 3 раза, поэтому все результаты значимы на уровне тенденций.

По результатам исследования было выявлено следующее.

Срезовое исследование. Неопределённая профессиональная идентичность имеет достоверные (при $p < 0,01$) отрицательные умеренные взаимосвязи с уровнем развития таких волевых качеств как настойчивость и упорство. Также данный статус достоверно (при $p < 0,05$) отрицательно умеренно коррелирует с генерализованностью целеустремлённости. Следовательно, чем выше у студента будет наблюдаться показатель неопределённой профессиональной идентичности, тем менее у него будут развиты такие волевые качества как настойчивость и упорство, и тем уже у него будет широта использования такого волевого качества как целеустремлённость.

Навязанная профессиональная идентичность имеет достоверные (при $p < 0,05$) отрицательные взаимосвязи с выраженностью смелости и решительности и генерализованностью настойчивости и упорства. Это говорит о том, что чем более у студента будет выражена навязанная профессиональная идентичность, тем менее будут выражены такие волевые качества как смелость и решительность, и тем уже у него будет широта применения настойчивости и упорства в различных жизненных сферах.

Лонгитюдное исследование. Навязанная профессиональная идентичность имеет достоверные обратные слабые взаимосвязи с динамикой развития выраженности смелости и решительности ($r = -0,275$, при $p = 0,025$), а также самостоятельности и инициативности ($r = -0,257$, при $p = 0,037$). Следовательно, чем более респондент прислушивается к мнению окружающих при выборе профессии, тем сильнее будет снижаться уровень развития данных волевых качеств.

Также навязанная профессиональная идентичность имеет достоверные обратные умеренные взаимосвязи с силой воли ($r=0,396$, при $p=0,002$). Исходя из этого, можно сделать вывод, что чем более респондент прислушивается к мнению окружающих при выборе профессии, тем сильнее будет снижаться показатель вышеупомянутого волевого качества.

При проведении лонгитюдного исследования взаимосвязей между неопределённой профессиональной идентичностью и динамикой развития волевых качеств обнаружено не было. Скорее всего, это связано с относительно небольшой выборкой испытуемых.

Вывод. Навязанный и неопределённый статусы профессиональной идентичности способствуют снижению уровня развития таких волевых качеств как: сила воли, настойчивость и упорство, целеустремлённость, смелость и решительность, а также самостоятельность и инициативность. Следовательно, данные статусы негативно сказываются на психологическом здоровье человека, истощая его жизненный потенциал. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что для осуществления здоровьесбережения на этапе получения высшего профессионального образования следует уделять внимание психологическому сопровождению студентов и статусу их профессиональной идентичности. Однако, данная работа требует дополнительных исследований, с расширением выборки и характеристик профессиональной идентичности, а также показателей психологического здоровья.

Список литературы

1. Алимов А.А. Психологическое здоровье студентов: факторы развития в контексте учебно-профессиональной деятельности // Материалы V Международной научно-практической конференции / НОУ «Вектор науки»; под. ред. С.В. Галачиева. М., 2015. С. 91-94.
2. Дубровина И.В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // **Вестник практической психологии образования**. 2009. № 3. С. 17-21.
3. Иванников В.А., Барабанов Д.Д., Монроз А.В., Шляпников В.Н., Эйдман Е.В. Место понятия «воля» в современной психологии // *Вопросы психологии*. 2014. № 2. С. 15-23.
4. Ильин Е.П. Психология воли. СПб.: Питер, 2009. 368 с.
5. Климов Е.А. Введение в психологию труда : учебник. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Изд-во МГУ: Академия, 2004. 336 с.
6. Конопкин О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) // *Вопросы психологии*. 1995. № 1. С. 5-13.
7. Кустова Е.И. Формирование профессиональных компетенций на этапе обучения в высшей школе // Царскосельские чтения: материалы междунар. науч. конф. СПб., 2015. С. 359-362.
8. Никифоров Г.С. Самоконтроль человека. Л.: Изд-во ЛГУ. 1989. 192 с.
9. Селиванов В.И. Психология волевой активности. Рязань : изд-во РГПИ, 1974. 150 с.

10. Скляренко А.В. Формирование психического здоровья студентов вуза как необходимого условия успешного профессионального обучения // Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2014. № 52. С. 63-66.

11. Шнейдер Л.Б. Идентичность: Хрестоматия. М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: Изд-во ИПО «МОДЭК», 2003. 272 с.

12. Marcia J.E. The relational roots of identity // Discussions on ego identity / ed. J. Kroger. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1993. P. 101-120.

УДК 159.92

«СТРАХ ПЕРЕД ЖИЗНЬЮ» КАК ИНТЕГРИРУЮЩИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ У ПОДРОСТКОВ-СИРОТ И У ПОДРОСТКОВ ИЗ БЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ

М.В. Кочетков, О.Р. Машанова, Е.С. Чебоचाкова

Норильский государственный индустриальный институт, г. Норильск, Россия

Федеральная пассажирская компания – Саяно-Шушенский филиал,

г. Абакан, Хакасия, Россия

Сибирский федеральный университет, г. Красноярск, Россия

Аннотация. Страх жизни как состояние экзистенциального плана, часто не осознаваемое, является эмоционально-рассудочным фактором многих деструктивных феноменов поведения человека. Любому индивиду присуще «непрерывное вопрошание» о смысле жизни, близких и дальних целях бытия, что тесно связано с осознанием себя, своей индивидуальности, с ощущением своей нужности (ненужности) социуму, защищённости (уязвимости) от его негативных проявлений, с условиями быть принятым (отвергнутым) во всём своём естестве прежде всего своим ближайшим окружением. Диагностика показателей «страха перед жизнью» у подростков и проведение основанных на соответствующих данных профилактических мероприятий составляют один из самых эффективных подходов к коррекции большого спектра проблемных проявлений поведения подростков. Разработка и совершенствование такого подхода составляет актуальную проблему психологической теории и практики. Исследуется феномен «страха перед жизнью» у подростков из полных семей и подростков-сирот. В сравнении с проявлениями «страха перед жизнью» у подростков из полных семей выявляются особенности «страха перед жизнью» у подростков-сирот. Гипотеза исследования состоит в существенности различий показателей «страха перед жизнью» у подростков из полных семей и у подростков-сирот. Выводы подтверждают гипотезу исследования и обуславливаются обоснованием следующих положений: стремле-

ние к избеганию неудачи преобладает у подростков-сирот, а стремление к достижению успеха – у детей из полных семей; у подростков-сирот актуальные потребности удовлетворены в меньшей степени, чем у подростков из полной семьи; у подростков-сирот потребность к присоединению носит более выраженный характер, чем у подростков из полных семей; у подростков-сирот более выражена защитная агрессия, чем у детей из полной семьи. Ряд полученных результатов исследования нуждаются в своём дальнейшем осмыслении и уточнении. Так, в сравнении с подростками из благополучных семей, удовлетворение актуальных потребностей не выполняет у подростков-сирот выраженной компенсаторной функции.

Ключевые слова: детский дом, мотивация, подросток, потребности, сирота, суицид, мировоззрение, девиация.

Актуальность. В современном обществе нарастает эмоциональная нестабильность населения, что особенно актуально по отношению к школьникам (Еропкина, 2006; Комарова, 2011). Эмоции – это одно из наиболее фундаментальных образований человека. Мы согласны с позицией И.А. Комара, который в рамках понятия эмоциональной нестабильности рассматривал не только продолжительные периоды депрессии и стресса, но и выраженные приступы гнева. Эмоциональная нестабильность или непосредственно обуславливает, или определяет основу для стресса, депрессии, гнева, в свою очередь детерминирующих практически все девиантные проявления поведения человека.

Первым признаком эмоциональной нестабильности является отдаление подростка от его сверстников и близких людей. Вольно или невольно он становится замкнутым и одиноким (не хочет отвечать на телефонные звонки, не желает никого видеть и т.п.). Причиной отдаления от людей зачастую бывает резкое понижение самооценки, появление неуверенности в собственных силах, ощущение, что весь мир его не понимает и не принимает. Другим симптомом является рассеянность внимания, забывчивость подростка. Он не помнит, что было вчера, не замечает знакомых на улице, постоянно «витают в облаках» и не может ни на чём сосредоточиться. Следующим признаком подросткового стресса является постоянно утомлённое состояние. Однако бывают и несколько иные проявления – циклическая смена настроения: от состояния беспредельной радости подросток тут же переходит к состоянию глубокого расстройств (Комарова, 2011).

В своей популярной статье «Как справиться с гневом подростка» Р. Черняк анализирует поведение, характерное для подросткового возраста, в частности агрессивность: «Агрессивность – одно из обычных проявлений гнева, присущих незрелой личности. Подростковая депрессия – особый и опасный источник гнева. Эмоциональная неустойчивость влечёт большое количество конфликтных ситуаций, что может вести к стрессу.

Новые чувства уже возникли, но ещё не обрели адекватных способов выражения или точек приложения» (Черняк, 2018). Так как в подростковом возрасте происходят кардинальные изменения и на физиологическом уровне (гормональные изменения), и в становлении личности, то именно поэтому, на наш взгляд, исследование эмоциональной сферы в данном возрасте является наиболее актуальным. Оно вдвойне актуально в отношении такой категории подростков, как подростки-сироты, что, думается, не требует особых комментариев.

Постановка проблемы. Эмоциональное состояние человека, как отмечает академик РАО Б.М. Бим-Бад, тесно связано с его амбивалентной природой (Бим-Бад, 2008). В контексте понимания амбивалентной природы человека, каждому из нас свойственно одновременное стремление и к жизни, и к смерти; страх перед жизнью, и, что многим представляется более очевидным, страх смерти.

По мнению О. Ранка, в человеке существует первичный страх, проявляющийся иногда как страх жизни, иногда – как страх смерти, который в неблагоприятных условиях развития личности влечёт за собой общую социальную дезадаптацию, проявляющуюся в отсутствии активной жизненной позиции, стремления к самоактуализации, несформированности смысла жизни, инфантилизме (Ранк, 2009). Вершинным проявлением для социального сознания эмоциональной нестабильности, социальной дезадаптации является, пожалуй, стремление к уничтожению себе подобных и стремление к суициду. Отмеченные феномены, увы, всё чаще проявляются в современном социуме вне каких-либо государственных, возрастных и иных рамок. Так, суицидальное поведение сложно исключить в связи с этническими (Cenkseven-Önder, 2018; Pollock et al., 2018; Sakisaka, 2018), гендерными (Erbacher et al., 2018), возрастными (Kroning et al., 2016) и социальными признаками (Bruns et al., 2018; Gournellis, et al., 2018; Pollock et al., 2018; Suicide), хотя они, безусловно, детерминируют соответствующие существенные особенности.

Известный немецкий психолог прошлого века Ф. Лерш рассматривал страх жизни в качестве основы любого вида страха, не имеющей чёткой локализации. В таком случае страх жизни (Lebensangst) – состояние экзистенциального плана, характеризующееся опасением потерять смысл жизни. Это состояние часто не осознаётся достаточно ясно (Lersch, 1952). Таким образом, глубинным, свойственным природе человека эмоционально-рассудочным фактором указанных деструктивных феноменов (как сдерживающим, так и стимулирующим) является смыслообразующий фактор: любому индивиду присуще «непрерывное вопрошание» о смысле жизни, ближних и дальних целях бытия, что тесно связано с осознанием себя, своей индивидуальности, с ощущением своей нужности социуму, защищённости от его негативных проявлений и с условиями быть принятым во всём своём естестве прежде всего своим ближайшим окру-

жением. Отмеченные маркеры, как об этом будет сказано в дальнейшем, как раз и лежат в основе диагностирования «страха перед жизнью».

Мы также исходим из предположения, что диагностика показателей «страха перед жизнью» у подростков и проведение основанных на соответствующих данных профилактических мероприятий (Курганский, 2011) может стать одним из самых эффективных подходов к коррекции большого спектра проблемных проявлений поведения подростков. Разработка такого подхода составляет актуальную проблему психологической теории и практики. Настоящее исследование претендует лишь на некоторую попытку приблизиться к её решению.

Методы и материалы. Среди общенаучных методов исследования особое внимание уделено теоретическому анализу литературных источников.

Методологическое значение для настоящего исследования имели, прежде всего, положения трудов О. Ранка, а именно его работа «Теория первичной травмы» (Ранк, 2009).

Эмпирические методы исследования обусловлены осуществлением анкетирования с применением методики «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (опросник А.А. Реана); тестирования на основе тест-цветовых метафор Игоря Соломина, а также использованием метода математической статистики («Н-Критерий Крускала-Уоллеса»).

Исследовались две группы подростков – из полных благополучных семей, и дети-сироты. Известно, что семья является главным социализирующим институтом и в случае дисфункций семейного воспитания их компенсация со стороны других институтов (школа, ОДН и пр.) оказывается весьма проблематичной. Т.А. Хагуров опровергает сложившийся стереотип относительно того, что «трудные» подростки – это, как правило, выходцы из неблагополучных семей: с одним родителем, с нарушенными социальными функциями (семьи алкоголиков, осуждённых и т.п.). Его исследования показали, что почти половина «трудных» подростков (48,6%) – выходцы из полных семей. При этом у 70% не отмечается конфликтности с родителями. В то же время 42% подростков – выходцы из неполных семей, которые традиционно хуже справляются со своими воспитательными функциями (Хагуров, 2013).

Исследования Т.А. Хагурова детерминировали наше особое внимание к отбору респондентов – это подростки не просто из полных семей, а ещё и проверенные на отсутствие выраженных девиантных проявлений по результатам опроса работников учебных заведений.

В связи с изучением подросткового возраста среди учёных нет единого подхода к использованию критериев оценки. Академик РАО В.С. Мухина, например, подростковый возраст связывала с проявлением тревожности (Мухина, 2009), а известнейший в мире психоаналитик и специалист в сфере психологии развития Э. Эриксон – с кризисом идентичности и самоопределений (Эриксон, 2006).

Подростковым принято считать период развития детей от 11-12 до 15-16 лет. В этом возрасте происходит бурное психофизиологическое развитие и перестройка социальной активности ребёнка. В понимании хронологических границ «перехода» от детства к взрослости в психологической литературе нет единства, так как мощные сдвиги происходят во всех областях жизнедеятельности ребёнка. В этот период складываются устойчивые формы поведения, черты характера, способы эмоционального реагирования. Это пора достижений, стремительного наращивания знаний, умений, становления «я», обретения новой социальной позиции. Вместе с тем, это возраст потерь детского мироощущения, когда появляется чувство тревожности и психологического дискомфорта.

Характерная черта ранней юности – формирование жизненных планов. Жизненный план возникает, с одной стороны, в результате обобщения целей, которые ставит перед собой личность, «простраивая» соответствующую «пирамиду» мотивов, формируя устойчивое ядро ценностных ориентаций, которые подчиняют себе частные, преходящие стремления; с другой стороны – это результат конкретизации целей и мотивов.

Из мечты, где всё возможно, и идеала как абстрактного, иногда заведомо недостижимого образца, постепенно вырисовывается более или менее реалистический, ориентированный на действительность, план деятельности.

Жизненный план – явление одновременно социального и этического порядка. Вопросы «кем быть» и «каким быть» первоначально, на подростковом этапе развития, не различаются.

Подросток пытается предвосхитить своё будущее, не задумываясь о средствах его достижения. Его образы будущего ориентированы на результат, а не на процесс развития: подросток может очень живо, в деталях представлять своё будущее общественное положение, не задумываясь над тем, что для этого нужно сделать. Отсюда и частая завышенность уровня притязаний, потребность видеть себя непременно выдающимся, великим.

Фундаментальной для настоящего исследования подросткового возраста является категория «страх перед жизнью», которая заявила о себе в 1924 г. в концепции Отто Ранка «Теория первичной травмы» (Ранк, 2009). По мнению О. Ранка, в человеке существует первичный страх, проявляющийся иногда как страх жизни, иногда – как страх смерти, который в неблагоприятных условиях развития личности влечёт за собой общую социальную дезадаптацию, а именно отсутствие активной жизненной позиции, отсутствие стремления к самоактуализации, несформированность смысла жизни, инфантилизм.

С точки зрения О. Ранка, «страх перед жизнью», т.е. страх встречи с жизнью в качестве «изолированного» существа, – это страх индивидуализации, «движения вперёд», «выделения из природы». Феномен «страх перед жизнью» внешне проявляет себя в гипертрофированном избегании неудач и стремлении к комфорту, выраженном акценте на удовлетворён-

ности актуальных потребностей и присоединении к значимому объекту, проявлениях агрессии с целью самообороны и пр.

В отличие от подростков из полных семей, подростки-сироты, как правило, сталкиваются с большими трудностями, что проявляется в заниженных притязаниях в сфере образования, отсутствии либо неопределённости жизненных и профессиональных перспектив и т.п. Дети, лишённые родительского попечения, более склонны к бродяжничеству, подвержены опасности стать жертвами насилия и преступлений (объектами сексуальных посягательств, предметом торговли) или быть вовлечёнными в преступную деятельность. Велика вероятность асоциального поведения в виде мелких краж, хулиганства, вымогательства, циничного отношения к сверстникам и воспитателям, а также раннего приобщения к курению, алкоголю и наркотикам.

В исследованиях И.В. Дубровиной, М.И. Лисиной (Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия, 1991), В.С. Мухиной (Мухина, 2009), А. М. Прихожан, Н.Н. Толстых (Прихожан, Толстых, 2005) и др. проанализированы особенности эмоционального развития детей, воспитывающихся вне семьи. По данным М. И. Лисиной (Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия, 1991), дети, лишённые родительского попечения, уже на первом году жизни отличаются от ровесников, растущих в семье: они вялы, апатичны, лишены жизнерадостности; у них снижена познавательная активность, «уплощены» эмоциональные проявления. Как отмечает В.С. Мухина, основные причины отклоняющегося поведения детей в том, что у них не реализуется «потребность в любви и признании, что приводит к деформации детской личности» (Мухина, 2009). В силу неправильного формирующего опыта общения дети зачастую занимают по отношению к другим людям агрессивно-негативную позицию. Нереализованность потребностей в родительской любви и признании ведёт к формированию отклоняющихся форм поведения, трудновоспитуемости, личностным трудностям в развитии, эмоциональному напряжению и фрустрациям, может повлечь развитие лживости, зависти. Неадекватные (драчливость, конфликтность, агрессия, грубость), часто аффективные реакции, выступают, по мнению Л.С. Славиной (Божович, Славина, 1979), защитной реакцией на неудовлетворённость жизненно важных потребностей, позволяющей ребёнку не снижать оценку своих возможностей.

Нестабильность настроения, агрессивность, раздражительность, конфликтность характерны для подростка. «Такие проявления эмоций, как аффекты, чувства, настроения, эмоциональный стресс, лежат в основе жизнедеятельности человека. Именно в этот период происходит усиление акцентуированности подростка, то есть тех черт, которые дремали до этого периода, а сейчас, в момент гормонального взрыва, обострились, что накладывает отпечаток на дальнейшее развитие нервно-психологи-

ческой сферы, и как следствие, эмоциональной сферы» (Кижяев-Смык, 1983). Поэтому вполне закономерным является то, что по отношению к детям-сиротам подростковый возраст как бы усугубляет и все недостатки внесемейного развития человека.

Таким образом, анализ обозначенных литературных источников, позволяет выделить следующие наиболее общие специфические особенности подростков, лишившихся родительского попечения:

- как правило, не осознают и не принимают себя как личность;
- у них формируются неадекватные социальные ожидания, чаще всего они ориентируются на внешнее окружение, на приспособление, на признание в своей среде через физическую силу, агрессию, асоциальные формы поведения (ложь, кражи, насилие);
- находясь в несгармонизированных условиях идентификации по полу из-за преобладания женщин среди персонала, а также в связи со специфической замкнутостью социального пространства проживания группы подростков, проявляют неадекватные гендерные модели поведения;
- имеют слабо выраженные мотивы и представления, связанные с будущим;
- живут по групповому нравственному нормативу, ориентируясь на «групповую совесть», поруку, базируясь на групповое «Мы», не дифференцируют личные права и обязанности.

Результаты исследования. Для подтверждения гипотезы исследования (существенность различия между подростками из полных семей и подростками-сиротами в показателях «страха перед жизнью»), как отмечалось ранее, мы выбрали следующий блок методик: метод цветowych метафор Игоря Соломина в которой подростки соотносят различные группы понятий с одним из восьми цветов, методика «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (А.А. Реан).

Метод цветowych метафор Игоря Соломина характеризуется набором понятий для интегральной оценки эмоционально-мотивационной сферы испытуемого, в том числе его потребностей, и не ограничивается выявлением отношений человека к себе, своему состоянию и другим людям.

В соответствии с методом цветowych метафор означение различных понятий одним цветом является косвенным показателем их субъективного сходства, точнее говоря сходства эмоционального отношения к этим понятиям.

Цветные карточки раскладываются на столе по кругу в произвольном порядке. Клиенту говорится: «Перед Вами имеются цветные карточки. Кроме того, я даю Вам карточки, на которых написаны названия различных понятий. Я прошу Вас каждое из этих понятий обозначить одним из цветов. Для этого Вам необходимо карточку с понятием класть надписью вниз под тем цветом, который, по Вашему мнению, является наиболее подходящим для обозначения данного понятия. Понятий больше,

чем цветов, поэтому одним и тем же цветом можно обозначать несколько понятий» (Соломин, 2000). После того как испытуемый разложил все понятия к соответствующим цветам, ему предлагается разложить цвета в порядке привлекательности: «а теперь выберите самый приятный цвет из оставшихся». В результате цветные карточки располагаются на столе в порядке предпочтения вместе с соответствующими им карточками с понятиями.

Тест основан на двух принципах. Во-первых, если человек обозначает понятие привлекательным цветом, то это может свидетельствовать о привлекательности рассматриваемого понятия, о позитивном к нему отношении. И, наоборот, к понятиям, обозначенным неприятными цветами, человек относится, скорее всего, негативно. Во-вторых, в том случае, если два или несколько понятий человек обозначает одним цветом, то, он, видимо, относится к ним приблизительно одинаково. То есть, в этих понятиях есть для человека что-то общее (Соломин, 2000).

Мотивация достижения успеха (избегания неудачи) рассматривалась нами как одна из характеристик «страха перед жизнью»: подростки, ориентированные на избегание неудач, боятся «отделиться» и испытывают «страх перед жизнью».

В результате проведённого опроса (с применением методики «Мотивация успеха и боязнь неудачи») у подростков, проживающих в детском доме, были получены следующие данные: у 57% испытуемых мотивационный фон не выражен, у 37% он связан с достижением успеха, а у 6% – с избеганием неудач (рис. 1).

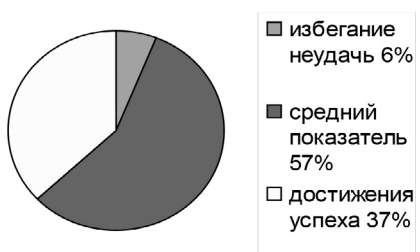


Рис. 1. Мотивация успеха и боязнь неудачи у подростков-сирот

Мотивация успеха и боязнь неудачи у подростков из полных семей является средней (48%). Этот показатель свидетельствует о невыраженной ориентации. Вторым по величине показателем, как и в предыдущем случае, является достижение успеха – 44% (см. рис. 2). У 8% испытуемых показатель избегания неудачи является самым низким. Это можно объяснить личностными особенностями респондентов.

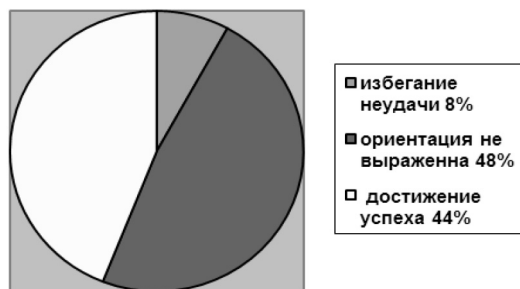


Рис. 2. Мотивация успеха и боязнь неудачи у подростков из полных благополучных семей

Таким образом, в двух группах самый высокий показатель по шкале «мотивация не выражена», на втором месте значения по шкале «достижения успеха». Математически значимых различий обнаружено не было. Из этого можно сделать вывод: на боязнь неудачи и достижения успеха не влияет состав семьи и социальное положение в обществе, зато могут влиять индивидуальные или возрастные особенности, некоторые из которых исследованы с применением упоминаемого ранее метода цветowych метафор Игоря Соломина (таблица 1).

Таблица 1

Показатели удовлетворённости-неудовлетворённости потребностей, отношение к себе и к будущему (подростки из полной семьи)

Шкалы	Удовлетворен- ние базовых потребностей		Удовлетворе- ние актуа- льных потреб- ностей		Отношение к себе		Отношение к будущему	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Неудовлетворены	17	57%	4	13%	9	30%	7	23%
Удовлетворены	13	43%	26	87%	21	70%	23	77%

Удовлетворение базовых потребностей является условием эмоционального благополучия. Из таблицы 1 видно, что у большинства подростков из полных семей базовые потребности не удовлетворены (57%).

Второй критерий «страха перед жизнью» – это удовлетворение актуальных потребностей (таблица 1).

Они удовлетворены у 87% испытуемых – это вполне объяснимо тем, что при неудовлетворённых базовых потребностях актуальные потребности являются формой их компенсации.

С помощью теста цветowych метафор можно также посмотреть, как испытуемый относится к себе в данный момент времени и каким хочет видеть себя в будущем («Я»-идеальное и «Я»-реальное). Так, у 70% подростков из полных благополучных семей отношение к себе носит позитивный характер – это те испытуемые, у которых «Я»-идеальное совпадает с «Я»-реальным. Из сравнения последних четырёх колонок таблицы 1 можно сделать вывод о том, что у ряда подростков с негативным отношением к «Я»-реальному позитивное отношение к «Я»-идеальному; подростков не устраивает их состояние в данный момент, но в будущем они хотят измениться.

При обработке шкалы на выявление отношения к будущему (таблица 1) получены следующие результаты: 77% – позитивное отношение к будущему (характеризуется ожиданиями, надеждами, намерениями, планами на будущее, представлениями человека о том, что с ним может произойти, что он будет делать). Соответствующие подростки обычно много мечтают и живут будущим, иногда забывая о настоящем. У 23% испытуемых будущее ассоциируется с такими понятиями, как страх, опасность, неудача и т.д., т.е. они боятся будущего. Обычно такие подростки плохо адаптируются, живут прошлым и опасаются что-либо менять в жизни – чаще всего это результат дефектного воспитания по типу гиперопеки.

Аналогичные исследования осуществлены по отношению к подросткам-сиротам (таблица 2).

Таблица 2

Показатели удовлетворённости-неудовлетворённости потребностей, отношение к себе и к будущему (подростки-сироты)

Шкалы	Удовлетворенные базовых потребностей		Удовлетворенные актуальных потребностей		Отношение к себе		Отношение к будущему	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Неудовлетворены	20	70%	18	60%	13	49%	10	33%
Удовлетворены	10	30%	12	40%	17	51%	20	67%

Из таблицы 2 видно, что у 70% подростков, проживающих в детском доме, не удовлетворены базовые потребности, которые являются существенной характеристикой человека, определяются его личностью и не зависят от внешних обстоятельств, в которых человек может находиться. Неудовлетворённость базовых потребностей указывает на утрату интересов, безразличие и подавленное состояние подростка. И только у 30% подростков-сирот базовые потребности удовлетворены. Принимая во внимание полученные ранее результаты исследования (таблица 1), можно

сделать вывод, что неудовлетворённость базовых потребностей – это в немалой степени особенности данного возраста.

Актуальные потребности не удовлетворены у 60% подростков, проживающих в детском доме. Однако, в сравнении с подростками из благополучных семей, актуальные потребности не выполняют у подростков-сирот выраженной компенсаторной функции. Причины данного обстоятельства требуют отдельного осмысления и дополнительных социолого-психологических исследований.

У 51% подростков-сирот отношение к себе позитивное (аналогичный показатель у детей из благополучных семей – 70%). У 67% отношение к будущему позитивное (аналогичный показатель у детей из благополучных семей – 77%). Сравнение полученных данных позволяет, на наш взгляд, обнаружить вполне объяснимые соотношения, связанные с более жизнеутверждающим настроем у «семейных» подростков. Выявленные тенденции лишней раз актуализируют эффективное педагогическое сопровождение жизнедеятельности прежде всего детей-сирот, тем более, что для них, в отличие от детей из благополучных семей, близок этап полноценной самостоятельной жизни. В связи с этим для подростков-сирот актуальна активная рефлексивная деятельность, направляемая в конструктивное русло педагогами-профессионалами, то есть способствующая адекватной личностной самооценке, саморазвитию в соответствии с выстроенными планами на будущее, достаточно оформившимися представлениями человека о том, что с ним может произойти, чем он в жизни будет заниматься, как ему справляться, а при необходимости – где искать поддержку в тяжёлых жизненных ситуациях.

Выводы. На такие показатели «страха перед жизнью», как стремление к достижению успеха и стремление к избеганию неудач не влияет (со статистически значимой достоверностью) социальное положение подростка. Сами показатели «страха перед жизнью» у представителей благополучных семей и подростков-сирот, на наш взгляд, очень высокие.

Актуальные потребности не удовлетворены у подростков-сирот больше, чем у подростков из полных семей, что тесно связано с неуверенностью в завтрашнем дне и выраженностью по соответствующим показателям «страха перед жизнью», а также с недостаточно эффективным педагогическим сопровождением жизнедеятельности подростков.

В целом результаты исследования подтверждают гипотезу исследования (состоит в существенности различий показателей «страха перед жизнью» у подростков из полных семей и у подростков-сирот) и обуславливаются обоснованием следующих положений: стремление к избеганию неудач преобладает у подростков-сирот, а стремление к достижению успеха – у детей из полных семей; у подростков-сирот актуальные потребности удовлетворены в меньшей степени, чем у подростков из полной семьи; у подростков-сирот потребность к присоединению носит более

выраженный характер, чем у подростков из полных семей; у подростков-сирот более выражена защитная агрессия, чем у детей из полной семьи.

Полученные результаты исследования нуждаются в своём дальнейшем осмыслении, уточнении, разворачивании более многоаспектных и глубоких экспериментов. Ближайшее рассмотрение планируется сфокусировать на выявленном обстоятельстве, связанном с тем, что в сравнении с подростками из благополучных семей удовлетворение актуальных потребностей не выполняет у подростков-сирот выраженной компенсаторной функции.

Список литературы

1. Божович Л.И., Слаивна Л.С. Психическое развитие школьника и его воспитание. М.: Педагогика, 1979. 212 с.
2. Бим-Бад Б.М. Амбивалентность как категория педагогики и педагогической психологии // Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2008. № 2 (10). С. 29-62.
3. Еропкина А.С. Эмоциональная нестабильность в современной школе // Культура поведения в парадигме педагогики ненасилия: сб. тр. СПб., 2006. С. 112-115.
4. Кижяев-Смык Л.А. Психология стресса. М.: Психология, 1983. 146 с.
5. Курганский С.М. Когда страх перед жизнью сильнее страха смерти // Народное образование. 2011. № 5. С. 243-250.
6. Комарова И.А. Нестабильность эмоциональной сферы личности подростка - условие возникновения стресса // Фундаментальные и прикладные проблемы стресса: материалы II Международной научно-практической конференции. Витебск: Витебский государственный университет им. П.М. Машерова, 2011. С. 118-120.
7. Лишенные родительского попечительства : хрестоматия / ред.-сост. В.С. Мухина. М.: Просвещение, 1991. 223 с.
8. Мухина В.С. Феноменология развития : учебник для студентов высш. учеб. заведений. 10-е изд., перераб. и доп. М.: Издательский центр «Академия», 2006. 608 с.
9. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. 2-е издание. СПб.: Питер, 2005. 400 с.
10. Ранк О. Травма рождения и её значение для психоанализа / пер. Е.Н. Баканов. М.: Когито-Центр, 2009. 239 с.
11. Соломин И.Л. О «цветовых метафорах», и не только о них // Психологическая газета. 2000. № 3 (54).
12. Хагуров Т.А. Девиации, социальный контроль и риск и взросления в современной России // Вестник Института социологии. 2013. № 7. С. 153-181.
13. Эриксон Э.И. Идентичность: юность и кризис : пер. с англ. М.: Флинта, 2006. 342 с.
14. Chernyak P. How to Deal With Your Teenage Anger. Text: electronic // wikiHow to do anything.... URL: https://www.wikihow.com/Deal-With-Your-Teenage-Anger#Calming_Yourself_Down_sub (date of access: 06.11.2018).
15. Bruns K.L., 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.
16. 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.

17. Erbacher T.A., Singer J.B. Suicide Risk Monitoring: the Missing Piece in Suicide Risk Assessment // Contemporary School Psychology. 2018. Vol. 22. P. 186-194. DOI: 10.1007/s40688-017-0164-8.

18. 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, № 39. DOI: 10.1186/s12991-018-0207-1.

19. Kroning M., Kroning K. Teen Depression and Suicide: A Silent Crisis // Journal of Christian Nursing. 2016. Vol. 33, № 2. P. 78-86. DOI: 10.1097/CNJ.0000000000000254.

20. Lersch Ph. Einführung in die Psychodiagnostik unter besonderer Einsicht der Ausdruckspsychologie Text. München, 1952. 248 p.

21. 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, № 145. P.1-17. DOI: 10.1186/s12916-018-1115-6.

22. 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. 1-7. DOI: 10.1186/s13104-018-3672-3.

23. Durkheim E. Suicide: a study in sociology. New York; London: Routledge, 2006. 374 p.

УДК 159.9.072

ПРИОРИТЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

М.А. Лисняк, А.В. Жарова, Г.Т. Ефремов, А.А. Смирная

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

*Сибирский государственный университет науки и технологий имени
академика М. Ф. Решетнева, г. Красноярск, Россия*

*Сибирский государственный институт искусств имени Дмитрия Хворостовского,
г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Целью данной статьи является постановка проблемы консолидированного подхода к сохранению психического здоровья студенческой молодежи в России. В работе рассмотрены распространенные технологии оказания психологической помощи студентам в организациях высшего профессионального образования в России и за рубежом. С учетом многолетнего опыта авторов в этой сфере деятельности представлены актуальные выводы и сформулированы предложения по оптимизации мероприятий, направленных на сохранение психического здоровья студентов с учетом возможностей психологической службы вуза.

Ключевые слова: студенческая молодежь, психическое здоровье, психологическая служба вуза, психологическая помощь.

Актуальность. Развитие цивилизации, способствующее комфорту и облегчающее жизнь человека, сделало его в психологическом плане хрупким и уязвимым. Все больше людей в современном мире нуждаются в психологической помощи, даже при обыденном течении их жизни, вне каких-либо природных или техногенных катастроф. В течение всей жизни возрастные кризисы протекают все с большими последствиями для здоровья, но, в первую очередь, страдают молодые люди, поскольку у них нет жизненного опыта и наработанных шаблонов поведения в жизненных ситуациях. Поскольку подавляющее большинство молодых людей после окончания среднего образования стремятся получить профессию, то логично обсуждать вопрос об организации психологической помощи именно в процессе получения профессионального образования. В системе среднего профессионального образования (СПО) психологическая служба традиционна и является логическим продолжением школьного психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, так как большинство обучающихся в организациях СПО не достигли 18 лет и являются юридически детьми, то есть несовершеннолетними (Алпатова, 2012).

Постановка проблемы. Трендом психосоциального развития человека в последние десятилетия является то, что и к хронологическому совершеннолетию достаточно много молодежи оказывается психологически незрелы, не готовы к самостоятельному функционированию вне родительской семьи. Именно они более всего нуждаются в психологической помощи. Поступив в высшее учебное заведение, молодой человек оказывается в растерянности, встретившись с требованиями высшей школы, что проявляется нарушением адаптации и нарастающим психоэмоциональным напряжением (Башкарев, 2015; Бокова, 2017; Жарова, Лисняк, Горбач, 2018). Алпатова И. С.(2012) перечисляет следующие признаки нарушения адаптации:

- снижение успеваемости по профилирующим дисциплинам и предметам, составляющих основу современного высшего образования;
- снижение мотивации к повышению эффективности результатов учебной деятельности;
- отсутствие интереса к выбранной профессии и моделированию дальнейшего профессионального развития;
- характеризующиеся конфликтным поведением взаимоотношения с участниками учебного процесса;
- нарушение правил внутреннего распорядка учебного заведения;
- низкий социальный статус;
- пониженный интерес к общественной жизни учебного заведения, отказ от участия в различных мероприятиях, самоизоляция;

– возможное снижение уровня состояния здоровья, склонность к различным заболеваниям.

Многие исследователи рассматривают психологическую помощь студентам высших учебных заведений в рамках психологического сопровождения учебного процесса (Дубровина, 2011; Забродин, 2016). Несмотря на широкое использование этого термина и наличие множества моделей психологических служб в вузах страны, на современном этапе развития науки не существует общепринятой дефиниции данного понятия (Пономарёва, 2016). В вопросе психологического сопровождения образовательного процесса в высшем учебном заведении под этим понятием Е. Ю. Пономарёва рекомендует понимать систему организационных, диагностических, обучающих и развивающих действий, направленных на создание оптимальных условий формирования личности будущего специалиста. И включает в перечень конкретных мероприятий по реализации психологического сопровождения на первое место психодиагностическую деятельность, психокоррекционную и развивающую работу, а также психологическое консультирование. Фактически это совпадает с содержанием понятия «психологическая помощь».

Анализируя деятельность различных вузов в оказании психолого-педагогической помощи в освоении учебных программ и адаптации на рынке труда, Е. Л. Славгородская (2012) отмечает, что единой концепции психологической помощи студента не существует и выделяет ряд направлений психологического обеспечения студентов в России:

1. Профессиографирование, составление идеальной «модели специалиста», профессиограмм, психограмм, квалификационных требований кспециалистам, компетенций. Уточнение существующих профессиограмм и психограмм в связи с требованиями времени, изучение реального рынка труда, требований работодателей к специалистам.

2. Профорientационная работа с абитуриентами, школьниками (ознакомление с профессиограммами, психограммами специальностей по которым ведется подготовка в вузе, профпросвещение, изучение рынка труда, профконсультирование, профдиагностика), отбор наиболее подготовленных абитуриентов.

3. Психологическое сопровождение специальности. Разработка программ диагностики, коррекции и развития профессионально важных личностных качеств в соответствии с профессиограммами и психограммами. Подбор инструментария для решения поставленных задач. Непрерывное психологическое сопровождение профессионального образования. Осуществление профессионального становления и развития личности студентов.

4. Развитие учебной мотивации у студентов и заинтересованности в будущей профессии. Планирование профессионального плана, маршрута будущей профессии, карьерного роста, индивидуальной образователь-

ной траектории каждого студента, повышения успеваемости студентов, профессиональная адаптация. Развитие рефлексивной сферы сознания и мышления обучающихся в направлении профессионального самоопределения, развитие творчества, формирование ценностных ориентаций.

5. Помощь студентам в адаптации к условиям обучения в вузе и к выбранной профессии. Это осуществляется через институт кураторства, профдиагностики, обучения навыкам культуры познавательной деятельности и общения, психологической регуляции, в психологическом консультировании в трудных случаях, при выработке индивидуального стиля учебы и планировании профессиональной карьеры.

6. Проектная деятельность: моделирование в доступной форме будущей профессиональной деятельности: студенческие фирмы, тренажеры и т.п.

7. Повышение психологической культуры преподавательского состава, кураторов, администрации и сотрудников вуза. Это осуществляется через организацию повышения квалификации: тренинги, лекции, обмен опытом работы и т.п.

8. Повышение уровня преподавания в вузе с учетом новейших достижений психолого-педагогической науки: внедрение активных методов преподавания, демократизация и гуманизация педагогического общения, учет возрастных и индивидуальных особенностей студентов, типов их личности и т.п.

9. Психологическое просвещение. Пропаганда возможностей современной психологии в повышении уровня профессиональной подготовки студентов и помощи в решении их проблем, путей разрешения психологических трудностей.

10. Психологическое консультирование всех участников образовательного процесса в вузе. Разрешение кризисных ситуаций. Проводится в интересах всех субъектов высшего образования: студентов, преподавателей, сотрудников и других. Приоритетным при этом будет являться осуществление психолого-педагогических мероприятий по изучению и оценке способностей конкретного человека с целью оказания профконсультантом помощи ему в выбранной профессии.

11. Психодиагностика. Изучение проблем студентов, абитуриентов, молодых специалистов и т.д. Психологическая диагностика профессионального развития личности: профессиональные предпочтения, склонности, возможности и др.

12. Психопрофилактическое направление. Предотвращение неблагоприятных ситуаций, проблем.

13. Коррекционно-развивающая работа. Создание психологической среды, способствующей профессиональному личностному росту студентов, что предполагает индивидуальную работу с отдельными студентами и фронтальную работу со студенческими группами.

14. Воспитательная работа со студентами и студенческими группами, построенная в психологически обоснованном направлении.

15. Организационно-методическая деятельность: клубы, диспуты и т.п.

16. Повышение уровня преподавания психологии в вузе и адаптация курсов психологии к выбранной специальности.

17. Научно-исследовательская работа в проблемных направлениях, проведение научно-практических конференций, семинаров.

18. Волонтерское движение студентов. Привлекаются студенты-психологи для оказания психологической помощи студентам других факультетов, а также студенты, уже прошедшие курс психологической помощи (например, тренингов) в оказании помощи психологам в работе с новичками.

19. Получение дополнительной специальности студентами. В случае явной психологической несовместимости студента с требованиями будущей профессии, по которой ведется его основная подготовка или его желания расширить образование.

20. Помощь в успешной адаптации на рынке труда, при подборе наиболее подходящего места работы с учётом психологических показателей. Развитие потребности в непрерывном образовании и самообразовании.

Такая постановка вопроса созвучна с опытом организации психологической помощи студентам за рубежом, изучению которого посвящено множество работ отечественных авторов, в том числе и собственных (Горбач и др., 2012; Крутых, 2012; Мальцева, 2014; Пономарева, 2016). За рубежом университеты первостепенное значение придают профессиональной ориентации и отбору наиболее подготовленных абитуриентов, высоко замотивированных на обучение по выбранной специальности. Зарубежные и отечественные исследования, в том числе и собственные, свидетельствуют о том, что предварительный отбор студентов существенно ускоряет и упрощает процесс их адаптации к процессу высшего образования по выбранной специальности и позволяет избежать многих психологических проблем. Об этом же свидетельствует и опыт вузов, ведущих подготовку специалистов в сфере культуры и искусства. В эти учебные организации приходят мотивированные на получение специальности абитуриенты. В дальнейшем процессе обучения для студентов вузов системы культуры и искусства важна не столько мотивация к учебе, сколько создание благоприятного социально-психологического климата в образовательной организации и психолого-педагогическая поддержка.

В практике оказания психологической помощи населению России и студентам, в частности, наиважнейшим является вопрос инициации обращения по вопросам психологического характера и психического благополучия в целом. В зарубежных странах существует система оказания экстренной психологической помощи всем участникам образова-

ния через государственную территориальную психологическую помощь или через разнообразные социальные программы. Olga Zeveleva (2017), докторант факультета социологии Кембриджского университета, так пишет об организации психологической помощи в Кембриджском университете: «... Студенты бакалавриата приписаны к «колледжам». Внутри колледжей студенты приписаны к «образовательным директорам» - это такие научные руководители, которые следят за академическим прогрессом группы студентов, а также за их психологическим состоянием. Психологическая составляющая работы директоров называется «studentwelfare». Если семинарист, преподаватель, или друг заметил, что студенту нехорошо, они обычно сообщают об этом по электронной почте образовательному директору этого студента. Образовательный директор обсуждает проблему и состояние студента с ней или с ним в неформальной обстановке, и может направить студента в университетский центр психологической помощи, который похож на небольшую поликлинику. Там студент заполняет анкету, которая позволяет представление о его состоянии, анкету оценивают специалисты, и если ситуация тяжелая или экстренная, с ним сразу начинает работать психолог. Психолог может направить студента к врачу и «аутсорсить» ситуацию на систему здравоохранения. В менее тяжелых случаях студента записывают в очередь к университетскому психологу. Но часто образовательные директора «мониторят» студентов не настолько явным образом: если директор знает, что студенту плохо, он может постараться как бы «случайно» наткнуться на студента в коридоре и заговорить о погоде, потом узнать, как дела, и всячески предотвратить возникновение ощущения у студента, что ее или ее слишком жестко куда-то направляют или пытаются «исправить». Иногда директор может попросить психолога «случайно» оказаться на каком-то общем мероприятии с определенным студентом. И так работают целые команды людей. Еще есть превентивные мероприятия и инстанции, например, студенческие комитеты по welfare, которые внутри колледжей могут организовывать чаепития раз в неделю и обсуждать проблемы, советовать однокурсникам обратиться за помощью, если это требуется, поддерживать студентов морально. В периоды сессий и экзаменов эти комитеты особенно активны, в мой колледж они один раз привезли пару дюжин щенков, чтобы студенты с ними играли и таким образом снимали стресс».

Аналогичное мнение высказывает и Michael Cugialy (2017) ZE Student Counseling and Psychological Counseling, Free University of Berlin: «В Германии студенты могут получить помощь от центров психологического консультирования университетов и студенческих организаций без долгого ожидания и бюрократии. В этих центрах можно забронировать индивидуальную встречу с психотерапевтом, чтобы вместе искать решение проблемной ситуации. Многие центры психологической помощи также

предлагают семинары и группы для студентов. На них студенты могут вместе обсуждать проблемы с учебой (например, нежелание учиться, боязнь экзаменов, трудности с планированием времени). В Германии вся эта помощь оказывается бесплатно.

Если преподаватель или студент считает, что у другого студента или студентки возникают психологические трудности, то стоит лично обратиться в консультационный центр и описать ситуацию. Затем обратившемуся посоветуют, как можно помочь ученику или ученице (например, мотивировать его или ее пойти в консультационный центр и обратиться за помощью, если необходимо)».

Башкарев Д. (2015) пишет об опыте работы психологической службы в СПбГУ, где прием ведут студенты старших курсов, аспиранты и преподаватели факультета психологии СПбГУ – специалисты, имеющие подготовку и опыт в области психологического консультирования. С 2011 г. в Межрегиональном открытом социальном институте г. Йошкар-Ола стала работать психологическая служба и ее специалисты отмечают ежегодное увеличение числа обратившихся в службу студентов. Наибольшее количество (40 %) составляют обращения по семейным проблемам.

Мы согласны с мнением Рудаковой О.А. (2016) в том, что с какой бы позиции - помощи, содействия, поддержки или сопровождения - ни рассматривалась деятельность практического психолога, в любом случае можно говорить о пяти основных направлениях этой деятельности:

1) просвещение в рамках психологической модели сопровождения, направленной на оказание информационной помощи участникам образовательного процесса;

2) психопрофилактика, подразумевающая работу по предупреждению дезадаптации (нарушений процесса приспособления к социальной среде) обучающихся в высшем образовательном учреждении, создание благоприятного психологического климата в учреждении, осуществление мероприятий по предупреждению и снятию психологической перегрузки и т. п.;

3) психодиагностика, важнейшей целью которой является выявление психологической информации о человеке или группе, «конкретных знаний о конкретном человеке, полученных на основе обобщенной научной теории»;

4) психологическое консультирование, целью которого является обеспечение человека необходимой психологической информацией и создание условий (в результате общения с психологом) для преодоления жизненных трудностей и продуктивного существования в конкретных обстоятельствах;

5) психологическая коррекция, понимаемая как целенаправленное воздействие на те или иные сферы психики, ориентированное на приведение ее показателей в соответствие с возрастной или иной нормой.

И эти направления должны реализовываться через вузовскую психологическую службу, с соблюдением основных принципов психологического сопровождения, которые заключаются в формировании и принятии ответственности за решение субъекта развития, где сопровождающий объект обладает только совещательными правами:

- 1) приоритет интересов сопровождаемого,
- 2) непрерывность сопровождения,
- 3) мультидисциплинарность сопровождения (Рудакова, 2016).

Вывод. В большинстве российских вузов не организован мониторинг психологического состояния обучающихся. Возлагать такие функции на профессорско-преподавательский состав без их соответствующей подготовки не представляется возможным. Существующие психологические службы не укомплектованы кадрами настолько, чтобы в полной мере удовлетворить потребность студенчества в психологической помощи.

Анализ обращений студентов к психологам вузов г. Красноярск (ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, ФГБОУ ВО «СибГУ им. М. Ф. Решетнева», ФГБОУ ВО «СГИИ им. Д. Хворостовского») свидетельствует о том, что для благополучного личностного развития современной студенческой молодежи требуется решение целого спектра проблем: проблем, связанных с преодолением чувства неполноценности, проблем, связанных с сексуальностью, проблемой становления личностного и социального статуса и профессионального становления, психологического здоровья (превентивная и текущая помощь при душевных страданиях, связанных с расстройствами настроения, жизненными стрессами, конфликтами, пограничными состояниями).

Для молодежи характерными являются дизадаптационные проявления и личностные кризисы, проявляющиеся в перенапряжении эмоциональной сферы и поведенческих нарушениях. Все более часто при обращении студентов в психологическую службу вуза стали выявляться проблемы, требующие психотерапевтической работы, психиатрической и наркологической помощи. Психологи вузов рекомендуют обращаться в соответствующие организации, часто используют личные неформальные контакты для того, чтобы не нарушить сложившиеся доверительные отношения и оказать максимально эффективную помощь молодому человеку.

По нашему мнению, среди всех направлений психологической помощи студентам, в рамках психологического сопровождения образовательного процесса, администрациям вузов следует больше внимания уделить продумыванию форм оказания психологической помощи студентам, созданию условий для психологического консультирования и психотерапевтической работы в условиях психологической службы вуза. Это поможет сохранить потенциал психического и физического здоровья учащейся молодежи, а порой и сохранит определенное количество жизней при угрозе суицида. Психологическое консультирование и психотерапевтическая работа в России

не входят в программу обязательного медицинского страхования граждан, следовательно, во многих случаях получение подобной помощи сопровождается финансовыми затратами из личного бюджета. Учитывая, что студенты в основном финансово несамостоятельны, подобные затраты могут лечь на родительскую семью. На сегодняшний день большинство российских семей не может себе позволить подобную роскошь – платить за психологическое консультирование либо психотерапевтическую работу с их ребенком, а зачастую и не понимают значения такой работы для своих детей.

Очевидно, что сложившаяся ситуация по решению проблемы сохранения психического здоровья студенческой молодежи – наиболее перспективной части Российского общества – требует безотлагательных мер на основе комплексного подхода и системного решения с привлечением всех заинтересованных министерств и ведомств.

Список литературы

1. Алпагова, И.С. Психологическое сопровождение учебного процесса в системе начального и среднего профессионального образования // Психологические науки: теория и практика: материалы междунар. науч. конф. (Москва, февраль 2012 г.). М.: Буки-Веди, 2012. С. 92-94.
2. Башкарев Д.В. Организация психологической помощи студентам в вузе (на примере Кубанского государственного технологического университета) Текст: электронный // Международный студенческий научный вестник. 2015. № 5-2. URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=13312> (дата обращения: 20.10.2019).
3. Бокова О.А. Теоретические аспекты работы психологической службы образования по предупреждению возникновения социально-психологических проблем в поведении и развитии личности // Мир науки, культуры, образования. 2017. № 4 (65). С. 226-227.
4. Варенникова А.Д. Психолого-педагогическая работа как основа профилактики аддиктивного поведения студентов // Педагогическое образование в России. 2011. № 1. С. 93-98.
5. Дубровина И.В. Задачи психологической службы на инновационном этапе развития образования // XXVI Мерлинские чтения: Психологические инновации в образовании : материалы Всерос. науч. конф., посвящ. 90-летию со дня образования ПГПИ-ПГПУ. Пермь : Изд-во ПГГУ, 2011. С. 18-21.
6. Забродин Ю.М., Метелькова Е.И., Рубцов В.В. Концепция и организационно-структурные модели психологической службы образования // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2016. Т. 8, № 3. С. 1-15. DOI: 10.17759/psyedu.2016080301.
7. Игнатова Е.С. Концепция психологической службы в современном образовании // Психология и психотехника. 2011. № 3. С. 87-96.
8. Крутых Е.В. Возможности психологической службы в решении проблемы социально-психологической адаптации студентов в вузе // Социальная сфера общества: инновационные тенденции развития: сб. материалов III Междунар. науч.-практ. конф. «Социальная сфера общества: инновационные тенденции развития» (22 ноября 2012 г.). Краснодар: ИЭиУМиСС, 2012.
9. Мальцева А.А. Психологическая служба как компонент системы образования современной образовательной организации // Наука в современном мире: теория и практика : материалы II Междунар. науч.-практ. конф. Уфа : Изд-во ИЦИПТ, 2014. С. 57-60.

10. Методология изучения и сохранения здоровья участников образовательного процесса в вузе : монография / под ред. Н.А. Горбач и М.А. Лисняк. Красноярск : СибЮИ ФСКН России, 2012. 248 с.

11. Пахальян В.Э. Психопрофилактика в образовании // Вопросы психологии. 2002. № 6. С. 103-113.

12. Пономарёва Е.Ю. Задачи и содержание психологического сопровождения образовательного процесса в высшей школе // Научно-педагогическое обозрение. 2016. №4 (14). С. 7-12.

13. Рудакова О.А. Психологическое сопровождение в высших образовательных учреждениях // Научно-педагогическое обозрение. 2016. №4 (14). С. 18-26.

14. Славгородская Е.Л. Психологическое обеспечение помощи студентам в вузе // Казанский педагогический журнал. 2012. №4 (94). С. 108-116.

15. Концепция развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года (проект). Текст: электронный. URL: <http://www.psy.msu.ru/search.html?searchid=2110522&text> (дата обращения: 11.10.2017).

16. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 июля 2015г. № 514-н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог-психолог (психолог в сфере образования)». Текст: электронный. URL: http://psyjournals.ru/files/77328/prof_standart_psychologist.pdf (дата обращения: 11.10.2017).

17. Приказ Министерства образования Российской Федерации от 22.10.99 г. № 636 «Положение о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации». Текст: электронный. URL: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minobrazovaniya-99-0636/> (дата обращения: 11.10.2017).

18. Лаборатория социальных наук [сайт]. URL: <https://ssl-research.org/member/zeveleva/> (дата обращения: 11.11.2019).

19. Психологическая служба в вузе // Межрегиональный открытый социальный институт [сайт]. URL: <http://mosi.ru/ru/mosi/psihologicheskaya-sluzhba-v-vuze> (дата обращения: 17.10.2014).

20. Служба психологической помощи // Санкт-Петербургский государственный университет. Факультет психологии [сайт]. URL: <http://www.psy.spbu.ru/department/psychcentre/sluzhba> (дата обращения: 12.10.2014).

УДК 61.616

КОНСУЛЬТАЦИОННАЯ РАБОТА ПСИХОЛОГА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

И.А. Маклакова, М.А. Лисняк

*Красноярский межрайонный родильный дом № 4, г. Красноярск, Россия
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье рассматривается консультационная работа психолога в современном родильном доме. Раскрываются различные аспекты деятельности практического психолога в работе как с пациентками, так и

с медицинским персоналом учреждения. Особое внимание уделено деятельности психолога в стационаре роддома.

Ключевые слова: беременные женщины, психологическая помощь, роддом, эмоциональное напряжение.

Актуальность. По данным одного из последних исследований Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), приуроченного ко Всемирному дню психического здоровья, к профессиональному психологу при возникновении стрессовых ситуаций обращался каждый десятый россиянин, при этом большинство из обратившихся – женщины. Беременные женщины больше других подвержены стрессу и тревоге, особенно в период их нахождения в родильном доме.

Беременность – это естественный физиологический процесс для женского организма, но для многих современных женщин становится серьезным испытанием для соматического здоровья и психического равновесия (Woods, 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 и др., 2011). Определённая часть женщин, которые имеют высокий уровень образования и профессиональной подготовки, оказываются не 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, 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 состояние, 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 и др., 2011). В связи с этим работа штатного психолога в родильном доме, который в своей структуре содержит кроме стационара женскую консультацию приобретает особую актуальность.

Постановка проблемы. Красноярский межрайонный родильный дом № 4 включает в себя: женскую консультацию, в которой оказывается амбулаторная помощь женщинам и стационар. В свою очередь стационар структурно представлен:

- отделение новорожденных;
- акушерское физиологическое отделение;

- акушерское отделение патологии беременности;
- отделение анестезиологии-реанимации;
- акушерское наблюдательное отделение;
- гинекологическое отделение.

Обширный и разнообразный фронт работы требует четкой регламентации деятельности штатных психологов, координации их функциональных обязанностей для осуществления комплексного психологического сопровождения беременных и женщин с гинекологическими заболеваниями, а также психопрофилактической работы с медицинским персоналом. На сегодняшний день отсутствует нормативно-правовая база, которая позволяла бы оптимизировать должностные инструкции психолога в структуре родильного дома. Отсутствует четкое понимание важности психологической работы на каждом этапе оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам. Данная оптимизация необходима для осуществления целостного подхода к организации психологической помощи указанным контингентам, создания преемственности в процессе психологического сопровождения беременных и женщин с гинекологическими заболеваниями между различными структурными подразделениями родильного дома, а также расстановки приоритетов на каждом этапе помощи.

Методы и материалы. Изучен и обобщен опыт работы практических психологов ККБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4» за период с 2009 по 2018 годы. В качестве первичной документации были проанализированы ежегодные отчеты о проделанной работе штатных психологов стационара родильного дома и женских консультаций.

Результаты исследования. На этапе психологического сопровождения в женской консультации наиболее актуальным оказывается преабортное консультирование и коррекция типа отношения к беременности.

Целью преабортного консультирования является формирование у женщины осознанного решения относительно сохранения наступившей беременности. По данным Росстата, за 2018 год в Красноярском крае родилось 33527 детей, при этом число прерываний беременности составило 21967. Другими словами, 39,6 % беременностей закончились абортом. Преабортное консультирование включает в себя информирование женщины о возможных последствиях аборта, помощь в решении социальных и юридических вопросов и, самое главное, психологическую поддержку, а также психокоррекцию страхов и тревожных опасений, связанных с деторождением. Подобная работа связана с высоким эмоциональным напряжением и ответственностью, требует от психолога наличия не только специальных знаний, но и жизненного опыта.

В женской консультации в функциональные обязанности штатного психолога должно входить консультирование по поводу определения типа отношения к беременности и, в случае деструктивного либо негативно-

го отношения к ней, психокоррекционная работа с женщиной. 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 шевелениями 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 (Добряков, 2010).

В стационаре перед штатным психологом стоят несколько иные задачи, во многом зависящие от специфики отделения. К психологу обращаются женщины из всех отделений с разными уровнями психологической и социальной зрелости: с низким и высоким уровнем осознанности, разным социальным статусом и возрастом. В каждом случае работа психолога строится на принципах индивидуального подхода.

Среди наиболее частых причин обращения можно выделить следующие:

- страх перед операцией и анестезией;
- страх перед предстоящими родами;
- тревога за жизнь и здоровье ребенка;
- состояние горя и утраты в случае неблагоприятного разрешения беременности.

Обсуждение результатов. В стационаре роддома в первую очередь востребована психологическая помощь при подготовке к операции. Страх перед операцией испытывает каждый человек, которому она предстоит. Это неконтролируемая реакция организма, и она возникает даже в том случае, если пациент понимает, что операция неопасна и вероятность осложнений очень низкая. Задача психолога - помочь справиться с волнением и снизить тревожность.

Чаще всего тревогу вызывает не столько сама операция, сколько процедура анестезии и состояние наркоза. В данном случае речь идет о страхе потери контроля над своим телом. Под наркозом человек не может оценивать поведение медицинского персонала и влиять на ход хирургического вмешательства. Тяжелее всего справляются с принятием операции под общим наркозом люди, которые испытывают трудности с доверием. Сильное эмоциональное напряжение женщин в предоперационный период оказывает негативное влияние не только на психологическое, но и на физиологическое состояние, и осложняет работу медицинского персонала.

Чтобы снять напряжение и помочь подготовиться к операции, используются различные методы психотерапии:

- когнитивно-поведенческая терапия, которая помогает избавиться от неосознанных разрушительных установок и стереотипов, связанных с операцией и наркозом;
- работа с метафорами, которая позволяет справляться с негативным эмоциональным состоянием и ограничивающими убеждениями;
- психологическое консультирование, которое дает пациенту возможность выговориться и получить эмоциональную поддержку.

На втором месте по запросам пациенток оказалась психологическая помощь в случае неблагоприятного разрешения беременности. Женщины, направленные на прерывание беременности по медицинским показаниям – особая категория пациентов родильного дома, которая остро нуждается в психологической помощи. Очень многие из них проходят через стадию отрицания, сомневаются в правильности диагноза, обвиняют медицинский персонал. В таких случаях задача психолога – помочь преодолеть все стадии горя и вернуться к нормальной жизни. Хорошие результаты дает применение техники «Окно Джохари», которая помогает разобраться в себе и понять по какому пути двигаться дальше.

Важное место в деятельности штатного психолога роддома занимает работа с медицинским персоналом. Медицинские работники в силу своей профессии относятся к группе риска появления синдрома эмоционального выгорания, что обусловлено следующими причинами:

- ежедневное эмоционально напряженное общение с пациентами и их родственниками, в том числе негативно настроенными;
 - столкновение с непредсказуемыми обстоятельствами и экстренными ситуациями;
 - невозможность оказать медицинскую помощь в некоторых случаях, которые заканчиваются летальным исходом;
 - угроза обращений в суд с юридическими исками и жалобами родственников пациентов в случае неблагоприятного исхода беременности.
- В свете последних событий в России, связанных с расследований ситуаций, связанных с врачебными ошибками, вполне понятен страх реального уголовного преследования.

С учетом вышесказанного, в обязанности штатного психолога Красноярского межрайонного родильного дома № 4 входит работа с медицинским персоналом, направленная на профилактику синдрома эмоционального выгорания, обучение коммуникации и налаживание благоприятного психологического климата в коллективе. Проводятся плановые групповые встречи с психологом, а также индивидуальные консультации.

Вывод. Таким образом, психологическая работа необходима на каждом этапе оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам. Оптимально если будет соблюдаться преемственность при переходе от

амбулаторного звена к стационарному. Это можно осуществить через создание электронного психологического паспорта пациентки, в котором бы отражались ее индивидуально-психологические особенности, в том числе и личностные аномалии. Подобная информация во многом избавит от коммуникативных проблем медицинского персонала с пациентками, а это в свою очередь повысит удовлетворенность пациентами качеством оказанной медицинской помощи.

Список литературы

1. Абдурахманов Ф.М., Мухамадиев И.М., Рафиева З.Х., Надьрова А. 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, 2009. 31 с.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб. : Питер, 2010. 271 с.
4. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. 2-е изд., 2012. 384 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., Вартанова 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. Методические аспекты организации психологической работы в перинатальных центрах : методическое пособие / авт.-сост. М.М. Ицкович, Т.Г. Ярославцева, Л.С. Сафаргаллина, А.А. Попова. Екатеринбург: Издательский Дом «Ажур», 2018. 68 с.
8. Woods D. Psychotherapist Small children and their mothers. 2014. Vol. 20, № 3. P. 177-181.

УДК 159.9.072

ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ

Д.В. Максимов

Областной клинический психоневрологический диспансер, г. Тверь, Россия

Аннотация. В данной статье описаны результаты эмпирического исследования, посвященного изучению влияния сети Интернет на формирование суицидального риска у подростков, состоящих в деструктивных (суицидальных) сообществах в социальных сетях. Уделяется внимание взаимосвязи акцентуаций характера и формирования суицидального поведения.

Ключевые слова: подростки, суицидальное поведение, акцентуации характера, интернет, социальные сети.

Актуальность. В настоящее время, как в нашей стране, так и за рубежом особое внимание уделяется увеличению суицидальных тенденций среди молодежи. Суицид – глобальная проблема современного общества. Роспотребнадзор сообщает, что Россия занимает первое место в Европе по количеству самоубийств среди подростков (Федеральная служба государственной статистики, 2015). За последние 5 лет около 14157 подростков покончили жизнь самоубийством. На каждые 100 тысяч детей 12-14 лет приходится 2,5 суицида, среди подростков 15-19 лет – 16,3 (Денисова, 2018). Анализируя все вышесказанное, можно сделать вывод, что наиболее уязвимой в отношении самоубийства возрастной группой выступают старшие подростки в возрасте от 15 до 19 лет. Считается, что на каждое законченное самоубийство у подростков приходится до 100-200 суицидальных попыток (Богомягкова, 2017).

Следует подчеркнуть, что подростковый суицид сложнее, чем может показаться на первый взгляд. Период подросткового возраста в психологии многими учеными трактуется как кризисный. Это момент перехода от детства к взрослой жизни. Новообразованием данного возраста является «чувство взрослости», а ценности взрослой жизни и формы взаимодействия во взрослом мире еще не сформированы. Ведущая деятельность подростка – общение со сверстниками. Сложность кризиса этого возраста – не только появление внутренних конфликтов, но и конфликтов с окружающим миром. Зачастую трудности и проблемы, возникающие на пути молодого человека, он не в силах решить самостоятельно (Алимова, 2014).

За последние несколько лет интернет стал одной из важных сфер жизни для большинства населения. Современное общество вынуждает человека быть максимально зависимым от технологий, сокращая при этом его естественное коммуникационное пространство. Виртуальное общение начинает заменять реальные межличностные взаимодействия между людьми, что приводит к тому, что современное общество постепенно отстраняется от реальной жизни, все больше погружаясь в интернет-пространство. В большей степени попаданию в зависимость от «Всемирной паутины» подвержены подростки. Наиболее актуальной на сегодняшний день проблемой, связанной с отсутствием информационной безопасности во «Всемирной паутине», является массовое распространение потенциально-опасного контента, направленного на вовлечение подростков в опасные для их жизни информационные группы в социальных сетях, пропагандирующие суицидальное (аутоагрессивное) поведение. Наиболее опасным видом данных групп являются «Группы смерти».

В феврале 2019 года «Центр интернет-технологий» проводил исследование «хештеги групп смерти» в социальных сетях. Статистика показала, что деятельность различных социальных проектов, направленных на сокращение количества хештегов, не дала положительного эффекта, а коли-

чество игроков только увеличилось. С начала 2017 года найдены около 41 601 возможных участников «групп смерти». Исследование показало, что после активных действий администрации «ВКонтакте», направленных на блокировку и ликвидацию хештегов опасных групп, вирус с новыми «отметками» распространился в Instagram. Зафиксировано более 45 тысяч новых хештегов (большая часть которых приходится на Москву и Санкт-Петербург), с помощью которых администраторы групп связываются с детьми (Интересный блог aae.su, 2019).

В связи с этим актуальность данного исследования обусловлена увеличением числа суицидов у подростков, состоящих в деструктивных (суицидальных) сообществах в социальных сетях. Власти пытаются бороться с интернет-пропагандой суицида – закрывать данные сообщества. Однако из-за анонимности сети, отсутствия во «Всемирной паутине» информационной безопасности массовое распространение потенциально-опасного контента по-прежнему продолжается. Также ситуация осложняется многочисленными вариациями названий «групп смерти» и быстрой реакцией модераторов групп на различные превентивные мероприятия. Последнее выражается в том, что как только адрес определенной группы отслеживается и блокируется, сразу возникает еще несколько аналогичных страниц «групп смерти», привязанных уже к другому адресу. Подростки, состоящие в прошлой группе, приглашаются в заново открытую страницу, получая сообщение со ссылкой на новый адрес группы.

Таким образом, данная социально-психологическая проблема демонстрирует острую необходимость в комплексном изучении этой многогранной «социальной болезни».

Постановка проблемы. Проблема влияния «Всемирной паутины» на сознание подростков хоть и является молодой, но уже достаточно проработана. Ее исследованием занимались следующие ученые: Н. Карр, Дж. Сулер, К. Янг, А. Е. Войкунский, Г.В. Солдатова и другие. Проблемой суицидальных проявлений в подростковом возрасте занимались А.Г. Амбрумова, Ф.Е. Василюк, Е.М Вроно, С.В. Бородин, Е.А. Веселкова, А.Н. Ишимбаева, А. С. Михлин, Ю.М. Бубнов, Н.В. Ярошенко, Ю.В. Попов и др.

В связи с информатизацией современного общества суицидальное поведение молодежи изменилось. С развитием интернета увеличивается количество людей, предпочитающих виртуальное общение, что ведет к разрушению человеческих взаимоотношений в реальной жизни и появлению депрессии. В кризисные периоды жизни подростки из любопытства или, стремясь найти собеседников и обсудить свои проблемы, могут легко зайти на сайты, пропагандирующие суицид.

В социальных сетях присутствует множество сообществ, в которых созданы условия для реализации механизма формирования суицидального поведения у несовершеннолетних. Суицидальное поведение у не-

совершеннолетних, сформированное под влиянием таких сообществ, реализуется в «игровой» форме, отличаются ритуальностью и итоговой целью, которую можно определить как привлечение к себе внимания в социальных сетях.

Посты, публикуемые в социальных сетях, дают представление о том, как происходит продвижение участников по этапам «игры». За определенный промежуток времени участники данных групп должны выполнить различные задания, которые приводят к последнему пункту – уходу из жизни. В случае отказа начинается запугивание подростка тем, что его найдут или причинят вред его родным, близким людям. Таким способом админы (кураторы) толкают участников к попытке ухода из жизни (Интересный блог aae.su, 2019).

Несмотря на это, на сегодняшний день околосуицидальный и в целом депрессивно-(ауто)агрессивный контент продолжает составлять значительную часть содержания десятков массовых (от сотен тысяч до миллиона и более участников) постоянно обновляемых пабликов. Сообщества, в которых отсутствуют прямые призывы к самоубийству или преступлениям, призваны создавать соответствующий фон, оказывающий пролонгированное воздействие на психику (Интересный блог aae.su, 2019).

Анализ информационных источников (статьи в периодических изданиях и сети Internet) позволил дифференцировать деструктивные группы, оказывающих негативное влияние на психику подростков следующим образом:

- группы по контролю сознания или «группы смерти» («Синий кит», «Море китов», «Разбуди меня в 4.20», «Тихий дом», «F57», «Розовый пони» и т.д.);
- группы, пропагандирующие смертельные игры («Беги или умри», «Заброшенки», «Зацеперы», «Челлендж 24 часа» и т.д.);
- депрессивные паблики («Киты умирают в лужах бензина», «Океан грусти», «Снова депрессия», «А если я умру, ты заплачешь?» и т.д.);
- группы селфхарма. Селфхарм – преднамеренное повреждение своего тела по внутренним причинам без суицидальных намерений;
- сообщества дэд пейдж – это страницы умерших людей, на которых хранятся записи о событиях, мысли и переживания («Мертвые страницы»);
- сообщества, пропагандирующие голодание («Анорексичка», «45 кг», «Последняя диета» и т.д.);
- группы, пропагандирующие ружинг – экстремальный вид индустриального туризма, суть которого заключается в проникновении на крыши высотных зданий и сооружений;
- экстрим-селфи.

Данная классификация демонстрирует варибельность существующих суицидальных групп в социальных сетях. В сети существует сотни групп,

в которых обсуждаются темы одиночества, отчаяния и бессмысленности бытия. Эти группы обладают определенной статусностью, различными заданиями по инициации, символами и знаками, разработанными «специалистами», знающими психологические особенности подросткового возраста. Различный навязываемый несовершеннолетним «пользователям» контент: многочисленные видеоролики суицидальной тематики, депрессивные картинки записи к постам, депрессивно-трансовое содержание музыкальных треков сообщества, тщательно отобранные фотоматериалы некрофильной тематики, различные высказывания, героизирующие образ подростка, решившегося на суицид, отражают злой умысел «кураторов» данных групп.

Все вышесказанное демонстрирует необходимость детального изучения данной проблемы путем проведения эмпирического исследования.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе «Центра суицидальной превенции» ГБУЗ ОКПНД г. Тверь

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: теоретические (анализ и изучение литературы и методических руководств по теме исследования); эмпирические (тестирование); методы математической статистики (проверка на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка, формула Спирмена на вычисление коэффициента корреляции).

Исследование реализовано с помощью таких методик как «Опросник суицидального риска» модификации Т.Н. Разуваевой; «Карта риска суицида» модификация для подростков Л.Б. Шнейдера; методика «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири.

Выборка исследования составила 30 респондентов в возрасте от 14 до 18 лет, состоящих в деструктивных (суицидальных) сообществах в социальных сетях.

Результаты исследования. Полученные результаты анкетирования говорят о том, что большинство подростков проводит в Интернете больше 6-ти часов в день (65%), из них 30% имеют выраженные акцентуации характера демонстративного, эмотивного, тревожного и аффективного типов.

100% человек зарегистрировано хотя бы в одной из социальных сетей.

Чаще всего Всемирной сетью подростки пользуются в целях общения, что указали 92% испытуемых, а также для прослушивания музыки и просмотра фильмов (74%).

Социальными сетями, в основном, подростки пользуются для общения со знакомыми из реальной жизни (100%). Кроме того, 81% респондентов использует сеть Интернет для общения с людьми, с которыми познакомились в интернете. 72% из них подростков, потенциально предрасположенных к суицидальному поведению. 70% испытуемых указывают использование социальных сетей для новых знакомств, 66% – те, кто имеют потенциальную склонность к самоубийству.

Среди наиболее интересных для подростков групп были отмечены группы по интересам (98%) и развлекательные группы (90%).

27% респондентов отмечают, что социальные сети влияют на их поступки в реальной жизни, 78% – на настроение (81% из них подростков, находящихся в группе риска). 6% испытуемых ощущают негативное влияние на них других пользователей Интернета (75% склонных к суицидальному поведению).

Таким образом, можно выделить общие тенденции, характерные для большинства подростков. Это большое количество времени, проводимое в сети Интернет, заинтересованность общением в социальных сетях, популярность виртуального общения как со знакомыми в реальной жизни людьми, так и с незнакомыми, общение с которыми происходит в сети. По результатам анкетирования можно выделить группу лиц (67%), которая по тем или иным причинам посещала веб-ресурсы, посвященные суицидальной тематике.

Обсуждение результатов. Полученные нами данные свидетельствуют, что респонденты за время пользования сетью Интернет заходили на сайты, посвященные суицидам, 91 % из них тех, кто потенциально склонны к суицидальному поведению. 20% были на веб-ресурсах, посвященных профилактике суицидального поведения, 65% изучали информацию о способах совершения суицида. 10% испытуемых посещало оба типа сайтов. 5% анкетированных ответило, что ни разу не заходило на такого рода интернет-ресурсы.

Анализ результатов методик показал, что у 46% испытуемых завышена демонстративность (59% из них имеют выраженные акцентуации характера, влияющие на суицидальное поведение), что говорит о желании привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. У 9% завышена шкала аффективности – эмоции доминируют над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Отрицательная концепция собственной личности по шкале «Несостоятельность» характерна 8% респондентов, а социальный пессимизм (отрицательная концепция окружающего мира) – 10%.

Вывод. Опираясь на вышесказанное, мы можем сделать вывод, что результаты проведенного психодиагностического исследования позволили нам выделить «группу риска», подростков, потенциально склонных к суицидальному поведению, а также подростков, обладающих данными акцентуациями характера, влияющих на формирование суицидального поведения. Обобщая результаты исследования, можно говорить о том, что подростковый период уязвимый для влияния деструктивных групп, формирующих зависимые черты личности и актуализирующих латентные виктимные черты характера у подростка. Для преодоления влияния деструктивных групп через сети интернет необходима длительная работа подростка и его семьи с психологом или психотерапевтом.

Данные материалы могут быть использованы для построения программы профилактики вовлечения молодежи в деструктивные организации суицидальной направленности в сети Интернет, в психологических центрах и школах как в процессе профилактической, так и коррекционной работы с подростками с суицидальной активностью. Также материалы исследования могут быть использованы всеми участниками образовательного процесса (педагогами, родителями и подростками), как в плане просвещения, так и для выдачи конкретных рекомендаций, подготовки выступлений, докладов.

Список литературы

1. Интересный блог aae.su. Текст: электронный. URL: <https://aae.su/statistika-suitsida-2017-po-stranam.html> (дата обращения: 13.09.2019)
2. Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти Текст: электронный // Федеральная служба государственной статистики в России. URL : http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_11/IssWWW.exe/Stg/d01/05-08.htm (дата обращения: 13.09.2019).
3. Алимова М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Текст: электронный. Барнаул, 2014. 100 с. URL: http://www.aksp.ru/work/activity/nac_strateg/resurs_centri/files/soln_suic.pdf (дата обращения: 13.09.2019).
4. Амелина Я.А. Группы смерти» как угроза национальной безопасности России. Кавказский геополитический клуб. М.: Издатель А.В. Воробьев, 2017. 76 с.
5. Денисова Н.В. Психологическое просвещение и профилактика. Текст: электронный. URL: http://www.ugkr.ru/about/strukturm_podrazd/psih_sluzh_suicid.php.
6. Богомяткова О.Н., Баландина Л.Л., Самбикина О.С., Шведчикова Ю.С. Комплексный подход в профилактике суицидов и суицидальных рисков несовершеннолетних. Технологическая маршрутизация : методическое пособие. Пермь, 2017. 371 с.

УДК 61.616

ВЛИЯНИЕ ПРЕМОРБИДА И РЕТРАВМАТИЗАЦИИ НА РАЗВИТИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Е.П. Малюткина, А.А. Одинец, М.А. Лисняк

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн, г. Красноярск, Россия

Аннотация. В статье рассматривается влияние преморбида и повторной психической травматизации на формирование посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В исследовании на двух выборках пациентов с ПТСР показано, что значение имеет не столько индекс ретравматизации, сколько степень переживания психической травмы на

момент исследования. Эту гипотезу подтвердило дополнительное изучение уровня дистресса (индекс тяжести дистресса (GSI) в двух сравниваемых группах.

Ключевые слова: ПТСР, преморбид, дистресс, ретравматизация.

Актуальность. Современные условия жизни характеризуются повышенным уровнем стрессовых воздействий. В связи с этим возрастает распространенность психогенных расстройств, в том числе посттравматического стрессового расстройства, и интерес исследователей к их изучению (Александровский, 2000; Тукаев, 2012). По мнению отечественных авторов, частота ПТСР при тяжелых психических травмах приближается к 100 % (Кекелидзе, Портнова, 2009). Это приводит к снижению трудоспособности и социальной адаптации пострадавших, значительно увеличивает медицинские расходы, связанные с их реабилитацией. В связи с этим интерес исследователей к механизмам развития посттравматического стрессового расстройства остается стабильно высоким. Перспективным является изучение специфических факторов риска развития ПТСР, характерных для различного типа психических травм.

В МКБ-10 представлено, что общим обязательным критерием для диагностики постстрессовых расстройств является факт переживания индивидом события, выходящего за пределы обычного человеческого опыта, способного травмировать психику практически любого здорового человека, например, серьезную угрозу жизни и здоровью, как своему, так и близких или друзей; внезапное разрушение жилья или общественного здания и т.п. И.О. Котенёв (1996) называет это критическим инцидентом.

К стрессорам, вызывающим эти расстройства, относят стихийные бедствия, техногенные (антропогенные) катастрофы, а также события, являющиеся результатом целенаправленной, часто преступной деятельности: диверсии, террористические акты, «ситуации заложника», пытки, массовое насилие, боевые действия, лагеря смерти и пр. Необходимым условием является также то, что пережитое событие сопровождалось интенсивными эмоциями страха, ужаса или ощущением беспомощности индивида перед лицом драматических обстоятельств, что, собственно, и составляет основной этиологический фактор в развитии постстрессовых состояний.

На сегодняшний день нет четких критериев определения стрессового события, способствующего развитию ПТСР, которые бы однозначно трактовались как критический инцидент. Кроме того, остаются не до конца изученными вопросы, касающиеся факторов риска развития, в том числе влияние ретравматизации на формирование посттравматического стрессового расстройства. Исходя из полученных данных в ходе исследования

ретравматизацию можно отнести к факторам риска развития ПТСР влияющим на уровень дистресса.

Постановка проблемы. Стихийным бедствиям и техногенным катастрофам, а также другим травматичным событиям ежегодно подвергается множество людей, при этом не у всех из них возникают психические патологические последствия (Тарабрина, 2001). Это вызывает интерес к поиску причин, почему ПТСР развивается только у части пострадавших. В связи с этим изучается влияние факторов риска на формирование посттравматического стрессового расстройства (Delahanty, 2011). Целью исследования явилось изучение роли ретравматизации в развитии ПТСР у комбатантов (лиц имеющих психическую травму боевого характера).

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе центра медико-психологической реабилитации Красноярского Краевого госпиталя для ветеранов войн. Всего было обследовано добровольно 151 человек (мужчины 100%) в возрасте от 25 до 50 лет, которые участвовали в прошлом в антитеррористических кампаниях. Из них 88 комбатантов (средний возраст 27 лет) которые обратились за медицинской помощью в центр медико-психологической реабилитации Красноярского Краевого госпиталя для ветеранов войн. Эти пациенты были определены в основную группу исследования (ВГ). Группу сравнения (ВСП) составили 63 комбатанта (средний возраст 29 лет) из спецназа, которые неоднократно были в служебных командировках в зоне боевых действий либо проведения антитеррористических операций. На момент исследования эти лица за медицинской помощью не обращались. Обследуемые группы не имели существенных различий по полу, возрасту и уровню образования.

Всем респондентам выборки проводилось психопатологическое исследование по Миссисипской шкале (военный вариант) - МШ на этапе формирования групп для определения количественных показателей, соответствующих наличию/отсутствию ПТСР, рекомендуемому многими авторами (Волошин, 2001; Бундало, 2009), верификация диагноза проводилась и по клиническим критериям МКБ-10 (МКБ-10, 1994). А также использовался опросник выраженности психопатологической симптоматики (ОВПС). Данная методика являлась инструментом определения актуального, присутствующего в момент исследования комбатантов, их симптоматического и синдромологического психического статуса, а также для вычисления индекса дистресса (индекс GSI) (Тарабрина, 2001, 2009).

Результаты исследования. Среди респондентов группы ВГ ПТСР выявилось у 69 (78,4%) человек. Средний общий показатель по МШ составил 83,6 балла (таб.1). Признаки ПТСР в группе ВСП были выявлены у 17 (27,0%) человек. Их средний показатель по МШ составил

66,8 балла, что соответствовало показателям нормы -70 баллов (Тарабрина, 2009). Полученные психопатологические показатели по МШ выявили необходимость разделения всех респондентов на подгруппы по признаку наличия или отсутствия ПТСР.

Таблица 1

Показатели по МШ в группах исследования

Показатель по МШ	Группа ВГ N=88	Группа ВСП N=63
Среднее значение	83,6	66,8

Комбатанты у которых было диагностировано ПТСР – 86 (57% от общего числа) респондентов, были объединены в подгруппу А «больных». Комбатанты у которых ПТСР не выявлялось – 65 (43% от общего числа) субъектов, составили подгруппу Б «здоровых» (рис. 1)

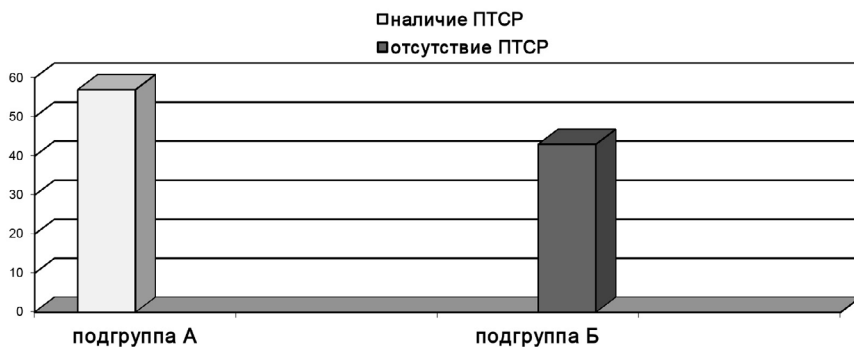


Рис. 1. Доли респондентов с наличием и отсутствием ПТСР в подгруппах ВГ и ВПС, в %

В план обследования входило изучение наличия в анамнезе психотравмирующих ситуаций тяжёлого, чрезмерного или катастрофического характера (Каплан, Сэдок, 2002). Для выявления в анамнезе у комбатантов психически травмирующих ситуаций и субъективной оценки интенсивности переживаний в момент воздействия стрессора или ближайший период (несколько часов, дней), а также по прошествии времени (недели, месяцы, годы) использовался полуструктурированный опросник психически травмирующих событий (Бундало, 2009). Были получены следующие результаты (таб.2).

Показатели премоурбиды испытуемых по наличию психотравмирующих событий и индекс ретравматизации у респондентов в подгруппах

Событие	Подгруппа А (ПТСР) (N=86)	Подгруппа Б (N=65)
	Абсол.	Абсол.
Комбатантная психотравма	135	130
Смерть близких людей	91	68
Семейное неблагополучие	16	6
Физическое насилие к Вам или в Вашем присутствии	18	13
Материальное неблагополучие	10	5
Стихийное бедствие	8	4
Сексуальное насилие		
Тяжёлое заболевание или травма	21	12
Миграционные трудности	2	1
ВСЕГО	301	239
Индекс ретравматизации	3,5	3,7

Как видно из представленных данных, у комбатантов, помимо психотравмирующих событий, таких как участие в антитеррористических кампаниях (пребывания в зоне военных действий и участия в боевых событиях), стоящих на первом месте по частоте, на втором месте по значимости и распространённости - выявлялись психотравмирующие события связанные со смертью близких родственников, а также друзей (Малюткина, 2013). Был проведён ретроспективный анализ психической травмы, связанной со смертью значимых людей у комбатантов в подгруппах исследования. Анализ показал значительные отличия в подгруппах степени переживания психической травмы на момент исследования. Так в подгруппе А (ПТСР) преобладала сильная (в 35,6 % случаях) и средняя (в 57,2 % случаях) степень выраженности переживаний, отсутствовали переживания в 7,2 % случаев. В подгруппе Б респонденты указали на сильные переживания по поводу смерти а 2,2% случаев, средней степени – в 36,1% случаев, отсутствие – 61,7% случаев. Индекс ретравматизации, т.е. количество тяжёлых стрессовых ситуаций, в среднем на одного обследованного, составил в подгруппе А – 3,5, а в подгруппе Б – 3,7. При сопоставлении показателей индекс ретравматизации в подгруппах А и Б практически не отличались. При этом на момент исследования, были значительные отличия в подгруппах степени тяжести переживания на момент исследования, в частности психотравмирующих событий связанных со смертью значимых близких.

Следующим этапом исследования было выявление уровня дистресса (индекс тяжести дистресса (GSI). С этой целью использовался опросник

выраженности психопатологической симптоматики (ОВПС), который имеет также названия SCL-90-R или опросник Дерогатиса. В литературе показана высокая надежность и валидность ОВПС (SCL-90) (Тарабрина, 2001). Респонденты самостоятельно заполняли опросник и отмечали интенсивность симптома в соответствии со своим самочувствием. Обработка полученных данных проводилась, исходя из следующего алгоритма. Вначале суммировались баллы ответов респондентов по каждой шкале путем сложения всех отличных от нуля значений по каждому пункту опросника. Далее полученная сумма делилась на количество ответов на вопросы из соответствующей шкалы. Вычисления индекса дистресса (GSI) осуществлялось сложением всех баллов по всему тесту и делением этого числа на общее количество вопросов (90). Данные психопатологического исследования всех респондентов по ОВПС в подгруппах были сопоставлены между собой и с показателями среднестатистической нормы (Тарабрина, 2001, 2009). Средний показатель уровня дистресса у комбатантов подгруппы А (ПТСР) составлял 2,1. В подгруппе Б показатель уровня дистресса был в пределах нормы и составлял 1,3.

Обсуждение результатов. Таким образом, исходя из полученных нами данных трудно говорить об однозначном влиянии на состояние человека какой - либо конкретной психотравмы. Поэтому при диагностике и лечении ПТСР важно учитывать наличие у пациента ретравматизаций, их количество, степень тяжести, длительность, а главное на наш взгляд, отношение и степень тяжести переживаний предшествующих событий. Ретравматизацию можно отнести к факторам риска развития ПТСР влияющим на уровень дистресса, в частности значительно его повышающим. Это сопровождается нарушением психологической адаптации, нарушением (или снижением) профессиональной работоспособности, ухудшением качества жизнедеятельности в целом в результате перенесенной психической травмы (Котенёв. 1996).

Вывод. Выявление преморбидных и медико-психологических особенностей пациента позволяет оптимизировать и структурировать оказание психиатрической и психотерапевтической помощи пациентам после утраты близких с ПТСР для прицельного поиска и активизации ресурсных приоритетов в их системе ценностей, направленных на повышение адаптационных способностей и формирование позитивных жизненных установок, позволяющих осуществлять эффективную самореализацию.

Список литературы

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие. М.: Медицина, 2000. 496 с.
2. Бундало Н.Л. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство: монография. Красноярск: КрасГМУ, 2009. 352 с.
3. Волошин В.М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3, № 4. С. 125-129.

4. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. : пер. с англ. М.: Медицина, 2002. Т. 1. 672 с.
5. Кекелидзе З.И., Портона А.А. Критерии диагностики посттравматического стрессового расстройства // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. Т. 109, № 12. С. 4-7.
6. Котенёв И.О. Психологические реакции работников милиции в чрезвычайных обстоятельствах и постстрессовые состояния: предупреждение и психологическая коррекция // Психопедагогика в правоохранительных органах. 1996. №1 (3). С. 76-84.
7. Малюткина Е.П. Симптоматика, медико-психологические характеристики и предрасполагающие факторы затяжных стрессовых психопатологических расстройств после смерти близких : дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2013. 189 с.
8. Международная классификация болезней: 10-й пересмотр. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб., 1994. 282 с.
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
11. Тукаев Р.Д. Триггерные механизмы биологического и психического стресса в соотношении с диатез – стрессовыми моделями психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 2. С. 69-76.
12. Delahanty D.L. Toward the Predeployment Detection of Risk for PTSD // American Journal of Psychiatry. 2011. Vol. 168, № 1. P. 9-11.

УДК 159.937.54

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА: ВОЗРАСТНЫЕ, ГЕНДЕРНЫЕ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КРОССКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ

А.А. Многосмылова, Е.А. Рыльская

Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск, Россия

Аннотация. Представлены результаты комплексного анализа отечественных и зарубежных исследований, раскрывающих возрастные, гендерные, социально-психологические и кросскультурные аспекты интернет-зависимости человека. Отмечены негативные последствия интернет-зависимости для его психологического здоровья. Показано, что уникальные формы интернет-технологий являются наиболее привлекательными для подростковой возрастной группы, демонстрирующей такие негативные результаты излишнего увлечения интернетом, как потеря веса, нарушения режима сна, повышенная раздражительность, нервозность, несдержанность, апатия, резкие изменения настроения, агрессия при попытках ограничить время их пребывания в сети, нарушения лич-

ностной идентичности. Выявлено, что исследования половых различий использования интернет-коммуникаций и связанного с ними поведения дают неоднозначные результаты в зависимости от возраста испытуемых и социальной среды. Например, взрослые женщины испытывают большее удовольствие от поиска информации о здоровье, а мужчины оказываются более открытыми для участия в виртуальных контактах с врачом общей практики. При этом, исследования, проведенные на более молодых выборках показывают, что в уровне интернет-зависимости среди сельских старшеклассников гендерные факторы не имеют устойчивого детерминирующего значения. Показано, что в социально-психологическом плане интернет-зависимость может привести к снижению качества семейной коммуникации и в итоге к потенциальной деградации семьи. Однако, обращение к Интернету может быть попыткой получить психологическое облегчение от семейных неурядиц, а семьи могут рационализировать проблемное использование Интернета ребенком, убеждая себя в том, что проблема со временем разрешится. Обнаружено, что интернет-зависимые люди имеют неблагоприятные межличностные отношения в семье, более низкую экстраверсию, более высокий нейротизм и психотизм и находятся в более стрессовых жизненных условиях. Выявлено, что самая высокая распространенность интернет-зависимости наблюдается на Ближнем Востоке, а самая низкая – в Северной и Западной Европе. Распространенность интернет-зависимости выше в странах с большим загрязнением окружающей среды и неудовлетворенностью жизнью в целом.

Ключевые слова: Интернет-зависимость, возрастные, гендерные, социально-психологические, этнокультурные аспекты интернет-зависимости.

Актуальность. Психологическое здоровье, выступающее важнейшим жизненным ресурсом человека и его бытия, является довольно «хрупким» потенциалом, подверженным многочисленным негативным влияниям. Одним из них в настоящее время является интернет-зависимость, связанная с интенсивным развитием информационной среды и с повсеместным использованием Интернета в профессиональной, учебной деятельности и в обыденной жизни. С каждым годом растет количество пользователей всемирной паутины, становящейся все более доступной в техническом и материальном аспектах для всех слоев населения, активно использующего основное преимущество Интернета - практически безграничное количество разнообразной информации и возможность свободного доступа к ней. При всей привлекательности таких возможностей, существует ряд серьезных опасностей, которые влечет за собой излишнее погружение в интернет-среду и слепая вера во всеисильность интернет-информации, нередко содержащей фейковые новости, сплетни, нецензурные выражения, провоцирующие призывы. Как следствие, человек, например, может

относительно легко неточно диагностировать заболевание или принять участие в самоповреждающем поведении. Могут возникать трудности с получением желаемой информации из-за избытка веб-сайтов, которые необходимо пересмотреть и отсортировать, чтобы найти желаемый контент. Некоторые Интернет-пользователи настолько сильно погружаются в виртуальное пространство, что реальность для них отходит на второй план. Одни из них «зависают» в социальных сетях, другие предпочитают многопользовательские ролевые онлайн-игры, третьи озадачены пространством Интернет-шопинга.

Постановка проблемы. Далеко не полный перечень негативных последствий излишнего увлечения интернетом объясняет единодушные современных ученых в оценке этих последствий. Как утверждают Yan W., Li Y., Sui N., интернет-зависимость является новой социальной проблемой и проблемой психического здоровья (Yan W, Li Y, Sui N., 2014), поэтому перед специалистами стоит острая проблема изучения болезненного пристрастия к использованию Интернета. Исследования интернет-зависимости в настоящее время ведутся весьма активно, однако отмечается недостаток обзорно-аналитических разработок, включающих комплексный анализ различных граней интернет-зависимости, что и определило цель настоящего исследования – рассмотрение возрастных, гендерных, социально-психологических и кросскультурных аспектов возникновения и развития интернет-зависимости.

Возрастные аспекты интернет-зависимости.

Согласно мнению многих ученых, уникальные формы интернет-технологий являются наиболее привлекательными для подростковой возрастной группы, что объясняется несколькими причинами. В связи с тем, что подростки могут иметь ограниченные копинг-стратегии, Интернет является удобным и доступным способом, чтобы попытаться справиться с существующим напряжением и стрессом. Предполагаемая анонимность Интернета также притягивает подростков, позволяя им демонстрировать такие формы поведения, которые не допускаются в реальном мире.

Исследователи отмечают, что по мере развития Интернет-зависимости могут пострадать несколько областей жизни подростка, таких как учеба, внеучебная деятельность и хобби (Менделевич, 2007). Одной из причин снижения эффективности деятельности является отсутствие адекватного отдыха из-за онлайн-активности. При этом могут наблюдаться потеря веса, нарушения режима сна. Подросток демонстрирует повышенную раздражительность, нервозность, несдержанность, апатию и изменение настроения. Он может также стать слишком чувствительным к вопросам использования Интернета и проявлять агрессию, когда время нахождения в сети ограничено взрослыми. Таким образом, конфликты с родителями или в других реальных межличностных отношениях могут возникать по мере развития проблем нахождения в сети. Реальное взаимодействие за-

меняется виртуальным, что приводит к еще к более напряженным взаимоотношениям в реальности из-за эмоциональной отстраненности подростка. По мере того как подросток уходит от других, эмоциональная привязанность к виртуальному пространству возрастает. Порочный круг замыкается. В результате подросток может даже начать оправдывать свое поведение в Интернете, т.к. реальные взаимоотношения ухудшаются. Он становится более зависимым от социального контакта, полученного в режиме онлайн. Кроме того, чем больше подростков участвуют в онлайн-деятельности, тем важнее они ассоциируются с Интернетом (Малыгин, 2015).

Аналогичным образом, сверхактивное использование Интернета свидетельствует о других проблемах в жизни подростка. Например, Young (2010) предположила, что Интернет может привлекать подростков с синдромом дефицита внимания, гиперактивности (ADHD) из-за обилия стимулирующего и быстро изменяющегося материала, который можно найти в Интернете. В других исследованиях было обнаружено, что подростки могут использовать Интернет, чтобы облегчить депрессию, тревогу, обсессивно-компульсивное расстройство, социальную фобию, чувство вины, одиночество, семейные разногласия и другие жизненные проблемы (Малыгин, 2015). К сожалению, в результате такого поведения избегания, проблемы могут расти, и теперь их еще труднее выдержать. Это может привести к тому, что подростки почувствуют более глубокую необходимость в Интернете, чтобы облегчить эти состояния.

В Интернете люди могут создавать новые идентичности, чтобы продемонстрировать, как они видят себя или какими они хотят быть увиденными, а также исказить себя (Войскунский, 2013). Этот аспект Интернета привлекателен для подростков, и они могут быть особенно восприимчивы к такому поведению, поскольку часто недовольны своей внешностью. Интернет дает подростку возможность «примерить» на себя разные персоны, чтобы определить, что подходит им и потенциально удовлетворяет неудовлетворенные потребности. Подростки могут создавать онлайн-персонажи через различные приложения, такие как онлайн-ролевые игры и чаты. Анонимность этих сайтов позволяет подростку выводить на экран имена или альтернативные никнеймы, которые не представляют, кем они являются в реальной жизни. Существует некоторое опасение, что участие в таком поведении, проявляющемся в экспериментировании с различными персонажами, может потенциально задержать соответствующее разрешение кризиса идентичности. Young (2010) также обратила внимание на то, что по мере развития онлайн-идентичности подросток может начать размывать различия между личностью реального мира и онлайн-персоной.

Применительно к дошкольному возрасту интернет-зависимость рассматривается, как правило, в контексте постановки самой проблемы и

профилактической работы (Шаравина, 2018). Более распространенными являются публикации, посвященные исследованию взаимодействия ребенка с информационными ресурсами в целом (Батенова, 2019; Dolgova, Batenova, Emelyanova, Ivanova, Pikuleva, Filipova, 2019).

Гендерные аспекты интернет-зависимости.

На начальных этапах изучения гендерные аспекты рассматривались в общем контексте интернет-коммуникации без четкого акцента на формировании интернет-зависимого поведения (Войскунский, Митина 2003; Горошко, 2006; Kramarea, Taylor, 1993). Итогом подобных исследований стало выявление разного рода социологических, социально-психологических, лингвистических различий в интернет-коммуникациях мужчин и женщин. С начала 2000-х годов стали появляться разработки, посвященные гендерным аспектам собственно интернет-зависимости, и с тех пор исследования половых различий использования интернет-коммуникаций и зависимого от них поведения ведутся параллельно, а получаемые результаты являются неоднозначными. Например, в работе немецких ученых (Bidmon, Terlutter 2015) представлены гендерные различия в поиске интернет-информации о состоянии собственного здоровья и выявлено, что женщины испытывают большее удовольствие от поиска информации, связанной со здоровьем, их легче убедить в необходимости проведения кампаний по повышению осведомленности в области здравоохранения Мужчины оказываются более открытыми для участия в виртуальных контактах с врачом общей практики.

В одной из более поздних работ российских исследователей представлены результаты изучения гендерных различий интернет-зависимости у старшеклассников и показано, что в уровне интернет-зависимости среди сельских старшеклассников никаких гендерных различий не выявлено. Тем не менее, таковые существуют в мотивах для социальных сетей и в корреляции между этими мотивами и уровнем интернет-зависимости. Сельские студенты мужского пола используют социальные сети более интенсивно, чем женские, для общения и поддержания своей принадлежности к группе (Gavrilova, Korshunova, Markova, Slinkova, 2018).

Социально-психологические аспекты интернет-зависимости.

Избыточное интернет-информирование приводит и к социально-психологическим проблемам. Так, например, Young (2010, 2017) в своих исследованиях затрагивает тему потенциальной деградации семьи, потому что время, которое можно было провести вместе, проводится в Интернете, вынужденное «расставание» с которым может привести к раздражительности, возражениям и напряжению в отношениях. При увеличении использования Интернета количество и качество семейной коммуникации снижается. Существует меньше возможностей разговаривать друг с другом, так как члены семьи все больше и больше проводят время он-

лайн, избегая, игнорируя или пропуская взаимодействие друг с другом из-за озабоченности деятельностью в Интернете. Говорят также о снижении сплоченности семьи, члены которой зависимы от Интернета. Семейные связи начинают ослабевать, заставляя близких чувствовать себя все более отдаленными или игнорируемыми. Автор отмечает, что существует и обратная зависимость. Нарушения стабильности семьи, переезд или развод, иная неблагоприятная семейная динамика, напряжение и стрессы могут способствовать возникновению зависимого поведения, а также влиять на то, как семья позволяет, поощряет и игнорирует зависимое поведение. Дети в неблагополучных семьях чаще обращаются к Интернету как способу избежать конфликтов и получить поддержку. Они с большей вероятностью будут иметь повышенный риск использования Интернета в качестве средства для решения проблем. Обращение к Интернету может быть попыткой получить психологическое облегчение от семейных неурядиц. Семьи могут также рационализировать проблемное использование Интернета ребенком, убеждая себя в том, что проблема со временем разрешится (Griffithsetal, 2016).

Представление семьи об Интернете также может сыграть свою роль. Young (2010) утверждает, что многие родители не знают о поведении своих детей в сети, другие запрещают пользоваться Интернетом из страха перед тем, что их дети могут подвергнуться опасному контенту. При этом, родители могут сами проводить в сети чрезмерное время, не уделяя должного внимания вопросу воспитания детей и поддержания с ними эмоциональной близости.

В исследовании Yan W., Li Y., Sui N. предпринята интересная попытка выявления взаимосвязи между интернет-зависимостью, недавними стрессовыми событиями в жизни, семейными отношениями и определенными личностными чертами. Результаты показали, что по сравнению с не зависимыми испытуемыми, испытуемые с интернет-зависимостью имели неблагоприятные межличностные отношения в семье, более низкую экстраверсию, более высокий нейротизм и психотизм и находились в более стрессовых жизненных условиях (Yan, Li, Sui, 2014).

Кросскультурные аспекты интернет-зависимости связаны с пониманием того факта, что культурное давление на пользователей сети Интернет становится все больше и больше. Пользователи получают определенные культурные «послания» и установки на то, что им нужно стать частью технологически развитого общества, если они хотят добиться успеха, продвигаться вперед, быть конкурентоспособными. Такого рода стимулирующие факторы являются универсальными, однако, несмотря на то, что проблема интернет-зависимости приобрела унитарный характер, ее международные оценки сильно различаются. Результаты исследования, проведенного Cheng C., Li A. показали, что уровень распространенности интернет-зависимости варьирует в разных регионах мира. Самая высо-

кая распространенность интернет-зависимости наблюдается на Ближнем Востоке, а самая низкая – в Северной и Западной Европе. Кроме того, распространенность интернет-зависимости выше в странах с большим загрязнением окружающей среды и неудовлетворенностью жизнью в целом. Распространенность ИА обратно связана с качеством жизни и удовлетворенностью ею (Cheng C, Li A, 2014).

Вывод. Таким образом, проведенный краткий анализ литературных источников, освещающих проблемы интернет-зависимости, позволяет говорить о полипричинности, полиаспектности этой проблемы и необходимости ее комплексного изучения.

Список литературы

1. Bidmon S., Terlutter R. Gender differences in searching for health information on the internet and the virtual patient-physician relationship in Germany: Exploratory results on how men and women differ and why // *Journal of Medical Internet Research*. 2015. Vol. 17, № 6. P. e156.
2. Cheng C., Li A.Y.L. Internet addiction prevalence and quality of (real) life: A meta-analysis of 31 nations across seven world regions // *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2014. Vol. 17, № 12. P.60-75.
3. Batenova Y., Emelyanova I., Ivanova I., Pikuleva L., Filippova O. Factors of the readiness for information exchange in pre-school education establishments // *Educ. Sci.* – 2019. Vol. 9, № 3. P. 166.
4. Gavrilova T., Korshunova N., Markova O., Slinkova T. Gender aspects of internet-addiction and social networking motives in rural high-school students // *EEIA 2018 - International Conference “Education Environment for the Information Age”*. 2018. P. 319-325. DOI: 10.15405/epsbs.2018.09.02.37.
5. Griffiths M., Kuss D., Billieux J., Pontes H. The evolution of Internet addiction: A global perspective // *Addictive Behaviors*. 2016. Vol. 53. P. 193-195.
6. Kramarea Ch., Taylor H.J. Women and Men on Electronic Networks: a Conversation or Monologue? // *Women, Information Technologies, and Scholarships*. University of Illinois Center for Advanced Study, 1993. 56 p.
7. Yan W, Li Y., Sui N. The relationship between recent stressful life events, personality traits, perceived family functioning and internet addiction among college students // *Stress Health*. 2014. Vol. 30. P. 3-11.
8. Young K., Nabuco K. A. de. *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. New York, United States: John Wiley & Sons Inc, 2010. 312 p.
9. Young K. Policies and procedures to manage employee Internet abuse // *Computers in Human Behavior*. 2010. Vol. 26. P.1467-1471.
10. Young K. The evolution of Internet addiction // *Addictive Behaviors*. 2017. Vol. 64. P. 229-230.
11. Батенова Ю.В. Детство в ракурсе информационной среды визуальной инфокоммуникации // *Мир психологии*. 2019. № 2. С. 180-193.
12. Войскунский А.Е., Евдокименко А.С., Федунина Н.Ю. Альтернативная идентичность в социальных сетях // *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология*. 2013. № 1. С. 66-83.
13. Войскунский А.Е. Перспективы становления психологии Интернета // *Психологический журнал*. 2013. Т. 34, № 3. С. 110-118.

14. Войсунский А.Е., Митина О.В. Применение модели множественной нелинейной регрессии для анализа гендерных различий в применении Интернета // Труды VI Всероссийской объединенной конференции «Технологии информационного общества – Интернет и современное общество (IST/IMS-2003)». СПб., 2003. С. 7.

15. Горошко Е.И. Интернет - коммуникации в гендерном измерении // Вестник пермского университета. 2006. № 3. С. 219-229.

16. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика / под ред. В. Л. Малыгина. М.: Арсенал образования, 2010. 136 с.

17. Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Антоненко А.А. Индивидуально-психологические свойства подростков как факторы риска формирования интернет-зависимого поведения // Медицинская психология в России. 2015. № 1. С. 7-29.

18. Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Хомерики Н.С., Антоненко А.А., Смирнова Е.А. Интернет-зависимое поведение: биологические, психологические и социальные факторы риска формирования у подростков // Психолого-педагогические технологии. Профилактика зависимостей. 2015. № 4. С. 61-65.

19. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. 768 с.

20. Шаравина А.В. Проблема интернет-зависимости у детей старшего дошкольного возраста // Образование и наука в современных реалиях: материалы IV Междунар. науч.-практ. конф. Чебоксары, 2018. С. 117-119.

УДК 159.97

СТРЕСС И СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В РАБОТЕ СПЕЦИАЛИСТОВ БИБЛИОТЕКИ

В.В. Николаева, Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
г. Чебоксары, Россия*

Аннотация. В статье приведен обзор литературы по проблеме стресса и эмоционального выгорания специалистов библиотеки. Рассмотрены основные направления деятельности современной библиотеки и факторы риска возникновения рабочего стресса у специалистов библиотеки. Выявлены и перечислены основные причины возникновения синдрома эмоционального выгорания у специалистов библиотеки. Проанализированы методы и приемы профилактики эмоционального выгорания у специалистов библиотеки. В результате чего был сделан вывод о том, что деятельность специалистов библиотеки, является достаточно стрессогенной и несет в себе много рисков возникновения синдрома эмоционального выгорания. Для преодоления которого необходимо создание и реализация комплекса адекватных профилактических мероприятий направленных на устранение эмоционального и интеллектуального перегруза специалистов библиотеки.

Ключевые слова: специалисты библиотеки, эмоциональное выгорание, профессиональный стресс.

Актуальность. В современных экономических условиях руководители стремятся максимально использовать потенциал своих работников, из-за повышенной перегруженности информацией, сотрудники библиотечной сферы все чаще сталкиваются с огромным объемом работы и высокой, часто не распределенной интенсивностью труда, с психологическими перегрузками и физическим перенапряжением. Подобные воздействия на сотрудников могут повлечь за собой стресс и синдром эмоционального выгорания у библиотечных специалистов.

Постановка проблемы. В настоящее время происходит интенсивное внедрение инновационных технологий в повседневную и профессиональную деятельность людей, что способствует значительным изменениям во многих сферах жизнедеятельности человека. Такая профессия как специалист библиотеки, ранее считавшаяся наименее стрессогенной (Шатская, 2019), в настоящее время сопряжена с множеством факторов, способствующих росту напряженности и развитию негативных изменений психологического состояния работников библиотеки.

Основными направлениями деятельности современной библиотеки является создание, систематизация и хранение различных ресурсов, что обуславливает развитие большей информатизации и интеллектуализации ее деятельности (Грибов, 2015; Лопатина, 2017). Немаловажным направлением работы библиотеки на сегодняшний день также является создание значимости и привлекательности библиотечной среды для читателей (Матвеев, 2004). При этом совершенствование традиционных технологий осуществляется с помощью автоматизации и коммерциализации библиотечной деятельности (Бородина, 2018). Работники библиотек должны уметь не только эффективно применять новые инновационные технологии, но и осуществлять работу по созданию привлекательной библиотечной среды и формированию информационной культуры читателей (Лончиков, 2008), а также участвовать в проведении библиотерапевтической работы (Дрешер, 2005) для поддержания социального здоровья населения (Савич, 2014). Все это свидетельствует о том, что деятельность сотрудников библиотеки находится в постоянном динамическом развитии. В связи с чем, специалистам библиотеки приходится учиться работать в нестабильных условиях, повышая свою профессиональную квалификацию, а также успевать отбирать и критически анализировать большое количество информации, что может приводить к интеллектуальным и сенсорным перегрузкам данных специалистов (Шатская, 2019).

Результаты и их обсуждение. Исследователи выделяют различные факторы, приводящие к развитию стрессовых расстройств и синдрома эмоционального выгорания у специалистов библиотеки. К таким фак-

торам относят отсутствие положительного социально-психологического климата в рабочем коллективе библиотеки (Ефременко, 2012), потеря мотивации к деятельности из-за низкого имиджа профессии библиотекаря (Матвеев, 2004), трудностей карьерного роста, низкого материального вознаграждения за работу, отсутствия стабильности, отсутствие уважения к данной профессии как в обществе, так и у самих специалистов библиотеки (Бруй, 2018; Матвеев, 2004). Переизбыток информации, которому подвергаются библиотечные работники, рассматривается исследователями как фактор риска развития стресса и психических перегрузок (Савич, 2005). Рабочие стрессы у библиотекарей чаще вызваны условиями труда, компьютеризацией библиотечных процессов, монотонностью деятельности, неудовлетворенностью социальным статусом, контактами с большим числом посетителей разного возраста, профессии и культурного уровня, отношениями с руководителями, излишней отчетностью, трудностями повышения квалификации и самореализации (Бруй, 2016).

Выгорание среди специалистов изучается во многих странах и только в последние годы внимание к данной проблеме обратили отечественные исследователи. На данный момент выявлено огромное количество причин, которые могут спровоцировать у специалиста синдром выгорания. Последствиями могут стать потери эмоциональных и физических сил, развитие усталости и эмоциональное истощение, появляются предпосылки к тревожности, бессоннице и потери профессионального интереса к работе. Последнее в свою очередь может привести к тому, что прежде заинтересованный в достижении целей сотрудник может оказаться чуть ли не самым худшим звеном.

Одним из главных факторов возникновения синдрома выгорания у библиотечных специалистов являются взаимоотношений «человек – человек», когда библиотечный специалист обязан контактировать не только с читателями библиотеки, но и со своими коллегами, подчиненными и руководящим звеном. При неблагоприятном климате в библиотечной среде, подобные общения могут нести ключевую роль в развитии синдрома выгорания. Также социальная несправедливость, неуверенность в экономической и социальной стабильности являются «заключительными» проблемами, вызывающими синдром выгорания.

К факторам, провоцирующим стресс на рабочем месте библиотекаря зарубежные исследователи относят проблемы с технологией, с чрезмерной рабочей нагрузкой, ролевую двусмысленность, опрошенные респонденты не были уверены в том, сколько власти они имеют, а также они воспринимают свою рабочую среду как свободный стресс. Результаты проведенных исследований показали, что ролевая двусмысленность, ролевой конфликт и рабочая среда имеют положительные взаимосвязи с психологическим благополучием опрошенных специалистов (Ikonne, 2015; Hovekamp, 1995).

Стресс в работе библиотекаря рассматривается в контексте действия физических и психологических факторов. К физическим факторам от-

носятся вредные воздействия шума, излучения монитора, книжная пыль. Психологическими факторами выступают межличностные взаимоотношения в коллективе, особенности организации работы библиотекаря (Паршина, 2013). Психологический стресс, которому подвергаются специалисты библиотеки может быть также разделен на эмоциональный и информационный. В процессе выполнения профессиональных обязанностей библиотекарь находится в непосредственном контакте с читателем и при большом потоке читателей у библиотекаря часто нет возможности регулировать объем и качество обрабатываемой им информации. Данные условия работы могут приводить не только к стрессу, но к состоянию утомляемости и монотонности, при которых ухудшается внимание, что приводит к снижению работоспособности библиотекаря (Паршина, 2013).

Личностные особенности специалистов библиотеки также выступают факторами, приводящими к дезадаптивным формам поведения у библиотекарей. К таким личностным свойствам исследователи относят конфликтность, низкую коммуникативную компетентность, неразвитые процессы саморегуляции и ригидность (Бруй, 2018). В свою очередь коммуникативная толерантность рассматривается исследователями как важная составляющая профессионального здоровья специалистов библиотеки. Так как нарушения эмоционального состояния библиотекарей, работающих в тесном и интенсивном взаимодействии с пользователями и другими сотрудниками библиотеки, в условиях повышенного эмоционального напряжения могут стать причиной развития синдрома эмоционального выгорания, а также стать угрозой коммуникативного стресса (Савич, 2016). В связи с чем, возникающие психические перегрузки и стрессы у библиотекарей отрицательно сказываются на состоянии здоровья (Акифьева, 2018) и могут приводить к профессиональным дезадаптациям, деформациям и депрессии (Савич, 2011).

В настоящее время исследователями выявлено огромное количество причин, которые могут спровоцировать развитие эмоционального выгорания специалистов. Основными причинами эмоционального выгорания чаще являются чрезмерные интеллектуальные нагрузки и напряженные межличностные коммуникации, необходимость решать сложные коммуникационные задачи в процессе обслуживания читателей, а также социальные факторы, такие как социально-экономическая незащищенность и нестабильность (Труфанова, 2018).

Синдром эмоционального выгорания становится все более распространенным среди специалистов библиотек и оказывает негативное действие не только на самочувствие и эмоциональную устойчивость данных специалистов, но и на пользователей библиотеки. Негативным последствием синдрома эмоционального выгорания является большая текучка квалифицированных кадров. К основным проявлениям синдрома эмоционального выгорания исследователи относят конфликты, неудовлетворен-

ность работой, низкую мотивацию, усталость, раздражительность, уход от контактов с коллегами и пользователями библиотеки (Шатская, 2019).

В связи с чем, многие исследователи подчеркивают значимость решения проблемы эмоционального выгорания сотрудников библиотеки. Которая может быть решена при помощи проведения адекватных профилактических мероприятий (Кашкаров, 2014; Шатская, 2019), включающих занятия по управлению стрессом, методам релаксации и обучения приемам саморегуляции (Бруй, 2016), оптимизации трудовых процессов в библиотеке (Макеева, 2005), создания информационно-валеологического сопровождения библиотечно-информационной деятельности (Савич, 2014), проведения методов реабилитации специалистов библиотек (Кашкаров, 2014).

Вывод. Таким образом, в настоящее время профессиональная деятельность специалистов библиотеки, является достаточно стрессогенной и несет в себе много рисков возникновения синдрома эмоционального выгорания. Для преодоления которого необходимо создание и реализация комплекса адекватных профилактических мероприятий направленных на устранение эмоционального и интеллектуального перегруза специалистов библиотеки.

Список литературы

1. Акифьева И.Ю. Формирование безопасных условий труда в практике работы библиотек // Восьмые Азаровские чтения. Библиотека. Культура. Общества : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Самара, 2018. С. 215-222.
2. Бородина С.Д. Инновационная личность как субъект и объект дополнительного образования библиотечарей // Научные и технические библиотеки. 2010. № 1. С. 112-118.
3. Бруй Е.В. Библиотечная деонтология как особая научная дисциплина // Культурная жизнь юга России. 2018. № 3 (69). С. 105-110.
4. Бруй Е.В. Профессиональный стресс в деятельности библиотечных специалистов // Культурная жизнь юга России. 2016. № 2 (61). С. 142-146.
5. Грибов В.Т. Про «облака» и не только: актуальные вопросы развития информационно-библиотечных технологий // Дата экспресс. 2015. № 4. С. 39-45.
6. Дрешер Ю.Н. Роль библиотекаря в сохранении здоровья – психотерапевтическая составляющая оздоровительного процесса // Библиотечное дело. 2005. № 10 (34). С. 7-8.
7. Ефременко Т.М., Хоменко Е.С. Библиотекарь отдела обслуживания: психолого-педагогические качества профессии // Библиотечное дело. 2012. № 8 (170). С. 28-31.
8. Кашкаров А.П. Факторы стрессоустойчивости в библиотечной системе // Современный научный вестник. 2014. Т. 6, № 1. С. 37-40.
9. Леончиков В.Е. Информационно-психологическая безопасность личности : библиотечковедческий аспект // Научные и технические библиотеки. 2008. № 12. С. 60-69.
10. Лопатина Н.В. Дистанционная работа в библиотеке : постановка вопроса // Вестник московского государственного университета культуры и искусств. 2017. № 2 (76). С. 139-145.
11. Макеева Е.И. Любители экстрима или риск поневоле? Как снизить риск перегрузок в библиотеке // Библиотечное дело. 2005. № 7 (31). С. 10-12.
12. Матвеев М.Ю. Имидж библиотеки и «вечные» проблемы библиотечной профессии // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета культуры и искусств. 2004. № 1 (2). С. 12-28.

13. Паршина Л.Н. Информационная среда библиотекаря: психофизиологические основы // Информация и образование : границы коммуникаций. 2013. № 5 (13). С. 101-103.
14. Савич Л. Синдром информационной усталости: проблемы здоровья и труд библиотекаря // Библиотечное дело. 2005. № 7 (31). С. 14.
15. Савич Л.Е. Здоровье библиотечного специалиста: проблема нуждается в исследовании // Библиосфера. 2011. № 2. С. 85-90.
16. Савич Л.Е. Коммуникативная толерантность как критерий социальной компетентности личности и профессионала // Толерантность - «оливковая ветвь» человечества на этапе исторического разлома : материалы Междунар. гуманитар. форума, посвящ. 70-летию ООН и ЮНЕСКО, 2-3 февраль 2016 года. Казань, 2016. С. 81-84.
17. Савич Л.Е. Социальное здоровье как проблема библиотечно-информационной деятельности // Современные проблемы безопасности жизнедеятельности: настоящее и будущее : материалы III Междунар. науч.-практ. конф. в рамках форума «Безопасность и связь». Казань, 2014. С. 399-408.
18. Труфанова Т.А. Причина и факторы, вызывающие производственные стрессы и профессиональное выгорание персонала и их профилактика // Саяпинские чтения : материалы Всерос. науч.-практ. конф. Тамбов, 2018. С. 237-247.
19. Шатская А.А. Профилактика профессионального выгорания работников библиотечно-информационной сферы // Румянцевские чтения – 2019 : материалы Междунар. науч.-практ. конф. М., 2019. С. 271-277.
20. Ikonne C.N. Job Stress and Psychological Well-Being among Library Employees: A Survey of Library Staff in Selected University Libraries in South-West Nigeria // Open Access Library Journal. 2015. Vol. 2, № 6. P. 1-12.
21. Hovekamp T.M. Unionization and job satisfaction among professional library employees in academic research institutions // College & Research Libraries. 1995. Vol. 56, № 4. P. 341-350.

УДК 612.8.04:612.821:159.913

ВОЗМОЖНОСТИ АППАРАТНОЙ МЕТОДИКИ НА ОСНОВЕ БОС В КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

О.В. Петряева

*Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального
медико-биологического агентства России, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Ведение пациентов с сосудистым поражением головного мозга является одной из важных медико-социальных проблем современности. Достоверно известно о частом выявлении у данных пациентов психоэмоциональных состояний, которые влияют на проведение реабилитационных мероприятий. Имеется несколько способов коррекции: лекар-

ственная терапия, психотерапия, метод функционального биоуправления с биологической обратной связью (ФБУ БОС). В статье будет проведено сравнение этих методов и подробнее описан способ ФБУ БОС.

Ключевые слова: биологическая обратная связь, biofeedback, ОНМК, ХИМ, качество жизни, аффективные расстройства.

Актуальность. Ведение пациентов с сосудистым поражением головного мозга является одной из важных медико-социальных проблем современности (Гусев, 2003). Так, например, заболеваемость инсультом составляет 2,5—3 случая на 1000 населения в год. Основной симптоматикой таких больных, на которую в первую очередь обращают внимание, является двигательный дефицит. В последнюю декаду развития направления постинсультной нейрореабилитации все чаще стали говорить также и о когнитивных нарушениях у такого рода пациентов. Нарушение высших психических функций наравне с моторной функцией объективно снижают качество жизни. Выявление когнитивного дефицита проводится с помощью нейропсихологических методик и шкал. Достоверно известно, что эмоционально-волевые нарушения могут имитировать когниции, т.к. на фоне сниженной мотивации, астено-вегетативного, тревожно-депрессивного синдромов невозможно получить истинные результаты. И это является серьезной проблемой, т.к. при сосудистом поражении головного мозга довольно часто развиваются аффективные расстройства, которые носят название «сосудистая депрессия». Депрессия формируется у 1/3 пациентов, имеющих в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения, и у около 2/3 пациентов с хронической ишемией мозга (Путилина, 2014).

Кроме истинного воздействия сосудистых нарушений на эмоционально-волевую сферу пациентов мы также не можем исключить влияния острой или хронической сосудистой патологии как стрессорного фактора, приводящего к затяжному деструктивному тревожно-депрессивному расстройству на фоне понимания человеком своей неполноценности, беспомощности и, частично, неизлечимости заболевания.

Учитывая тот факт, что после 40 лет стрессоустойчивость у людей значительно снижается по причине дисрегуляции эндокринной и гормональной систем, а также средний возраст пациентов с сосудистой патологией ГМ, можно смело заявить, что аффективные расстройства - это третий кит снижения качества жизни. Срыв адаптации человека в данной ситуации может быть как непосредственным относительно сосудистой катастрофы, так и отсроченным и проявляется широким спектром симптомов: развивается психическое напряжение, повышается уровень бодрствования и сверхконтроль: чрезмерные опасения и беспокойство по мелочам, суетливость, ощущение взвинченности и пребывания на грани срыва, тревожные ожидания, страхи, эмоцио-

нальная лабильность, инсомния, нарушение концентрации внимания и ухудшение памяти, изменяется работа головного мозга, эндокринной и вегетативной нервной систем: появляются полисистемные симптомы вегетативной дисфункции в сочетании с повышенной утомляемостью, нарастает мышечное напряжение, особенно в аксиальной мускулатуре, что сопровождается болью (Акарачкова, 2014).

Мышечное напряжение у пациентов порой самый заметный для них симптом, по поводу которого они обращаются к врачу, т.к. остальные изменения аффективного спектра на фоне снижения критичности могут не замечаться. Однако и здесь необходимо учитывать следующий фактор - среди всех имеющихся у сосудистого пациента нарушений, связанных с мускулатурой, мышечное напряжение отходит на второй, а то и третий план.

Таким образом, самостоятельно пациентом не могут адекватно расцениваться симптомы психоэмоциональных нарушений и задача врача не пропустить первые их проявления и вовремя скорректировать.

Среди способов помощи пациентам с аффективными нарушениями выделяют такие, как лекарственная терапия, психотерапия, коррекция с помощью функционального биоуправления с биологической обратной связью (ФБУ БОС).

Таблица 1

Сравнительная характеристика методов коррекции психоэмоциональных нарушений

Показатели	Лекарственная терапия	Психотерапия	ФБУ БОС
Участие пациента в процессе коррекции	нет	да	да
Инвазивность	да	нет	нет
Длительность	Минимум 6 месяцев	Минимум 24 сессии	Минимум 16 сеансов
Скорость достижения результата	Через 3 недели	Через 3-4 месяца (при частоте сессий 2 раза в неделю)	21 день/3 недели
Возможность использования без наблюдения специалистов	нет	В зависимости от использованных техник	да

В приведенной выше таблице проведено сравнение основных характеристик данных методов. По нашему мнению, ФБУ БОС является

более прогрессивным и современным методом, он также, будучи неинвазивным, совершенно безопасен и подходит большому количеству пациентов. Рассмотрим его более подробно: пациент в режиме реального времени может получать информацию о состоянии его кардиореспираторной системы, мышечного напряжения и биопотенциалов головного мозга. Он может соотнести данную информацию с собственным состоянием на данный момент и выявить закономерность. Инструктор, анализируя исходные данные, формулирует задачу пациенту. Исполнитель должен стараться выполнить поставленную задачу с помощью предложенных техник или аутогенной тренировки. БОС-тренинг предоставляет возможность получения обратной связи с помощью позитивного или негативного подкрепления, однако, позитивное, по результатам исследования, является более эффективным (Blum, 2019). Таким образом, человек, подключенный к аппарату ФБУ БОС, получает информацию о развитии навыков самоконтроля, что приносит ощущение удовлетворения, связанное с завершением волевых усилий и умением осознанно управлять своим телом. Чувство беспомощности сменяется ощущением приобретения новых возможностей для управления психикой. Таким образом, БОС-тренинг активно используется для снижения уровня тревожности и, соответственно, формирования требуемого уровня психологической устойчивости.

Основным тренинговым механизмом снижения психоэмоциональных нарушений является восстановление естественного глубокого диафрагмального дыхания. Статистика показывает, что около 80% людей среди населения имеют грудное или ключичное дыхание, однако, истинным релаксационным и наиболее эффективным для насыщения организма кислородом является диафрагмальное. Кислородное голодание является предиктором срыва адаптации, приводит к снижению работоспособности, повышенной чувствительности к стрессу, проблемам с памятью, вниманием, общему снижению качества жизни. Существуют методики обучения диафрагмальному дыханию без каких-либо дополнительных аппаратов, но с ФБУ БОС в большей степени достигаются более эффективное расслабление посредством самоконтроля, фокусировка внимания на настоящем моменте и снижение распределения внимания на внешние стимулы (Blum, 2019).

Несмотря на все положительные качества ФБУ БОС имеет некоторые ограничения:

1. Метод функционального биоуправления позволяет пациенту стать активным участником лечебного процесса, поэтому имеется необходимость в высокой мотивации на результат. От данного аспекта будет зависеть комплаенс к выполнению самостоятельной коррекционной работы (занятия проводятся через день, в остальное время пациент должен тренироваться самостоятельно, на сеансах мы корректируем, прививаем

правильность выполнения, а также демонстрируем изменени организма визуально и\или аудиально). Навык диафрагмально-релаксационного дыхания по психологическим законам формируется за 21 день постоянного использования.

2. Пациент должен быть иметь когниции не глубже уровня легких когнитивных расстройств, т.к. пациенту необходимо самостоятельно учитывать взаимосвязь между собственным состоянием и информацией на экране монитора.

3. ФБУ БОС использует визуальную и аудиальную поддержку биологической обратной связи, соответственно, пациент не должен иметь грубые нарушения зрительного и слухового аппаратов. Также датчики, считывающие данные о состоянии кардиореспиратной системы будут неэффективны у пациентов с кардиостимулятором, а считывающие мышечное напряжение - у пациентов с инъекциями ботулотоксина в используемые группы мышц.

4. Воздействие диафрагмально-релаксационного дыхания на истинную инсомнию не подтверждено клинически, однако при нарушениях сна на фоне аффективных нарушений (патология глубины, скорости засыпания, частоте ночных пробуждений на фоне тревожности или ранние утренние пробуждения как симптомы депрессии) при коррекции с помощью БОС отмечаются улучшения (Melo, 2019).

Исходя из всего вышеперечисленного можно сделать вывод, что метод функционального биоуправления с биологической обратной связью за счет малой длительности обучения, возможности использовать сформированный навык в повседневной жизни, неинвазивности, безопасности, немедикаментозности, результативности должен быть рекомендован пациентам с сосудистой патологией, подходящим по критериям включения/исключения.

Список литературы

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт. 2003. № 8. С. 4-9.

2. Путилина М.В. Тревожно-депрессивные расстройства и инсульт. Возможные этиологические и патогенетические корреляции // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114, № 6-1. С. 86-92.

3. Акарачкова Е.С., Котова О.В., Вершинина С.В., Рябокоть И.В. Стресс и расстройства адаптации. Текст: электронный // Лечащий врач. 2014. № 6. URL: <https://www.lvrach.ru/2014/06/15435991/> (дата обращения: 20.10.2019).

4. Blum J., Rockstroh C., Göritz A.S. Heart rate variability biofeedback dased on slow-paced breathing with immersive reality nature scenery // Frontiers in Psychology. 2019. Vol. 10. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.02172.

5. Melo D.L.M., Carvalho L.B.C., Prado L.B.F., Prado G.F. Biofeedback therapies for chronic insomnia: a systematic review // Psychophysiology and Biofeedback. 2019. Vol. 44, № 4. P. 259-269.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЕЙ

Н.В. Попенко, В.Б. Чупина

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Целью работы является изучение влияния хронического болевого синдрома на качество жизни больных с дорсопатией. В работе исследуются такие составляющие качества жизни, как физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность, социальное функционирование и психическое здоровье.

Исследование было организовано и проведено на территории МБУЗ Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №6 им. Н.С. Карповича г. Красноярска, в отделении нейрохирургии. Для исследования было отобрано 40 пациентов с дорсопатией поясничного отдела позвоночника. Оценка качества жизни проводилась при помощи русскоязычной версии опросника «SF-36». Математическая обработка результатов проводилась с помощью программы SPSS, версии 24.

Корреляционный анализ результатов по совокупной выборке позволил установить положительную взаимосвязь между показателем общего состояния здоровья и показателями жизненной активности, социального функционирования и психического здоровья. Кроме того, прямая связь обнаружена между показателем жизненной активности и показателями социального функционирования и психического здоровья. Показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием имеет прямую связь с показателями интенсивности боли, жизненной активности, социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием. В свою очередь, показатель интенсивности боли имеет прямую связь с показателями жизненной активности, социального функционирования и психического здоровья.

Физическое состояние больных, ограничивающее выполнение повседневной деятельности и сопровождающееся выраженным болевым синдромом, приводит к снижению жизненной и социальной активности, ограничению круга общения, появлению тревожных переживаний, пре-

пятствует выполнению повседневной работы в связи с ухудшением эмоционального и физического состояния больных.

Полученные нами в ходе исследования результаты указывают на то, что выраженный болевой синдром приводит к снижению качества жизни как по физическому, так и по психическому компонентам здоровья.

Ключевые слова: дорсопатия, болевой синдром, интенсивность боли, качество жизни, физическое функционирование, жизненная активность, общее состояние здоровья.

Актуальность. Дорсопатии – это группа дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и околопозвоночных тканей. В их основе лежит нарушение питания позвонков и тканей, окружающих позвоночник (связки, межпозвоночные диски), и превышение лимита нагрузок на позвоночник (“перегрузка” позвоночника). Является широко распространенным заболеванием, чаще развивается у людей старше 35-40 лет (Давыдов, 2012).

По классификации МКБ-10 дорсопатии подразделяются на деформирующие дорсопатии, спондилопатии и прочие дорсопатии. В зависимости от локализации патологического процесса выделяют дорсопатию шейного, грудного и поясничного отдела позвоночника, среди которых наиболее распространенной является дорсопатия поясничного отдела. Это связано с тем, что именно эта область спины испытывает каждый день огромные нагрузки и чаще других подвергается травматизации (Костенко, 2013).

Самый общий и ранний симптом поясничной дорсопатии – боль в области поясницы, которая может отдавать в ягодицы, по внешней поверхности бедер и голени. Боль в спине (позвоночнике), чаще ноющего, тянущего, реже стреляющего характера. Усиливается при нагрузках (особенно при подъеме тяжестей), уменьшается в положении лежа (так как происходит «разгрузка позвоночника») (Попелянский, 1983). Дорсалгия как ведущий симптом данного заболевания значительно ограничивает активность и повседневную деятельность человека, часто приводит к длительной утрате трудоспособности, а в некоторых случаях к инвалидности, что непременно сказывается на качестве жизни данной категории больных. В связи с этим, исследование влияния болевого синдрома на качество жизни больных остеохондрозом позвоночника представляет собой актуальную проблему.

Целью исследования является изучение влияния хронического болевого синдрома на качество жизни больных с дорсопатией.

Задачи исследования:

- а) анализ научно-методической литературы по теме исследования;

- б) подбор диагностического инструментария для исследования качества жизни больных с дорсопатией;
- в) проведение диагностики с помощью методики, направленной на оценку качества жизни больных дорсопатией;
- г) анализ полученных экспериментальных данных.

Методы и материалы. Исследование было организовано и проведено на территории МБУЗ Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №6 им. Н.С. Карповича г. Красноярск, в отделении нейрохирургии. В исследовании приняли участие пациенты с дорсопатией поясничного отдела позвоночника, находившиеся на стационарном лечении. Возраст больных колебался в пределах от 30 до 60 лет. Средний возраст пациентов всех составил $42,5 \pm 10,2$. Клинико-психологическое обследование включало клинической опрос пациентов, сбор анамнеза, наблюдение за поведением пациентов.

Как известно, любая болезнь является для больного тяжелым физическим и психическим испытанием, ставит человека в психологически особые жизненные условия. Нередко, болезнь воспринимается человеком как трудная жизненная ситуация, которая приводит к изменению психической деятельности больного. В соответствии с этим, критериями включения из выборки явились:

- наличие тяжелых психических расстройств;
- ранний послеоперационный период.

Для исследования было отобрано 40 пациентов с дорсопатией поясничного отдела позвоночника, которые распределились на две группы, в каждой из которых по 20 человек:

- в I группу исследования вошли пациенты с дорсопатией поясничного отдела позвоночника, осложненной межпозвонковой грыжей, не требующей хирургического лечения;
- во II группу исследования вошли пациенты с дорсопатией поясничного отдела позвоночника, перенесшие операцию по удалению межпозвонковой грыжи.

Методы исследования:

- теоретические методы (теоретико-методологический анализ, обобщение и интерпретация научных данных);
- психодиагностические методы: оценка качества жизни при помощи русскоязычной версии опросника «SF-36 Health Status Survey», созданной и рекомендованной МЦИКЖ.
- методы статистического анализа: SPSS, версии 24.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты исследования качества жизни пациентов с дорсопатией по опроснику «SF-36 Health Status Survey» представлены на рисунке 1.

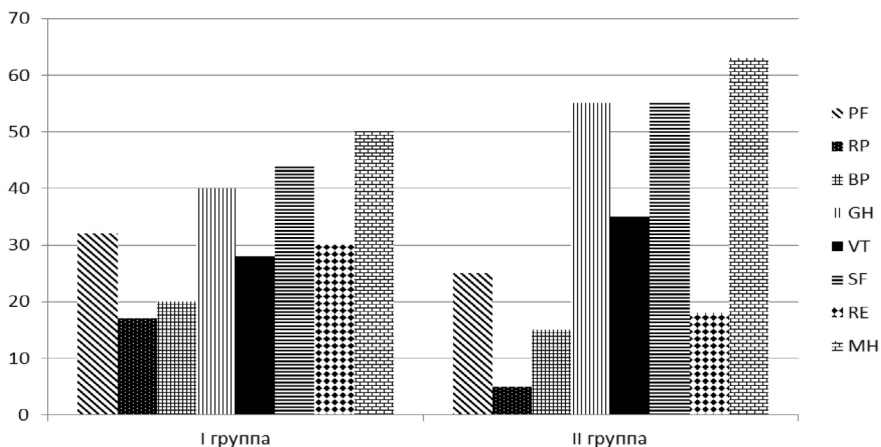


Рис. 1 – Показатели исследования качества жизни по опроснику «SF-36 Health Status Survey»

Как демонстрирует рис. 1., такие составляющие качества жизни пациентов I группы, как PF (физическое функционирование), RP (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием), BP (интенсивность боли), GH (общее состояние здоровья), VT (жизненная активность), SF (социальное функционирование), RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием), достоверно снижены. Низкие показатели по данным шкалам позволяют сделать вывод о том, что физическая активность, повседневная деятельность пациентов значительно ограничивается состоянием их здоровья, ухудшением эмоционального состояния. Существенное ограничение на активность пациентов накладывает выраженный болевой синдром, что мешает выполнению повседневной деятельности, приводит к появлению тревожно-депрессивных переживаний, в том числе из-за ухудшения эмоционального состояния. Все это, в свою очередь, приводит к снижению общего состояния здоровья, которое пациенты оценивают как неудовлетворительное. Ухудшение физического и эмоционального состояния также накладывает значительные ограничения на социальные контакты пациентов, приводит к снижению уровня общения, мешает выполнению работы. Средний уровень психического здоровья свидетельствует об отсутствии у больных депрессивных переживаний. Пациенты видят перспективу в лечении своего заболевания.

Общие данные по II группе пациентов показывают снижение качества жизни по таким параметрам, как PF (физическое функционирование), RP (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием),

ем), ВР (интенсивность боли), VT (жизненная активность), RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием). Можно утверждать, что выраженный болевой синдром накладывает значительные ограничения на жизненную активность, повседневную деятельность пациентов, а также приводит к ухудшению не только физического, но и эмоционального благополучия больных. По шкалам GH (общее состояние здоровья), SF (социальное функционирование), MH (психическое здоровье) показатели качества жизни выше среднего. После оперативного вмешательства больные отмечают улучшение общего состояния здоровья, видят перспективу лечения своего заболевания. Физическое и эмоциональное состояние больных незначительно ограничивает социальную активность пациентов.

Таким образом, было установлено существенное снижение качества жизни обеих групп больных с хроническим болевым синдромом в спине, однако его структура отличалась по отдельным сферам функционирования.

В ходе проведенного исследования полученные эмпирические данные были подвергнуты корреляционному анализу с целью выявить влияние болевого синдрома на качество жизни пациентов с дорсопатией поясничного отдела позвоночника.

Так, корреляционный анализ позволил выявить, что в I группе пациентов прослеживается прямая связь влияния интенсивности боли на жизненную активность ($r = 0,78$ $p < 0,01$), социальное функционирование ($r = 0,7$ $p < 0,01$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($r = 0,61$ $p < 0,01$) и психическое здоровье пациентов ($r = 0,77$ $p < 0,01$). Также, показатель жизненной активности имеет прямую связь с показателями социального функционирования ($r = 0,85$ $p < 0,01$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($r = 0,57$ $p < 0,01$) и психического здоровья ($r = 0,91$ $p < 0,01$). Кроме того, показатель психического здоровья имеет прямую связь с показателем социального функционирования ($r = 0,73$ $p < 0,01$) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($r = 0,51$ $p < 0,05$). Это позволяет сделать вывод о том, что из-за выраженного болевого синдрома у пациентов снижается жизненная активность, что в свою очередь дает ограничение в выполнении повседневной деятельности, приводит к снижению жизненной активности, ограничению социальных контактов, снижению уровня общения, появлению тревожно-депрессивных переживаний, в том числе из-за ухудшения физического и эмоционального состояния.

Показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, имеет прямую связь с показателями интенсивности боли ($r = 0,48$ $p < 0,05$), социального функционирования ($r = 0,65$ $p < 0,01$) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($r = 0,44$ $p < 0,05$). Физическое состояние пациентов

ограничивает выполнение физическую активность пациентов и сопровождается болевым синдромом, что приводит к снижению социальной активности и ухудшению эмоционального состояния.

Таблица 1

Интеркорреляционная матрица (I группа)

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
PF								
RP	-0,082							
BP	-0,146	,489*						
GH	0,210	-0,224	0,063					
VT	-0,183	0,398	,782**	-0,125				
SF	-0,288	,654**	,709**	0,014	,856**			
RE	-,514*	,447*	,612**	0,293	,572**	,638**		
MH	-0,108	0,225	,777**	0,008	,912**	,734**	,515*	

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)

Во II группе пациентов корреляционный анализ указывает на наличие положительной взаимосвязи между показателями ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием и показателем интенсивности боли ($r = 0,49$ $p < 0,05$). Кроме того, показатель интенсивности боли имеет прямую связь с показателем жизненной активности ($r = 0,81$ при $p < 0,01$). Из-за постоянного болевого синдрома пациенты испытывают ограничения в повседневной деятельности в связи с ухудшением физического состояния, что в свою очередь приводит к некоторому снижению жизненной активности.

Показатель ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, имеет отрицательную связь с показателями интенсивности боли ($r = -0,5$ $p < 0,05$), общего состояния здоровья ($r = -0,49$ $p < 0,05$) и жизненной активности ($r = -0,65$ $p < 0,01$). При удовлетворительном общем состоянии здоровья отмечается ухудшение эмоционального состояния. Даже при выраженном болевом синдроме больные стремятся сохранить активную жизненную позицию.

Интеркорреляционная матрица (II группа)

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
PF								
RP	0,410							
BP	0,289	,490*						
GH	0,189	0,110	0,401					
VT	0,359	0,412	,815**	,574**				
SF	0,304	0,291	0,251	,519*	0,218			
RE	0,293	0,015	-,506*	-,493*	-,653**	0,000		
MH	,474*	0,128	0,331	,756**	,465*	,861**	-0,215	

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)

Далее представлен анализ корреляционных связей по совокупной выборке пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника.

На основании данных таблицы 3 установлено, что между показателем общего состояния здоровья и показателями жизненной активности ($r = 0,36$ $p < 0,01$), социального функционирования ($r = 0,45$ $p < 0,01$) и психического здоровья ($r = 0,46$ $p < 0,01$) существует положительная взаимосвязь. Кроме того, прямая связь обнаружена между показателем жизненной активности и показателями социального функционирования ($r = 0,66$ $p < 0,01$) и психического здоровья ($r = 0,71$ $p < 0,01$). Снижение жизненной активности на фоне неудовлетворительного общего состояния здоровья приводит к ограничению социальных контактов и психическому неблагополучию.

Показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, имеет прямую связь с показателями интенсивности боли ($r = 0,44$ $p < 0,01$), жизненной активности ($r = 0,36$ $p < 0,01$), социального функционирования ($r = 0,46$ $p < 0,01$) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($r = 0,34$ $p < 0,01$). В свою очередь, показатель интенсивности боли имеет прямую связь с показателями жизненной активности ($r = 0,67$ $p < 0,01$), социального функционирования ($r = 0,44$ $p < 0,01$) и психического здоровья ($r = 0,45$ $p < 0,01$). Физическое состояние больных, ограничивающее выполнение повседневной деятельности и сопровождающееся выраженным болевым синдромом, приводит к снижению жизненной и социальной активности, ограничению круга об-

щения, появлению тревожных переживаний, препятствует выполнению повседневной работы в связи с ухудшением эмоционального и физического состояния больных.

Положительная связь установлена между показателем физического функционирования и показателем жизненной активности ($r = 0,29$ $p < 0,05$). Физическое состояние пациентов, ограничивающее возможность выполнения физических нагрузок обуславливает снижение жизненной активности.

Таблица 3

Интеркорреляционная матрица (совокупная выборка)

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
PF								
RP	0,236							
BP	0,232	,444**						
GH	0,135	-0,009	0,143					
VT	,296*	,361**	,677**	,366**				
SF	-0,029	,465**	,444**	,458**	,666**			
RE	-0,042	,340**	0,193	0,066	0,223	,312*		
MH	0,001	0,120	,454**	,461**	,716**	,763**	0,204	

Вывод. Таким образом, полученные нами в ходе исследования результаты указывают на то, что выраженный болевой синдром приводит к снижению качества жизни как по физическому, так и по психическому компонентам здоровья.

При этом, в обеих группах пациентов с дорсопатией выраженный болевой синдром приводит к снижению жизненной активности, к ограничениям при выполнении повседневной деятельности, в социальных контактах, снижению уровня общения, появлению депрессивных, тревожных переживаний.

Список литературы

1. Давыдов Д.Г. Современные подходы к исследованию качества жизни // Социальные науки и современное общество. 2012. № 2. С. 54-67.
2. Долгова Н.А., Шкурупий В.А., Якимова А.В., Добровольская Н.П. Деформирующая дорсопатия у пациентов с сочетанием артериальной гипертензии, дислипидемии, ожирения: возможные пути решения проблемы // Бюллетень СО РАМН. 2014. Т. 34, № 2. С. 61-64.
3. Костенко Е.В., Полунина Н.В. Факторная обусловленность состояния здоровья пациентов с дорсопатиями и ее роль в проведении оздоровительных мероприятий // Российский медицинский журнал. 2013. № 3. С. 11-14.

4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине: учебное пособие для ВУЗов / под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 315 с.
5. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Т. 2. Пельвиомембральные синдромы поясничного остеохондроза. Ч. 1. Клиника, этиология, патогенез. Йошкар-Ола : Марийское кн. изд-во, 1983. 372 с.
6. Бывальцев В.А., Белых Е.Г., Алексеева Н.В., Сороковиков В.А. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации. Иркутск: ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН, 2013. 32 с.

УДК 159.99

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЖИЗНЕИЗМЕНЯЮЩИХ ПРОЦЕССАХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Н.В. Попенко

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Анотация. В статье представлен литературный обзор отечественных и зарубежных авторов о терминах «жизнь», «жизненное самоосуществление» с позиций разработки идей, теорий с позиций классических разработок, а также выходящих за пределы осознания и сознания. Научные деятели делают акцент о термине «жизнь», как о некоторой целостности, результатом которой является творение себя непрерывно. Болезнь и жизнь – две осмысленности внутренней работы организма. Жизнеизменяющие процессы выступают показателем новой жизненной ситуации, развивающейся в условиях болезни.

Ключевые слова: жизнь, жизнеизменяющие процессы, здоровье, болезнь.

Актуальность. Термины «жизнь», «жизнеизменяющий», «жизненное самосуществование» как категории психологии становятся все более активно используемыми в научном лексиконе, все чаще предметом психологического исследования выступают «жизнестойкость» (Леонтьев, 2006), «стратегии жизненного самоосуществления» (Логинова, 2010; Подойница, 2015), «активность жизненного самоосуществления» (Симачева, 2015), «представления о свободе жизненного самоосуществления» (Логинова, 2010), «устойчивость жизненного мира как характеристика

жизненного самоосуществления» (Живаева, 2011), «жизнеспособность человека» (Рыльская, 2011).

Повышение интереса к само- и жизнеизменению, обнаруживаемое в психологических исследованиях, указывает на доминирование постнеклассических идей, в контексте которых содержание понятия «жизнь» носит полидисциплинарный характер и может быть рассмотрено в качестве такого явления, сущностные характеристики которого могут быть осмыслены только в рамках исследований, учитывающих тенденцию развития психологической науки.

Данная тенденция определяет качественно иной уровень разработки идей, теорий, поскольку «порождает новое отношение к миру в форме экзистенциального знания, развитие возможностей человека к самопреобразованию» (Черникова, 2008).

В.М. Бехтерев признавал, «что вопрос о жизни поставлен таким образом, что обыкновенными механическими условиями объяснить ее проявления нельзя» (Бехтерев, 1999) и, ссылаясь на профессора Бородина (1895), ученый указывает, что жизнь – это величайшая из тайн, разгадать которую имеющимися средствами не представляется возможным, обозначив тем самым необходимость выхода за пределы имеющихся в распоряжении науки классических представлений (Бехтерев, 1999).

Ф. Ницше рассматривал под термином жизнь именно начало, из которого все происходит. По его мнению, из жизни возникает материя, живые организмы, сознание, и всё окружающее. Жизнь не исчезает, она присуща всем живым организмам, которые ее ощущают (Ницше, 2009).

Так же, как и Ф. Ницше, О. Шпенглер, считал, что жизнь – это первичное начало, которое лежит в основе бытия. В основе развития понятия жизни, по его мнению, лежит судьба. Жизнь может, превращаться в мир, и судьба превращается в причинно-следственную связь (Шпенглер, 1995).

Вопросам жизни много внимания уделял А. Бергсон, который в своих работах указывал, что жизнь – это некоторая целостность, отличающаяся от материи и духа, которые являются продуктами ее распада. По мнению автора, жизнь является таким результатом, который изменяется под влиянием каждый раз новых приобретенных форм этой жизни. Он определял сущность «жизни» такими понятиями как «длительность», «творческая эволюция» и «жизненный порыв» (Бергсон, 2015).

Обращаясь к проблеме эволюционного движения, А. Бергсон в работе «Творческая эволюция» отмечал, что жизнь характеризуется возможностью самосозидания, результатом творения себя непрерывно (на этом свойстве ученый особым образом акцентирует внимание, поскольку прогресс, продолжающийся бесконечно, остается невидимым

в каждый отдельный промежуток времени, но обнаруживается, когда «прошлое напирает на настоящее и выдавливает из него новую форму, несоизмеримую с предшествующими»). По мнению автора, жизнь является таким результатом, который изменяется под влиянием каждый раз новых приобретенных форм этой жизни. «Жизнь - это тенденция, сущность же тенденции есть развитие в форме пучка: одним фактом своего роста она создает расходящиеся линии, между которыми разделяется жизненный порыв», именно «на расходящихся линиях» возникают «новые формы», дающие «свободу великому дыханию жизни». Тем не менее, «нет необходимости в том, чтобы все элементы, на которые разделяется тенденция, имели равное значение и, в особенности, одинаковую способность к эволюции», в силу чего свобода получает ограничение. Жизненный порыв, о котором говорит автор, заключается в потребности творчества в ситуациях, где переживается сопротивление материи, характеризующей движение, обратное движению человека. В этих ситуациях, овладевая материей, человек «стремится ввести в нее возможно большую сумму неопределенности и свободы» (Бергсон, 2015). В таком контексте жизнь выступает усилием «подняться по тому склону, по которому спускается материя», благодаря чему можно предвидеть возможность, и даже необходимость, то, что обратно материальности, но именно то, что творит материю силой духа человека: «жизнь начинается в тот момент, когда под действием обратного движения возникает материальная туманность» (Бергсон, 2015).

Об этом же писал С.Л. Рубинштейн, указывая, что термин «жизнь» характеризует диалектику внешнего и внутреннего, изменение и сохранение, ориентированное на существование: «внешние причины действуют через внутренние условия, формирующиеся в зависимости от внешних воздействий» (Рубинштейн, 1997). Взаимодействие, которое определяет возможность реализации такого принципа, подразумевает включенность человека как субъекта в ситуацию, задающую линию становления того «внутреннего» в человеке, что «соотносится с чем-то внешним по отношению к ситуации, выходящим и выводящим за ее пределы» (Рубинштейн, 1997). Выход за пределы ситуации обусловлен тем, что различные явления по своей природе выступают как обуславливающие и обусловленные – будучи обусловленными объективным действием условий жизни, они обуславливают жизнедеятельность человека (Лактионова, 2009).

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 А.В. Паукова определяет, как существенный сдвиг в жизненном мире личности, представляющих собой комплекс

внешних (ситуационных) и внутренних (личностных) условий и обстоятельств (Паукова, 2014).

Следовательно, триггером изменений может выступить любая внешняя ситуация, которая оказывает ограничивающее или стимулирующее влияние на человека, либо человек определяет существенные аспекты своего существования (Паукова, 2011).

Вывод. Таким образом, жизнеизменяющие процессы выступают показателем новой жизненной ситуации, развивающейся в условии болезни. Вследствие этого, пациент начинает испытывать проблемы либо дефицитарного уровня (когда ему требуется помощь в устранении (уменьшении) негативных переживаний из-за нехватки чего-либо, на корректировке условий, от которых человек страдает), либо бытийного (когда смысл не в том, чтобы вернуть человека к неким предполагаемым «хорошим условиям», которые были раньше, а в том, чтобы человек двинулся дальше – «к богатству и осмысленности жизни, значительно большей, чем он знал до сих пор») (Братченко, 1998).

Здоровье характеризуется слаженной работой всех систем организма в их качественных и количественных определенностях. Гармония внутренней жизни, взаимозаменяемости и согласованной работе органов, дана природой (Национальные рекомендации, 2010). При сбалансированном преодолении внешних факторов, с имеющейся внутренней мотивацией, индивид оказывает иммунологическое сопротивление инфекциям, поддерживает физическую форму, эмоционально стабилен, эффективно преодолевает стрессовые ситуации (Мещерякова, 2006). Рассогласованность совместной деятельности, биологические нарушения, приводят к болезни (Балашов, 2005).

Т.Д. Василенко отмечает, что жизненные ситуации, связанные с внутренним телесным опытом, классифицируются по:

- влиянию на здоровье — свидетельствующие о нарушении здоровья (соматические заболевания) и соответствующие состоянию здоровья;
- длительности — ограниченные по времени (состояние беременности), неопределенные по длительности (хроническое соматическое заболевание длительного течения) и заболевания неизлечимые, с которыми человек проживает всю жизнь;
- степени тяжести течения;
- степени ограничения социального взаимодействия (совместимые с продолжением профессиональной деятельности и предполагающие инвалидность);
- социальному стереотипу, связанному с заболеванием (например, угрожающие жизни заболевания) (Василенко, 2014).

Представления о жизнеизменяющих процессах, происходящих с человеком при переходе от здоровья к болезни и от болезни к здоровью, легли в основу разработанной нами модели жизнеизменяющих процессов. Она

включает в себя ряд психологических характеристик человека, играющих определенную роль как в оценке сложившейся ситуации, влекущей изменение (благоприятное или неблагоприятное), способность адекватно оценивать это изменение и включать его в собственный жизненный сценарий.

Список литературы

1. Балашов Л.Е. Жизнь, смерть, бессмертие. 2-е изд. М.: Дашков и К, 2005. 320 с.
2. Бехтерев В.М. Избранные труды по психологии личности: в 2 т. Т. 1: Психика и жизнь. СПб.: Алетейя, 1999. 256 с.
3. Бехтерев В.М. Избранные труды по психологии личности: в 2 т. Т. 2: Объективное изучение личности. СПб.: Алетейя, 1999. 284 с.
4. Бердяев Н. О назначении человека. О рабстве и свободе человека. М.: АСТ: Хранитель, 2006. 637 с.
5. Василенко Т.Д. Трудная жизненная ситуация: методологический анализ. Текст: электронный // Медицинская психология в России. 2014. Т. 29, № 6. URL: http://mprj.ru/archiv_global/2014_6_29/nomer/nomer05.php (дата обращения: 20.07.2015).
6. Живасва Ю.В. Исследование стратегий жизненного самоосуществления людей с разными социокультурными характеристиками // Психология обучения. 2011. № 11. С. 49-58.
7. Лактионова А.И. «Жизнеспособность» в структуре психологических понятий // Вестник МГОУ. 2010. № 3. С. 11-15.
8. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
9. Логинова И.О. Жизненное самоосуществление человека: системно- антропологический контекст : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Томск, 2010. 42 с.
10. Мещерякова Г.П. К вопросу о ценности здоровья // Известия Южного федерального ун-та. Технические науки. 2006. № 13. С. 227-231.
11. Национальные рекомендации по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией (Российский согласительный документ). Ч. 1: Периферические артерии. М.: Изд-во НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2010. 176 с.
12. Ницше Ф. : в 4 т. Т. 2. М.: Мысль, 2010. 635 с.
13. Рубинштейн С.Л. Человек и мир. М.: Наука, 1997. 191 с.
14. Рыльская Е.А. К вопросу о психологической жизнеспособности человека: концептуальная модель и эмпирический опыт // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2011. Т. 8, № 3. С. 9-38.
15. Паукова А.Б. Динамика отношения к жизни в результате рефлексии жизненных событий // Мир психологии. 2011. № 4. С. 143-150.
16. Паукова А.Б. Психологическая поддержка в процессе жизненных изменений // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. 2014. № 2. С. 55-60.
17. Подойницина М.А. Интеллектуальное опосредование типологических особенностей жизненного самоосуществления : автореф. ... канд. психол. наук. Томск, 2015. 23 с.
18. Симачева А.И. Взаимосвязь локуса в континууме «доверие-недоверие» с активностью жизненного самоосуществления : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2015. 23 с.
19. Черникова Т.В. Психологическая поддержка специалистов «помогающих» профессий: антропологический подход // Психология обучения. 2008. № 3. С. 77-90.
20. Шпенглер О. Человек и техника // Культурология. XX век: Антология / сост. С. Я. Левит. М.: Юрист, 1995. С. 454-496.

ФИЗИЧЕСКАЯ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ РЕСУРС ДОСТИЖЕНИЯ ЖИЗНЕННЫХ ЦЕЛЕЙ

А.Р. Рафикова

*Академия управления при Президенте Республики Беларусь,
г. Минск, Республика Беларусь*

Аннотация. Современные техногенные условия жизни могут приводить к изменению общепопуляционных антропометрических характеристик физического облика современного человека. Возникает трансформация взглядов в отношении как эталонов красоты физического тела, так и риск отхода от ценностного отношения к гармоничному развитию человека в целом. Это может приводить к снижению мотивации молодежи в физическом совершенствовании и являться причиной нарушения физического и психологического здоровья молодого поколения.

Целью исследования явилось изучение места морфологических параметров физического тела в культурно-ценностных ориентациях современной молодежи.

Ключевые слова: гармоничное телосложение, физическое совершенствование, ценности, капитал, молодежь.

Актуальность. Изменение образа жизни приводит к изменениям общепопуляционных антропометрических характеристик и физических показателей, что оказывает влияние на внешний облик человека (Мишкова, 2010). Становящиеся типичными распространенные внешние образы приводят к трансформации взглядов в отношении эталонов красоты физического облика современного молодого человека.

Существует и психологический аспект изменения отношения к физическому телу. В современном мире компьютерных технологий, снижения доли вербального общения и очных коммуникаций существенно может снижаться сама значимость физической красоты человеческого тела и ее роль как инструмента достижения жизненного успеха.

В современной молодежной среде появляются движения «боди-позитив», пропагандирующие толерантность к нарушениям гармоничности пропорций (например, к чрезмерно толстым людям с ожирением), которые имеют и отрицательные стороны, популяризируя дисгармонию, часто приводящую к нарушению здоровья. Образуются сообщества людей с дисгармоничным телосложением, в среде которого возникают однополюсные связи, как форма взаимодействия. Создание искусственного психологически комфортного коммуникационного поля среди «себе подобных» приводит к нарушению нормальных взаимоотношений с остальным миром.

Постановка проблемы. Представляется, что в современных техногенных условиях жизни возникает риск отхода от ценностного отношения к гармоничному развитию человека, что может приводить к снижению мотивации в физическом совершенствовании и являться причиной нарушения физического и психологического здоровья молодого поколения. Изучению места морфологических параметров физического тела в культурно-ценностных ориентациях современной молодежи посвящены данные исследования.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе Академии управления при Президенте Республики Беларусь. В исследовании приняли участие 86 человек (24 юноши и 62 девушки), студенты Института управленческих кадров, ответившие на вопросы специально разработанной анкеты и прошедшие интервью. Средний возраст респондентов 17,8 года. Результаты опроса и интервьюирования обработаны методами математической статистики. Также применялись такие методы, как: анализ, систематизация и обобщение; формулирование основных научных результатов исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Первый вывод, который позволяют сделать полученные результаты исследования, свидетельствует, что в среде современной молодежи физическая привлекательность по-прежнему ассоциируется с гармоничностью телосложения и рассматривается как ценность. О таком мнении молодежи свидетельствуют 98,8% положительных ответов респондентов на вопрос о значении физической хорошо развитого, гармонически сложенного тела и красивого лица в современном мире.

Вывод второй: ценностное отношение к физически совершенному телу имеет в основе своей не связь с хорошим здоровьем, а связь с практическим использованием физической привлекательности в достижении определенных целей. Внешне привлекательные люди, считают студенты, имеют некоторые преимущества. Им проще контактировать с другими, обзаводиться полезными связями, их различные качества чаще оценивают выше, к ним более снисходительны, если приписываемые качества отсутствуют. Так называемая «внешняя обертка», а к ней студенты отнесли диплом престижного вуза и привлекательный внешний вид, продолжает иметь значение для трудоустройства и успешного продвижения по карьере, при этом физическая красота тела и лица выступает «презентационным капиталом» индивида и дает определенный плюс еще до оценки имеющихся знаний и умений у претендента.

Следует отметить, что зарубежные исследования по данной теме также указывают на практическую значимость физической привлекательности для достижения жизненных целей, например при трудоустройстве. Исследования свидетельствуют, что для специалистов по найму на работу красота лица и тела претендента имеют большое значение. Наличие у претендента физического изъяна на лице или явно выраженной дисгармоничности телосложения воздействует на оценку способностей при

приеме на работу и принятие решения о найме более негативно, нежели инвалидное кресло претендента (Stevenage, 1999).

Вывод третий: красота лица и красота гармонически сложенного тела равнозначны. За преимущество красоты лица высказались в среднем – 51,2% респондентов, тела – 48,8%. При этом юноши отдали незначительное предпочтение красоте тела – 54,5%, красоте лица – 45,4%; девушки наоборот: красоте лица – 53%, тела – 47%. К красоте тела респонденты отнесли идеальные антропометрические показатели, соотношение длины конечностей, мышечную составляющую (атлетичность) и т.п.

Вывод четвертый: внешняя физическая привлекательность имеет значение для выстраивания взаимоотношений между сверстниками. В среднем 81,4% молодых людей утвердительно ответили на вопрос: «Судите ли Вы о человеке при первой встрече по внешнему виду?». «Да» ответили 86,3% юношей и 79,6% девушек. Соответственно, «нет» 13,6% и 20,3%. Степень влияния внешнего вида человека на его оценку респонденты определили в среднем в 58,25%.

Вместе с тем, молодые люди указали, что при длительном общении влияние внешнего облика снижается, поскольку если общение сложилось, то внешние недостатки компенсируются внутренними достоинствами человека. При этом в ответе на вопрос: «Длительно общаясь важно ли для Вас, чтобы человек был красивым или Вам все равно?», респонденты разделились на две практически равные группы: «приятнее с красивым» ответили 48%, «все равно» – 52%. Очевидно это означает, что даже при длительном общении значение физической привлекательности для молодых людей сохраняется.

Особое значение физическая привлекательность, как лица, так и фигуры имеет при выборе пары. На вопрос: «Обращаете ли Вы внимание не только на лицо, но и на тело человека с которым Вы знакомитесь для любовных отношений?» 89,5% юношей и девушек ответили утвердительно, 10,5% – отрицательно. Сложившиеся эталоны предпочтений не изменились: юноши больше предпочитают миниатюрных девушек – 65%, крупных – 30%, безразлично – 5%; девушки наоборот отдают предпочтение крупным юношам – 50,8%, мелким – 37,3% и безразлично – 3,4%.

Также выявлено, что как для начала, так и для сохранения отношений внешняя привлекательность второй половины для юношей является основополагающей. 30,4% юношей-респондентов ответили, что «расстраиваются, если их девушка выглядит непривлекательно (имеет избыточную массу тела, некрасивую фигуру, лицо и т.п.)»; 39,1% утверждают, что «вообще никогда не выберут непривлекательного партнера», и только 30,4% «не придают факту непривлекательности партнера принципиального значения и на этот счет не расстраиваются». Совокупно около 70% юношей внимательно относятся к характеристикам внешнего вида своей избранницы. У девушек реакция на внешнюю привлекательность объекта будущих отношений ме-

нее выражена: «расстраиваются» – 21,4%, «все равно» – 55,7%, совокупно процент значения внешности партнера для отношений равен 44,3%.

Для оценки толерантности современной молодежи к физически непривлекательным людям респондентам было задано два вопроса: «Дразнили ли Вас в детстве за рост (слишком высокий, слишком низкий), телосложение (слишком худой, слишком полный)?» и «Дразнили ли Вы кого-нибудь, кто был крупнее/мельче или выше/ниже других?». Анализ ответов показывает, что в мужской среде (среди мальчиков, подростков) репрессии по морфологическим признакам отмечены, но распространены не тотально, а проявляются в отдельных индивидуальных случаях. 69,6% утверждают, что их практически не дразнили, 13% – дразнили, 17,4% по морфологическим признакам не выделялись. В женской среде 41,3% девушек утверждают, что к ним относились вполне лояльно, 15,9% подвергались нападкам со стороны сверстников, 42,8% ничем физически не выделялись. Вместе с тем 52,2% юношей сами прибегали к словесным репрессиям в отношении «неформатных» сверстников, эту же практику использовали 17,5% девушек. Суммарная процентная доля респондентов, которые либо активно, либо неактивно подвергались репрессии по морфологическим признакам, составляет 72,6% юношей и 57,2% девушек, что косвенно свидетельствует о широком распространении дисгармоничного физического развития среди детей и подростков.

Современные социальные исследования также свидетельствуют, что дискриминация по внешним признакам широко распространена, но часто носит скрытый характер. Например, в экспериментальном немецком исследовании с использованием компьютерной парадигмы, специалистов по работе с персоналом попросили высказаться о людях различного пола, этнической принадлежности и индекса массы тела, представленных на стандартизированных фотографиях в отношении найма, престижа и достижений в работе. В целом, специалисты по персоналу продемонстрировали переоценку профессионального престижа у людей с нормальным весоростовым индексом и недооценку у людей с ожирением. Специалисты по работе с персоналом без других объективных причин дисквалифицировали 42% полных женщин и 19% мужчин с ожирением (Giel, 2012). Целый ряд исследований, проведенных в разных странах, показывает, что тучные люди в обществе редко получают одобрения и чаще подвергаются дискриминации.

Другим значимым для благоприятного восприятия человека является его рост. Исследовательские данные свидетельствуют о связи роста с социально-экономическим статусом индивида. Высокорослые более успешно продвигаются по карьерной лестнице. Низкорослые имеют более низкий статус (Jæger, 2011). Положительная оценка высокого роста связана с устоявшейся ассоциацией с хорошим здоровьем, поскольку этот показатель отражает физическое развитие – «высокий рост соответственно хорошее здоровье и высокая физическая работоспособность».

Вывод пятый: физическая красота тела, по мнению молодежи, является капиталом психологического комфорта и хорошей самооценки. На вопрос: «Что для Вас физическая красота тела: инструмент достижения целей, повышение собственной самооценки, уверенности в себе, самодостаточность, просто дар природы, который Вы никак не пытаетесь использовать и т.п.?» большинство респондентов ответили, что красота тела – это преимущественно капитал психологического комфорта, который они отождествили с эмоциональной сферой. Самыми популярными были ответы: это самодостаточность, уверенность в себе и повышение самооценки – 54,2% (так считают три четверти юношей – 71,4% и половина девушек – 50%).

Вывод шестой: целенаправленно использовать свою физическую привлекательность в практических целях намерены в среднем 20% респондентов, причем 21,4% девушек и меньше юноши – 14,3%. Физическую красоту тела считают капиталом хорошего здоровья только 5% молодых людей.

Поскольку физическая красота тела является, по мнению респондентов, капиталом, то вызывает интерес, насколько активны студенты по отношению к нему: насколько они заинтересованы в его оценке, соотносении с критериями качества, тревоги о нем и готовности к его развитию.

Вывод седьмой: молодые люди готовы к практическим действиям по развитию капитала физической привлекательности своего тела. Мотивацию к физическому совершенствованию отражают следующие данные: общий уровень тревожности в отношении своего тела в выборке выражен (86% респондентов). Соответственно, тревожатся о теле – 77,2% юношей и 95,3% девушек. Приоритетность тревожности о теле среди других тревог составляет 43% у юношей и 57% у девушек. Из всего, о чем тревожатся сила беспокойства о красоте и физическом совершенствовании тела по сто балльной шкале составляет 50 баллов.

Большинство молодых людей сравнивают себя с другими и оценивают в соответствии с общепринятыми в обществе эталонами – 74,5% (соответственно, 70% юношей и 79% девушек). Склонность к самокритике и повышенные ожидания традиционно более выражены у девушек. При сравнении юноши чаще радуются, чем огорчаются: соответственно, 73% и 27%. Девушки напротив чаще огорчаются, чем радуются: соответственно, 64% и 36%. Больше половины девушек считают, что им надо похудеть – 64,5%, из числа юношей хотят того же только 22%. Испытывают чувство вины перед своим телом (при нарушении режима и качества питания) – 60% девушек и 35% юношей. А вот подрасти чаще хотят юноши – 47,8% и значительно меньше девушки – 11%. Поправиться хотят, соответственно: 35% юношей и 11% девушек.

76% девушек не довольны своим телом, значительно меньше недовольных среди юношей – 21,8%. Причина кроется, очевидно, в том, что идеальными параметрами тела считаются сегодня те, что не отвечают естественному телосложению большинства женщин. Однако ответы наших респондентов

независимо от пола свидетельствуют, что на их самооценку влияют не образы моделей, спортсменов, актеров и актрис с идеальными пропорциями, а привлекательные юноши и девушки из ближнего окружения (друзья, однокурсники, знакомые или просто встречающиеся в городской среде люди).

«Пытаетесь ли Вы улучшить как-то свое тело?». Положительный ответ на этот вопрос дали 65% юношей и 82% девушек. При этом, подавляющее большинство готовы приложить к этому серьезные усилия и использовать средства физической культуры и спорта – 86,5% (соответственно, 78% и 95%).

Забота о теле для большинства из опрошенных молодых людей это в первую очередь обеспечение хорошего здоровья – 58,3%. Для 15,7% – это инструмент конкуренции за противоположный пол и соответственно способ повышения своей привлекательности. Гендерное соревнование через позиционирование себя как более выгодной кандидатуры через физическую привлекательность актуально и в современном мире (Басс, 2019).

Вместе с тем, чрезмерная погоня за привлекательностью физического тела приводит к тому, что тело в сознании обретает «самостоятельную символическую ценность», которая приводит к извращенным моделям поведения. Извращенный культ тела нарушает здоровье и даже создает угрозу для жизни молодых людей. Целью заботы о теле становится желание превратиться в «тело-манекен» и сопровождается одержимостью наращивания мышечной массы или похудения (и то и другое в погоне за идеалом зачастую приводит к депрессии, алкоголизму, анорексии, булимии и т.п.). В условиях культа тела возникает постоянная неудовлетворенность результатом, а погоня за идеальным телом становится бесконечной. Стимул «достижение цели любой ценой» приводит к употреблению запрещенных препаратов и методов, наносящих вред здоровью.

Разумное же продвижение культуры красивого подтянутого тела, необходимость ухода за ним, занятий физическими упражнениями, рационального питания и прочее через средства массовой информации, искусство, спортивные мероприятия, молодежные течения (воркаут и др.) поддерживается молодежью. За продвижение культуры красивого тела высказались 89,2% респондентов (соответственно, 86,3% юношей и 92,1% девушек).

Вывод. Обобщая результаты исследования, следует отметить, что для современной молодежи физическая красота продолжает занимать значимое место в приоритетах ценностей.

Положительным является то, что физическое совершенство для современной молодежи неотделимо от гармоничного развития, хотя взгляд на капитал гармоничного телосложения, физически совершенного тела и в целом внешней привлекательности носит в большей степени поверхностный характер (как бонус первого впечатления, вхождения в контакт и т.п.); в меньшей мере рассматривается с глубинных позиций, как фактор высокого уровня производительности труда, хорошей работоспособности, крепкого здоровья, качества жизни.

Отрицательным является признание наличия внешних и внутренних репрессий тела. Внешние проявляются в различных формах скрытой или откровенной дискриминации. И если по характеристикам возраста или расовой принадлежности вопросы регулируются законодательно, то по характеристикам, связанным с физической красотой, антропометрическими параметрами скрытая дискриминация может иметь место и в рамках законодательства она не вписывается, предотвратить ее невозможно. Внутренние репрессии проявляются в извращенных моделях культа физического тела (анорексии, мышечной гипертрофии, ожирения) и несут риски для здоровья и жизни молодых людей.

Список литературы

1. Басс Д. Эволюция сексуального влечения: стратегии поиска партнеров / пер. с англ. М. Кульнева. М. : Альпина Паблишер, 2019. 510 с.
2. Мишкова Т.А. Морфофункциональные особенности и адаптационные возможности современной студенческой молодежи в связи с оценкой физического развития : дис ... канд. биол. наук.М., 2010. 161 с.
3. Giel K.E., Zipfel S., Alizadeh M. [et al.] Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study // BMC Public Health. 2012. Vol. 12. P. 525. DOI: 10.1186/1471-2458-12-525.
4. Jæger M.M. «A Thing of Beauty is a Joy Forever»? Returns to physical attractiveness over the life course // Social Forces. 2011. Vol. 89, № 3. P. 983-1003.
5. Stevenage S.V., McKay Y. Model applicants: the effect of facial appearance on recruitment decisions // British Journal of Psychology. 1999. Vol. 90, № 2. P. 221-234.

УДК 159.937:618.2-082.5:613.86

ДИНАМИКА САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И СПУСТЯ 9 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЕСТЕСТВЕННЫМ И ИНДУЦИРОВАННЫМ ЗАЧАТИЕМ

А.В. Силаева^{1,2}, Т.Г. Бохан¹, О.В. Терехина¹

*¹Национальный исследовательский Томский государственный университет,
г. Томск, Россия*

²Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия

Аннотация. Проблема изучения состояния здоровья женщин в период беременности и после родов представляет собой большую значимость, т.к. является важным фактором, во многом определяющим здоровье и развития ребёнка, особенно в период новорожденности и раннего детства. Субъективная оценка здоровья может рассматриваться как один из пока-

зателей здоровья, совпадающий с объективным соматическим статусом и свидетельствовать о психологическом и социальном благополучии. Результаты измерений самооценки здоровья в период беременности и после родов могут выступать предикторами будущих проблем со здоровьем, преждевременных родов, низкой массы тела новорожденного, нарушений родительских функций. Целью работы явилось исследование самооценки здоровья женщин с физиологической и индуцированной беременностью в период третьего триместра и спустя 9 месяцев после родов. Проспективное исследование данного показателя на указанных выборках является актуальным и новым. Выводы: показатели самооценки здоровья в третьем триместре вынашивания беременности и спустя 9 месяцев после родов между группами женщин с естественной и индуцированной беременностью не имели статистически значимых различий. Однако субъективные оценки здоровья в период третьего триместра беременности и по прошествии 9 месяцев после родов внутри группы женщин с естественным зачатием значительно отличались, т.е. самооценка здоровья после родов была значительно ниже, чем в период беременности. Внутри группы женщин с индуцированной беременностью самооценки здоровья в третьем триместре вынашивания и после родов значительно не изменились. В обеих группах женщин выявлена значимая модель, свидетельствующая, что женщины, которые выше оценивали состояние своего здоровья в период беременности, также характеризовались большей удовлетворенностью своим здоровьем после родов и наоборот. Данный факт необходимо учитывать при реализации комплексного сопровождения беременности и патронаже рожениц с целью профилактики возможного ухудшения здоровья матерей в период ухода за ребенком.

Ключевые слова: здоровье, самооценка здоровья, психологический ресурс, экстракорпоральное оплодотворение, беременность, развитие, система «мать-дитя», качество жизни.

Актуальность. Проблема состояния здоровья женщин в период беременности и после родов не перестает быть актуальной, т.к. является основным фактором здоровья и развития ребёнка, особенно в период новорожденности и раннего детства (Ракова Г.Н., 2018). К факторам, влияющим на формирование внутриутробной среды, исследователи причисляют наличие психологических ресурсов матери, к которым относят самооценку здоровья (Mohammad Alizadeh Charandabi et al., 2012; Нефедова, Линде, Левкович, 2013; Dahlerup et al., 2018). Всемирная организация здравоохранения для оценки и мониторинга здоровья помимо объективного подхода рекомендует использовать и субъективный, т.е. оценку здоровья самим человеком по его ощущениям (WHO, 1996; Gourbin, Wunsch, 2006). Являясь надежным методом (Zajacova, Dowd, 2011), самооценка здоровья отражает физическое состояние респондента в момент опроса и на

перспективу, свидетельствует о психологическом и социальном благополучии (Виттхен, 2006), позволяет определить ресурсы и терапевтические мишени для дальнейшего укрепления здоровья и повышения качества жизни (Рамонов, 2012). Важным является также то, что результаты измерений субъективной оценки здоровья могут выступать предикторами будущих проблем со здоровьем (Герри, Байдин, 2017). Так, например, низкая субъективная оценка здоровья может быть предиктором преждевременных родов и низкой массы тела новорожденного (Wang et al., 2013). По данным исследований (Schytt et al., 2009) с течением беременности и в период первого года после рождения ребёнка у женщин отмечается снижение субъективной оценки здоровья, что отрицательно сказывается на родительских функциях (Schytt et al., 2009; Schytt, Hildingsson, 2011). Учитывая, что общее благополучие матери определяет развитие и здоровье ребёнка, актуальным и важным является изучение субъективной оценки здоровья женщины в период беременности и после родов.

Постановка проблемы. В настоящее время недостаточно данных о динамике состояния здоровья и его компонентов у женщин в послеродовой период, также наблюдается дефицит сведений о самооценке здоровья в период беременности и после родов. Принимая во внимание, что женщины преодолевшие бесплодие с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, к которым относят экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), входят в группу риска, является важным изучить данные об их самооценке здоровья, как одного из показателей качества жизни в период вынашивания ребёнка и после его рождения.

Цель исследования: оценить показатели и отследить динамику изменений самооценки здоровья у женщин с естественной и индуцированной беременностью в период третьего триместра и спустя 9 месяцев после родов.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии (г. Томск), ОГАУЗ «Областной перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко» (г. Томск), Центра вспомогательных репродуктивных технологий Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск), Медицинского центра «Авиценна» (г. Новосибирск), Сибирского института репродукции и генетики человека (г. Барнаул).

Для реализации поставленной цели была использована методика самооценки здоровья в целом (self-rated health). Респондентам предлагалось ответить на вопросы «Как вы можете описать Ваше общее состояние здоровья во время беременности до настоящего времени?» в третьем триместре вынашивания ребёнка и «Как бы Вы оценили Ваше состояние здоровья?» спустя 9 месяцев после родов. Субъективная оценка собственного общего состояния здоровья производилась по 4-х балльной шкале от 1 до 4 баллов, где 1 балл соответствовал плохому самочувствию, 2 балла –

удовлетворительному, 3 балла – хорошему и 4 балла – отличному. Для статистической обработки данных были использованы методы описательной статистики, критерий Колмогорова-Смирнова, Т критерий Стьюдента, U критерий Манна-Уитни, Т-критерий Вилкоксона, непараметрический критерий корреляции Спирмена, регрессионный анализ пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 22.

Выборка исследования включала 50 женщин с естественной беременностью и 50 женщин с беременностью посредством ЭКО. Критерием исключения послужило изолированное бесплодие по мужскому фактору. Группы были сопоставимы друг с другом по возрасту, соматической патологии, социальному положению, плодности, типу плаценты, способу родоразрешения и гестационному возрасту. Средний возраст женщин в группе с естественной беременностью был равен 32 годам ($\pm 4,42$), в группе с индуцированной беременностью – 33 годам ($\pm 4,77$), по возрастному критерию отсутствовали статистически значимые различия ($T = -1,478$ при $p = 0,148$). Все респонденты являются участниками российского проекта «Перспективное лонгитюдное междисциплинарное исследование» («Prospective Longitudinal Interdisciplinary Study – PLIS»).

Результаты исследования. Самооценка здоровья женщин обследуемых групп имела следующие особенности (таблица 1). В третьем триместре беременности 24% женщин с физиологической беременностью оценивают своё здоровье как удовлетворительное, как хорошее – 50%, как отличное – 26 % соответственно. Субъективно плохим никто из опрошенных женщин собственное здоровье не оценивает. Спустя 9 месяцев после родов 6% женщин с естественным зачатием оценивают своё здоровье как плохое, удовлетворены собственным здоровьем 36% респондентов, хорошим считают своё здоровье 46%, отличным – 12%. Обнаружены статистически значимые различия ($Z = -2,848$ при $p = 0,004$) в двух связанных выборках, свидетельствующие о снижении самооценки здоровья спустя 9 месяцев после родов в группе женщин с естественным зачатием. В группе женщин с беременностью посредством ЭКО в третьем триместре вынашивания 32% респондентов оценивают своё здоровье как удовлетворительное, как хорошее – 58% и отличное – 10 % соответственно. Субъективно плохим здоровье в данной группе опрошенных женщин также никто не считает. По прошествии 9 месяцев после родов самооценка здоровья женщинами описываемой группы не имеет значимых отличий ($Z = -0,200$ при $p = 0,841$): удовлетворены собственным здоровьем 36 %, как хорошее оценивает – 48%, как отличное – 16%. Между группами женщин естественной и индуцированной беременностью статистически значимые различия в самооценке здоровья в третьем триместре вынашивания беременности ($U = 1024,000$ при $p = 0,084$) и спустя 9 месяцев после родов ($U = 1128,000$ при $p = 0,361$) не обнаружены.

Таблица 1

Данные описательной статистики самооценки здоровья в период беременности (третий триместр) и спустя 9 месяцев после родов в группах женщин с естественным зачатием (ЕЗ) и с зачатием посредством ЭКО (ЭКО)

Самооценка здоровья	Группы	Процентили %			Min	Max
		25	50 (Me)	75		
Самооценка здоровья в период беременности (третий триместр)	ЕЗ	2,75	3,00	4,00	2,00	4,00
	ЭКО	2,00	3,00	3,00	2,00	4,00
Самооценка здоровья спустя 9 месяцев после родов	ЕЗ	2,00	3,00	3,00	1,00	4,00
	ЭКО	2,00	3,00	3,00	2,00	4,00

Также с помощью множественного регрессионного анализа выявлено, что оценка здоровья в период беременности является значимым предиктором в оценке здоровья после родов (таблица 2).

Таблица 2

Данные множественного регрессионного анализа самооценки здоровья в период беременности (третий триместр) и спустя 9 месяцев после родов в группах женщин с естественным зачатием (ЕЗ) и с зачатием посредством ЭКО (ЭКО)

Предиктор	Группы	Самооценка здоровья спустя 9 месяцев после родов	
		β	P
Самооценка здоровья в период беременности (третий триместр)	ЕЗ	0,308	0,030
	ЭКО	0,417	0,003

Выявлена значимая модель, свидетельствующая, что те женщины, которые выше оценивали состояние здоровья в период беременности, демонстрировали высокую удовлетворенность своим здоровьем после родов в обеих исследуемых группах.

Обсуждение результатов. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о том, что в группе женщин с естественным зачатием субъективная оценка здоровья в период третьего триместра беременности значимо выше, чем по прошествии 9 месяцев после родов, что совпадает с данными исследований (Schytt et al., 2009). Такие результаты можно

объяснить влиянием ряда факторов: проблем с соматическим здоровьем (гипертония, инфекции и анемия, кровотечения и пр.) в период беременности и после родов, родоразрешением путем кесарева сечения, плохим финансовым положением, размещением в государственном жилье, отцовской занятостью, отсутствием доступа к автомобилю, незапланированной беременностью, курением матери, плохой эмоциональной и социальной поддержкой, материнством, которое сложнее, чем ожидалось, наличием детей (Floderus et al., 2008; Schytt et al., 2009; Schytt, Hildingsson, 2011; Morgan, Eastwood, 2014; Semasaka et al., 2016). Снижение субъективной оценки может быть длительным и наблюдаться на протяжении трёх лет (Schytt E, Hildingsson I., 2011), что может негативно сказываться на развитии ребёнка и качестве материнства. Показатели самооценки здоровья в третьем триместре вынашивания и после родов внутри группы женщин с индуцированной беременностью значимо не изменились. Во многом это можно объяснить тем, что в период долгожданного материнства в семьях женщин с зачатием ЭКО обозначенные факторы могли быть устранены или вовсе не возникнуть. В обеих исследуемых группах выявлено, что самооценка в период беременности является предиктором удовлетворенности собственным состоянием здоровья после родов в обеих группах. Обращая внимание на тот факт, что в период первых трёх лет материнства наиболее важными для женщин являются потребности ребёнка, и матери детей откладывают посещение врача до тех пор пока состояние не будет угрожать их жизни (Kaso, M., Miyazaki, K., & Nakayama, T. 2018), необходимо учитывать динамику самооценки здоровья при сопровождении рожениц и комплексно подходить к диаде «мать-дитя».

Вывод. Обобщая полученные результаты исследования в соответствии с поставленной целью, можно говорить, что самооценка здоровья в период беременности может являться предиктором удовлетворенности собственным состоянием здоровья после родов независимо от типа беременности. Данный факт необходимо учитывать при реализации комплексного сопровождения беременности, патронаже рожениц и мам детей раннего возраста с целью профилактики возможного ухудшения здоровья матерей в период ухода за ребенком.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-313-90040.

Список литературы

1. Виттхен Г.У. Энциклопедия психического здоровья. Изд-во : Алетейа, 2006. 552 с.
2. Герри К.Д., Байдин В.М. Источники искажений в самооценке здоровья // ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2017. Т. 10, № 4. С. 31-36. DOI: 10.17749/2070-4909.2017.10.4.031-036.
3. Нефедова Д.Д., Линде В.А., Левкович М.А. Иммунологические аспекты беременности (Обзор литературы) // Медицинский вестник Юга России. 2013. № 4. С. 16-21.

4. Ракова Г.Н. Особенности «материнских эффектов» фенотипичной передачи в перинатальном периоде (обзор литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018. Т. 18, № 2. С. 92-100.
5. Рамонов А.В. Анализ статуса здоровья населения России с использованием интегральных показателей // Социологические исследования. 2012. № 3. С. 104-116.
6. Dahlerup B.R., Egsmose E.L., Siersma V., Mortensen E.L., Hedegaard M., Knudsen L.E., Mathiesen L. Maternal stress and placental function, a study using questionnaires and biomarkers at birth // *PloS one*. 2018. Vol. 13, № 11. P. e0207184. DOI: 10.1371/journal.pone.0207184.
7. Floderus B., Hagman M., Aronsson G., Marklund S, Wikman A. Self-reported health in mothers: the impact of age, and socioeconomic conditions // *Women Health*. 2008. Vol. 47, № 2. P. 63-86. DOI: 10.1080/03630240802092308.
8. Gourbin C., Wunsch G. Health, illness, and death // *Demography: analysis and synthesis*. 2006. Vol. 2. P. 5-12.
9. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments / eds. A. De Bruin, H.S.J. Picavet, A. Nossikov. Copenhagen: World Health Organization Publication, 1996. № 58. 161 p.
10. Kaso M., Miyazaki K., Nakayama T. A qualitative study on coping behaviors and influencing factors among mothers in Japan raising children under three years old while experiencing physical and mental subjective symptoms // *BMC Women's Health*. 2018. Vol. 18, № 1. P. 14. DOI: 10.1186/s12905-017-0494-8.
11. Mohammad A.C.S., Kamalifard M., Mahzad Sedaghiani M., Montazeri A., Dehghanpour Mohammadian E. Health-Related Quality of Life and its Predictive Factors among Infertile Women // *Journal of Caring Sciences*. 2012. Vol. 1, № 3. P. 159-164. DOI: 10.5681/jcs.2012.023.
12. Morgan K.J., Eastwood J.G. Social determinants of maternal self-rated health in South Western Sydney, Australia // *BMC Research Notes*. 2014. Vol. 7. P. 51. DOI: 10.1186/1756-0500-7-51.
13. Semasaka J.P., Krantz G., Nzayirambaho M., Munyanshongore C., Edvardsson K., Mogren I. Self-reported pregnancy-related health problems and self-rated health status in Rwandan women postpartum: a population-based cross-sectional study // *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016. Vol. 16, № 1. P. 340. DOI: 10.1186/s12884-016-1138-y.
14. Schytt E., Hildingsson I. Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood // *Sexual & Reproductive HealthCare*. 2011. Vol. 2. P. 57-64. DOI: 10.1016/j.srhc.2010.12.003.
15. Schytt E., Waldenström U., Olsson P. Self-rated health--what does it capture at 1 year after childbirth? Investigation of a survey question employing thinkaloud interviews // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009. Vol. 23, № 4. P. 711-720. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00669.x.
17. Wang P., Liou S. R., Cheng C. Y. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study // *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013. Vol. 13. P. 124. DOI: 10.1186/1471-2393-13-124.
18. Zajacova A., Dowd J.B. Reliability of self-rated health in US adults // *American Journal of Epidemiology*. 2011. Vol. 174, № 8. P. 977-983.
19. Zhou Y., Damsky C.H., Chiu K., Roberts J.M., Fisher S.J. Preeclampsia is associated with abnormal expression of adhesion molecules by invasive cytotrophoblasts // *The Journal of Clinical Investigation*. 1993. Vol. 91, № 3. P. 950-960. DOI: 10.1172/JCI116316.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ, ПЕРЕЖИВШИМ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

О.К. Таусинова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Целью статьи является выделение основных аспектов психологической помощи женщинам, пережившим насилие в семье, в зависимости от давности и этапа переживания психологической травмы, на основании проведенного исследования, новизна исследования заключается в том, что выделены особенности переживания травмы, в зависимости от её этапа, и предложены принципы психологической, основные выводы статьи указывают на то что, психологические особенности женщин на различных этапах переживания психологической травмы различны, и следовательно, с ними должна проводиться разная психологическая работа, так как не все методы работы психолога могут быть полезны и эффективны, в зависимости от давности психологической травмы.

Ключевые слова: насилие, домашнее насилие, психологическая травма, женщины, этапы травматизации, психологическая помощь.

Актуальность. Насилие может происходить в семье независимо от социального статуса, религиозных убеждений, этнической принадлежности членов семьи. Например, достаточно распространенным является насилие по отношению к неработающим женщинам в семьях с высоким уровнем дохода. В семьях с высоким уровнем образования часто наблюдается психологическое насилие. Насилие чаще всего возникает в ситуациях, когда члены семьи решают конфликтные ситуации с целью доказать собственную правоту любым способом.

За последние 20 лет во многих эпидемиологических исследованиях изучалась распространенность насилия в отношении женщин. В 2013 году Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Южноафриканский совет по медицинским исследованиям, и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подготовили совместный доклад (Всемирная организация здравоохранения, 2013), где впервые глобально рассмотрели 141 исследование в 81 стране, В 2014 году в рамках Доклада о положении дел в мире в сфере профилактики насилия, представленные результаты были подтверждены (Всемирная организация здравоохранения, 2013). Проведенные исследования подтвердили тенденцию, что каждая третья

женщина в мире, а это около 35%, в течении жизни переживала насилие, физическое, психологическое и/или сексуальное, со стороны партнера, с которым она находилась или находится в отношениях в момент совершения насилия. В приведенном докладе так же отмечается глобальность данной проблемы, в связи с тем, что до 38% убийств женщин происходит от рук их собственных интимных партнеров.

Женщина-жертвы насилия, которая долгое время втянута в насильственные отношения часто не способна самостоятельно решиться на разрыв отношений с насильником из-за страха мести со стороны мужчины, неуверенности в себе, чувства изоляции, собственного бессилия и безысходности. Кроме того, существует ряд других причин, не позволяющим женщине уйти от обидчика: финансовая зависимость, отсутствие альтернативного места жительства, нежелание лишать детей отца или из-за страха, что насильник будет мстить не только ей, но и детям, страх осуждения со стороны родственников и знакомых, чувство стыда, что о происходящем в семье узнают окружающие.

Научная и методическая литература полна широко и полно описанными подходами, методиками и методами оказания поддержки и помощи женщинам, пережившим насилие в семье, но необходимо отметить, что данных подходов и направлений настолько много, что они нуждаются в серьезной переработке. На наш взгляд, наибольшей систематизации не хватает именно психологическими методам помощи женщинам, с точки зрения давности травматизации. На данный момент, такие сугубо практические способы работы прописаны только в некоторых реабилитационных центрах, и содержат основные рекомендации, по констатированию женщин впервые пришедших на прием, находящихся в остром травматическом переживании (Soloveychik, 2002). При этом, существует широкая категория женщин, переживших травматические события, 2-3 месяцев назад и более, которые нуждаются в психологической поддержке, но помощь данной категории клиентов практически не рассматривается, хотя чаще всего именно она может быть востребована.

Постановка проблемы. В настоящее время обнаруживается противоречие между наличием большого количества подходов и методов оказания поддержки и помощи женщинам, пережившим насилие в семье, и отсутствием ясного и единого представления о специфике психологической работы с женщинами-жертвами домашнего насилия, с учетом давности травматического события, которое при этом, является наиболее объединяющим среди прочей симптоматики переживания психологической травмы.

Методы и материалы. Выборка состояла из 90 женщин, обратившихся за помощью в кризисный центр для женщин, переживших насилие в семье, а также обратившихся за индивидуальной консультацией к психологу. Возраст участниц составим, в среднем 34,5 лет. 70%

опрошенных респонденток имеют как минимум одного ребенка, 30% не имеют детей. Около трети респонденток имели низкий заработок, менее 20 000 рублей в месяц. На момент обследования 28,5% опрошенных женщин были замужем, за мужчинами, совершавшими над ними насильственные действия, 61,5% находились в сожительстве, но не в браке, 10,4% были разведены. При этом 9,7% опрошенных, на момент исследования жили вместе со своими партнерами. Остальные опрошенные жили отдельно. В среднем оскорбительные отношения участников составляли 6,9 года в диапазоне от 3 месяцев до 32 лет. Продолжительность насилия составляла почти 5, от 7 дней до 32 лет. Участницы были разбиты на три группы по 30 человек: первая группа, состояла из женщин, остающихся в травматической ситуации, вторая группа, состояла из женщин, оказавшихся в безопасном месте, после завершения травмы, третья группа, состояла из женщин, находящихся на этапе ассимиляции травмирующего опыта.

В процессе исследования нами использовались следующие методики: Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (авторы – К. К. Яхин, Д. М. Менделевич), Симптоматический опросник SCL-90-R Шкала Дерогатиса, Q сортировка, Тематический апперцептивный опросник ТАТ.

Результаты исследования. Согласно данным, полученным по опроснику К. К. Яхина, Д. М. Менделевича, с помощью которого мы оценивали особенности невротических состояний в группе 1, такие шкалы как уровень обсессивно-фобических нарушений (2,13) имеет нормативные показатели. В серую зону попали такие шкалы как: тревога (-0,17), невротическая депрессия (0,4), истерический тип реагирования на ситуации (0,72) и вегетативные нарушения (0,76). Наиболее критические, а значит высокие значения набрали показатели астении (-1,58). Данная группа замечательна тем, что в результатах практически отсутствуют «нормативные» значения, по шкалам. Мы можем наблюдать значительное преобладание явных болезненных и предболезненных проявлений. Во второй группе мы наблюдаем в серой зоне астению (0,71), невротическую депрессию (1,08), тревогу (1,20) и истерический тип реагирования (0,30). Вегетативные нарушения (1,88) и обсессивно-фобические нарушения (1,56) имеют нормативно-здоровые показатели, в критической болезненной зоне нет выраженных значений, для данной группы. В третьей группе невротическая депрессия (0,90), истерический тип реагирования (0,87) и астения (-1,04) находятся в серой зоне. В зоне здоровья обозначились вегетативные нарушения (1,77), тревога (1,60) и обсессивно-фобические нарушения (1,76). Необходимо заметить, что данная группа имела меньше показателей уровня болезни чем первая группа, и некоторые значения находились на уровне здоровья.

Опросник SCL-90-R был использован с целью диагностики степени развития травматического состояния и его влияния на здоровье и качество жизни женщин. Все опрошенные по шкалам опросника имеют значения выше нормы в сторону выраженной негативной симптоматики. Женщины первой группы в сравнении с женщинами второй группы имеют более высокие результаты по шкалам депрессия, психотизм, соматизация и обсессивность — компульсивность. В третьей группе, только по шкале соматизация наблюдается сходство с первой группой, и данные показатели, единственные, среди двух групп направлены в сторону показателей здоровья.

По результатам сравнительного анализа опросника SCL 90 R, можно говорить о влиянии этапа развития психотравмирующей ситуации на психологическое состояние женщин. У респондентов второй и третьей группы повышается возможность развития постоянных, неодолимых и чуждых «Я» мыслей и поступков, они имеют выраженные обсессивно-компульсивные черты ($p \leq 0,01$). В первой группе выражена депрессивная симптоматика, чего нельзя сказать о второй и третьей группе, где данные показатели, хоть и не находятся в норме, но располагаются значительно ниже ($p \leq 0,01$). Так, показано, что женщины находящиеся в травматической ситуации имеют высокий уровень тревоги, в то время как женщины третьей группы фиксированы на проблемах соматического здоровья ($p \leq 0,01$).

При анализе показателей Q-сортировки было выявлено, что женщины первой группы (5,3), второй групп (7,0) и третьей группы (5,3), обладают тенденцией к зависимости и у женщин первой группы (6,6), второй группы (8,3) и третьей группы (8,6) демонстрируют склонность избегать критических и конфликтных ситуаций, т.е. избегание борьбы, данные показатели в два раза меньше показателей нормы, на основании полученных данных можно предполагать наличие сложностей во взаимодействии с окружающими и невысокой социальной адаптации.

Обсуждение результатов. Полученные нами данные свидетельствуют, что для женщин, остающихся в травматической ситуации характерны болезненные и предболезненные проявления психических состояний. Женщины имеют высокий уровень астении и тревоги. Женщинам свойственна патологическая психическая дезадаптация и вероятное болезненное состояние, проявляется депрессивная симптоматика: потеря интереса к жизни, недостаток мотивации, снижение общей активности. Женщины имеют тенденцию к избеганию борьбы, что вдвое больше нормативных показателей, и говорит о наличии проблем при общении и плохой социальной адаптации. Для женщин, оказавшихся в безопасном месте, после завершения травмы характерен высокий уровень астении и истерического реагирования. Женщинам

свойственен высокий уровень нервно-психической адаптации, увеличивается вероятность развития непрерывных, непреодолимых и чуждых «Я» мыслей, импульсов и действий. Для женщин, находящихся на этапе ассимиляции травмирующего опыта характерен высокий уровень астении и невротической депрессии.

Согласно полученным результатам нами была разработана система психологических интервенций в зависимости от давности пережитого домашнего насилия.

Для женщин первой группы первоначально необходимо почувствовать себя в безопасности. Женщинам, пережившим насилие в семье необходимо обрести привычную степень контроля над своими эмоциями и мышлением. Также они должны почувствовать себя в безопасности по отношению к другим людям.

В процессе установления безопасности психолог может начинать с телесных упражнений, направленных на управление и обретение контроля над своим телом и постепенно двигаться к контролю над окружающей средой. Задача установления безопасности особенно сложна, когда женщина пережившая насилие в семье, еще вовлечена в отношения, которые были оскорбительными в прошлом. Опасным в работе может быть преждевременный уход в глубокие личностные истории женщины, без достаточного внимания установлению психологического альянса.

Групповая работа на первом этапе должна быть высоко познавательной и образовательной, но не глубоко трансформирующей. Группе следует обеспечить чат или форум для обмена информацией травматических синдромов, выявление общих симптомов и стратегий совладания со сложными переживаниями. Группа должна быть структурирована таким образом, чтобы способствовать развитию сильных сторон.

Для женщин второй группы свойственен процесс активного присвоения пережитого опыта, с одной стороны, и высокого уровня поддержки с другой. Травматическая память контрастна, бессловесна и статична. Когда женщина вызывает воспоминания, необходимость сохранить безопасность должна быть постоянно балансировать против необходимости смотреть в лицо прошлому. Психологу и жертве вместе необходимо научиться вести переговоры о безопасном «проходе» между отстраненными сужениями и вторжением. Избегание травмирующих воспоминаний приводит к застою в процессе восстановления, в то время как приближение к ним слишком быстро приводит к ретравматизации.

Хорошо организованная группа обеспечивает мощный стимулятор для реконструкции истории и быть источником эмоциональной поддержки. Поскольку каждый делится своей уникальной историей, группа дает глубокий опыт универсальности.

Когда женщина рассказывает свою историю одному человеку, это действительно важно, но, когда женщина рассказывает ту же историю группе, в каком-то смысле это означает переход к социальному аспекту жизни. Группа помогает каждому отдельному участнику расширить свою историю, освобождая ее от ее изоляции с преступником, тем самым давая возможность повторно принять полноту большого мира, от которого она была отчуждена.

Для женщин третьей группы чья личность была сформирована в травматической среде часто на этой стадии выздоровления чувствуют себя беженцами, въезжающими в новую страну. Этот опыт можно сравнить с эмиграцией. Принятие власти и чувства контроля в реальных жизненных ситуациях часто включает в себя сознательный выбор опасности и риска. К этому этапу выздоровления, женщины понимают, что их посттравматические симптомы представляют собой патологически преувеличенные нормальные реакции на опасность. Они часто остро осознают свою постоянную уязвимость перед угрозами и напоминаниями о травме. Вместо того, чтобы пассивно принимать эти переживания, выжившие могут активно заниматься своими страхами. С одной стороны, выбор подвергнуть себя опасности можно понять, как еще одну травматизацию. Но данное решение предпринимается сознательно, а потому имеет больше шансов на успех.

Полезным на данном этапе является обучение самообороне, это обучение может стать методом как психологического совладения, так и физиологического восстановления. Для женщин это также является отказом от покорности и позиции традиционной женственности.

На третьем этапе выздоровления, как женщина, приходит к пониманию смысла травмы в ее собственной жизни, она может также стать более открытой для новых форм взаимодействия с детьми.

Но разрешение травмы никогда не бывает окончательным; восстановление никогда не бывает полным. Воздействие травмирующее событие продолжает отражаться на протяжении всего жизненного цикла. Вопросы, которые были решены на одном этапе восстановления могут быть вновь пробудились когда женщина начнет достигать новых вех в своем развитии. Брак или развод, рождение или смерть, болезнь или выход на пенсию это частые случаи для возрождения травматического памяти.

Хотя разрешение никогда не бывает полным, часто бывает достаточно, чтобы женщина повернул внимание от задач восстановления к задачам обычной жизни. Лучший показатель восстановленная после травмы это способность получать удовольствие в ее жизни и включаться в отношения с другими.

Вывод. Обобщая результаты исследования, мы можем заметить тенденцию к изменению переживаний и особенностей развития трав-

матической ситуации, начиная от острого этапа нахождения в травмирующей ситуации, женщины попадая в безопасное место, испытывают временное короткое эйфорическое состояние, но при этом проживают явную тревогу и не имеют достаточно личной энергии к деятельности, что выражается в астенических тенденциях. На этапе ассимиляции, когда происходит, в некотором роде «сваривание» полученного опыта, мы можем замечать, что с одной стороны невротическая симптоматика снижается, но остается мрачные взгляды на будущее, по видимому обусловленные травматической ситуацией, а так же некоторые характерологические особенности, такие как склонность к зависимости. Так же женщины остаются тревожными, не в достаточной степени нервно-психически адаптированными.

Нигде не написано, что процесс восстановления должен проходить линейно и непрерывно. Но трагические воспоминания нелегко покидают внутренний мир. У некоторого болезненного воспоминания о травме обязательно вернутся, требуя внимания. В связи с этим на раннем этапе работы необходима работа, направленная на поддержку и возвращение минимального контроля над жизнью, на этапе «после травмы» женщины, пережившие насилие в семье, в процессе групповой работы с психологом переживают катарсические состояния травмы, ассимилирую тем самым полученный опыт, а также возвращают контроль над ситуацией. Женщины третьей группы нуждаются в работе с собственной мотивацией и желанием самореализации, их фокус смещается на межличностные отношения, главный упор необходимо делать на настоящее, а не прошлое.

Список литературы

1. Fergusson D.M., Horwood L.J., Ridder E.M. Partner violence and mental health outcomes in a New Zealand birth cohort // *Journal of Marriage and Family*. 2005. Vol. 67. P. 1103-1119.
2. Mechanic M., Weaver T., Resick P. Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse // *Violence Against Women*. 2008. Vol. 14. P. 634-654.
3. Senter K.E., Caldwell K. Spirituality and the maintenance of change: A phenomenological study of women who leave abusive relationships // *Contemporary Family Therapy*. 2002. Vol. 24. P. 543-564.
4. Soloveychik M.Y. *Rescue. The skills of psychological counseling*. SPb.: European house, 2002.
5. *Насилие в отношении женщин — глобальная проблема здравоохранения эпидемического масштаба*. Текст: электронный / ВОЗ. 2013. URL : https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/ru/ (дата обращения: 12.11.2019).
6. *Доклад о положении дел в мире в сфере профилактики насилия, 2014 г.* Текст: электронный / ВОЗ. 2014. URL : https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/ru/ (дата обращения: 12.11.2019).

ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ КАК СОПУТСТВУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРЕНАЖЁРА В.А. ТИТОВА «ОКО»

В.А. Титов, О.Н. Малеев, У.М. Кочеткова

*Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение
«Гимназия № 4», г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Авторский тренажёр «Око» (В.А. Титов) применяется для коррекции зрения, в связи, с чем соответствующая методика предусматривает систематические занятия пациента с тренажёром, выполнение им ряда относительно простых манипуляций, требующих, однако, определённого состояния сознания, погружения в процесс оздоровительных движений. Использование тренажёра «Око» наряду с оздоровлением зрения оказывает также выраженное психотерапевтическое воздействие. Объяснение такого эффекта осуществлено в рамках бурно развивающегося для коррекции широкого спектра эмоционально-поведенческих состояний Mindfulness-подхода (практика осознанного присутствия). Другим методологическим основанием выступил метод EMDR (Фрэнсин Шапиро). Особенности работы с тренажёром «Око» (определённые повторяющиеся движения глаз, маятниковое движение элемента тренажёра, ритмический фон, комфортная обстановка) благоприятствуют тому, что сознание пациента концентрируется на непосредственно фиксируемых содержаниях действительности: ощущениях, эмоциях без их анализа, вынесения оценок и критических суждений. Имея ограниченный объём, внимание, таким образом, оказывается не вовлечённым в руминации и соответствующие ассоциативные переживания, связанные прежде всего с наиболее травмирующим опытом или наиболее сильными привязанностями, устремлениями, получая в результате больше ресурсов для мыслительной деятельности, обусловленной текущими впечатлениями. Однако удерживать такое состояние достаточно сложно и именно те факторы, которые детерминируют сильные переживания, стремятся вывести пациента из достигнутого осознанного присутствия. В этом случае успокоение, умиротворение пациента благоприятствуют тому, что визуализирующиеся в подсознании картинки, детерминирующие, например, травматическое состояние, перерабатываются, «перезаписываются» в конструктивном русле, если для этого у индивида имеется соответствующий мировоззренческий потенциал. Сделаны первые шаги к экспериментальному подтверждению результативности обозначенного терапевтического эффекта, обозначены перспективы развития психокорректирующих возможностей применения тренажёра «Око».

Ключевые слова: медитация, руминация, осознанное присутствие, Майндфулнесс-подход, психокоррекция, самоактуализация, самоидентификация, зрение.

Актуальность. Уберечь здоровье человека – одна из важнейших задач общества, стремящегося к развитию, выживанию в условиях жёсткой конкурентной борьбы стран, транснациональных корпораций, культур. В силу большого научного и практического прорыва в медицинской сфере, в случае физических травм человек знает, куда ему обратиться и в большинстве случаев ставится правильный диагноз, оказывается квалифицированная помощь.

В отношении эмоциональных травм всё существенно сложнее. И проблема здесь прежде всего в самом человеке – его личностной целостности, культуре здорового образа жизни, психологической компетентности, самоидентификации (Дьяков, Малаховская, 2018).

Психику человека не ощутить и не потрогать, психическую проблему не получится удалить с помощью операции. А ведь некоторые подавленные тяжёлые ситуации не дают человеку покоя всю его жизнь. Эмоциональные расстройства, стресс, психологические травмы – всё это негативно сказывается на повседневной деятельности, профессиональной продуктивности, физическом здоровье. Темп жизни современного человека требует большой стрессоустойчивости, которой многие, к сожалению, не обладают. По данным исследований ВЦИОМ, доля россиян, постоянно испытывающих стресс, увеличилась с 3 % в 2010 г. до 8 % в 2019 г. При этом лишь 12 % из тех, кто испытывают психологические перегрузки, обращаются за квалифицированной медицинской помощью – к психологу или психиатру, в то время как с физическими травмами за медицинской помощью обращается каждый второй. В связи с этим актуальна разработка и изучение таких методов по восстановлению психологического равновесия, которые «работают» во-многом подспудно, которые человек мог бы освоить сам или при сопровождении, не отпугивающем своим психиатрическим дискурсом.

С эффектом подспудной психологической самокоррекции в ходе разработки тренажёра «Око» (рис. 1, 2) (запатентованного 23 апреля 2019 года) столкнулся в своё время изобретатель В.А. Титов.



Рис. 1. Тренажёр В.А. Титова. Маятник в крайнем положении, рядом с пациентом



Рис. 2. Тренажёр В.А. Титова. Маятник в крайнем положении, вдали от пациента

Ещё в подростковом возрасте, однажды, находясь в стрессовом состоянии, он заметил, что при наблюдении за вращающейся на скрученной резинке катушке ниток, наступило быстрое успокоение. Такой неоднократный эффект побудил, уже взрослого Валерия Александровича Титова, получившего психологическое образование в Ленинградском государственном университете, к созданию первого прототипа тренажёра «Око» – «Катушки». «Катушка» состояла сначала из рейки и катящейся по ней катушке, а затем, из рамы и шара, который перекатывался с одного края на другой путём наклона рамы вправо и влево. Несмотря на кажущуюся простоту, при неотрывном наблюдении - сопровождение движением глаз перемещающегося объекта, наблюдалось улучшение состояния, особенно при расположении фронтально – прямо перед собой. После было решено сделать маятник на нити. Пройдя этапы многочисленных преобразований, был наконец создан тренажёр «Око» (рис.1, рис.2). Сегодня уже можно считать, в целом доказанным то обстоятельство, что практика на тренажёре приводит к улучшению зрения. Так, исследовательский проект «Применение тренажёра «Око» В.А. Титова в профилактике проблем зрения» был, в частности, представлен на XXVIII Всероссийском конкурсе-конференции одарённых школьников Intel-авангард 2019 и отмечен специальным дипломом.

Однако психотерапевтическое влияние тренажёра ещё нуждается в своём подтверждении.

Постановка проблемы. Проблема исследования обусловлена решением противоречия между запросом общества на эффективную коррекцию большого спектра эмоционально-стрессовых ситуаций человека, и готовностью людей с невысокой психологической компетентностью обращаться за соответствующей квалифицированной помощью. В связи с этим существует значимая теоретическая и практическая проблема коррекции

эмоционального состояния человека, которая может осуществляться им во-многом самостоятельно или при незначительной поддержке извне, благоприятствующей его постепенному становлению как целостной личности в аспекте способности к самоактуализации и самоидентификации в качестве взаимосвязанных интегрирующих (Дьяков, Малаховская, 2018) проявлений психики.

Методы и материалы. Среди общенаучных методов исследования особое внимание уделено теоретическому анализу литературных источников.

Методологическое значение имели идеи, объясняющие эффективность такого современного направления «третьей волны» когнитивно-поведенческой терапии, как Mindfulness (Garay et al., 2015; Hayes et al., 1994; Hunot et al., 2010; Segal, 2007). Состояние, в которое входит пациент при работе с тренажёром «Око», напоминает медитативное состояние, а решение психологических проблем непосредственно обуславливается мировоззренческими факторами. Mindfulness проистекает из мировоззренческо-духовных медитативных практик системы Будды. В настоящее время концепция Mindfulness получила широкое распространение и эмпирическую аргументацию после внедрения в методологическое поле позитивистской науки, дистанцировавшись от изначальных духовно-буддистских истоков (Kabat-Zinn, 1990; Дьяков, Слонова, 2016; Дьяков, Слонова, 2019).

Категория Mindfulness обычно переводится как «осознанность». Наиболее корректным считается (Дьяков, Слонова, 2016) использование англоязычного термина «mindfulness». Mindfulness определяется как фокусировка внимания (безоценочная) на текущем моменте, причём с полным сосредоточением на нём, без попытки интерпретации и регистрации различных аспектов реальности (Bishop et al., 2004; Brown et al., 2003; Kabat-Zinn, 1990).

Иначе говоря, и методику коррекции зрения «Око», и Mindfulness-подход объединяет такое желаемое (в смысле технологических целей подходов) для пациента состояние переживания (проживания) им реальности, когда собственные ощущения индивида, его эмоции, мысли необходимо отслеживать непосредственно, не подвергая анализу и критическим суждениям. Это одна из сущностных особенностей Mindfulness-подхода (Дьяков, Слонова, 2016; Дьяков, Слонова, 2019). При использовании тренажёра «Око» такое состояние является результатом глазодвигательных движений, вслед за маятником, следствием воздействия ритмики маятника и комфортной окружающей обстановки. Принципиальное значение имеет и направляющее сопровождение инструктора-экспериментатора, созданная им атмосфера доверительности и потенциального соучастия в решении не только корректирующих зрение проблем, но и проблем эмоционально-психологического, житейского планов. В связи с последним

заметим, что проблемы со зрением, особенно у школьников, являются ведущим маркером неблагополучия эмоционально-психологической атмосферы их среды существования (Гуров, 2014; Прахин, 2018).

Другим методологическим основанием исследования являются достижения Фрэнсин Шапиро – американского психотерапевта, которой был разработан Метод EMDR (ДПДГ) – Десенсибилизация и Переработка Движением Глаз.

Вслед за Фрэнсин Шапиро мы исходим из того, что особым образом организованные движения глаз обеспечивают безопасную билатеральную стимуляцию работы полушарий мозга, благодаря чему разрушается нейронная капсула памяти, в которой содержится информация о трагичном событии или тяжелом переживании. Нейронную капсулу памяти для простоты можно сравнить со спазмом в мышцах. EMDR помогает разрушить эту нейронную капсулу, так же, как хороший профессиональный массаж помогает расслабить сжатую спазмом мышцу. EMDR (ДПДГ) – это своего рода оздоровительный «массаж для души», убирающий боль и дискомфорт.

Ориентируясь на метод аналогий, мы будем опираться на то, что если в принятых нами за методологическую основу технологиях и в нашем подходе имеют место сходные психологические и физиологические проявления, то при использовании предлагаемого нами подхода можно ожидать эффекты, которые были получены в ходе применения подходов-аналогов.

Сегодня эффективность медитативных духовных практик находит всё большее подтверждение (Кочетков, 2015; Gedvygaite et al., 2017). Вместе с тем, ориентируясь на потенциал медитации, в методологическом аспекте мы акцентируем своё внимание именно на Mindfulness-подходе, так как он, на наш взгляд, получили на сегодня наиболее широкую доказательственную базу своей результативности.

В ходе экспериментальной работы были использованы методы наблюдения и интервьюирования. На первом этапе эксперимента участвовало около 40 человек, разного возраста, состояния здоровья, в том числе и зрения. На втором этапе, который являлся основным, было задействовано 9 человек юношеского возраста. Незначительное количество испытуемых обусловлено как перспективами дальнейших более масштабных экспериментов, так и объективными условиями и требованиями к эксперименту: для эффективной коррекции с применением тренажёра «Око» серьёзных эмоциональных травм необходимы испытуемые, обладающие понятной инструктору сформированностью мировоззренческой компетентности в решении эмоционально-психологических проблем. Это как раз те юноши и девушки, с которыми в рамках дополнительного школьного образования, а также клубной и летне-выездной исследовательской работы осуществлялись духовно-нравственные культурные практики (руководитель – учитель МАОУ Гимназии №4 Олег Николаевич Малеев).

Направление Mindfulness и когнитивно-поведенческую терапию при решении большого спектра эмоциональных травм объединяет стремление к избавлению от руминаций как основной причины многих психических расстройств. Как отмечалось ранее, метод Mindfulness в связи с этим прибегает к медитативным и когнитивным техникам, что приводит к выраженным психотерапевтическому, релаксационному и развивающему (в том числе и в когнитивной сфере) эффектам (Дьяков Д.Г., Слонова А.И., 2016; Bishop et al., 2004; Brown et al., 2003; Kabat-Zinn, 1990).

Метод EMDR (Шапиро, 1998) был обнаружен случайно. Клинический психолог Фрэнсин Шапиро (США) тяжело переживала последствия химиотерапии: страдало не только её тело, но и её душа. Американка нервничала и, по её словам, сильно боялась. Однако Френсис заметила, что нервозность значительно снижается, а страх отступает, если она в определённом порядке двигает глазами яблоками. Психолог заинтересовалась этим феноменом и начала тщательно изучать его.

В ходе научных исследований эффект позитивного психологического воздействия особых движений глазами учёные объяснили с помощью модели адаптивной переработки информации (Шапиро, 1998). Как отмечалось ранее, особым образом организованные движения глаз обеспечивают безопасную билатеральную стимуляцию работы полушарий мозга, благодаря чему разрушается нейронная капсула памяти, в которой содержится информация о трагичном событии или тяжёлом переживании. EMDR помогает разрушить эту нейронную капсулу.

Метод используется на протяжении тридцати лет. Его эффективность подтверждена контролируемыми клиническими исследованиями и результатами МРТ (Шапиро, 1998). Наряду с когнитивно-поведенческой терапией, в США данный метод считается наиболее эффективным в работе с посттравматическим синдромом. В книге «Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз» (Шапиро, 1998) Фрэнсин Шапиро представила разработанный ею новый психотерапевтический метод переработки эмоциональных травм с помощью движений глаз. В основу положен естественный процесс следящих движений глаз (саккад), активизирующий внутренний, присущий самой природе нервной системы, механизм переработки травматических воспоминаний. Заметим, что в ходе разработки технологии EMDR, как и в случае с работами над тренажёрами «Око», восстановление зрения явилось побочным эффектом относительно первоначальных психотерапевтических задач.

В результате анализа представленных выше источников, а также ориентируясь на метод аналогии, справедливо предположить, что применение тренажёра «Око» имеет существенный потенциал коррекции широкого спектра проблем эмоционального плана (Дьяков, Слонова, 2016; Дьяков, Слонова, 2019):

- при стимулировании проявлений осознанного присутствия в ходе применения тренажёра «Око» возможно эффективное развитие навыков контроля над импульсивными проявлениями поведения человека, его организованностью, внимательностью, стрессоустойчивостью, а также существенное развитие эмоционального интеллекта;

- использование тренажёра «Око» может выступать эффективным средством профилактики психоневрологических расстройств, в том числе связанных с нарушением функционирования самосознания (расстройства шизофренического спектра, клиническая депрессия, тревожные, травматические и стрессовые расстройства, биполярное аффективное расстройство).

Результаты исследования. Экспериментальное исследование условно можно представить в виде двух этапов.

На первом этапе участвовало около 40 человек на протяжении одного года.

Перед участниками эксперимента ставилась задача испытать свойства тренажёра, а именно его влияние на остроту зрения.

Каждому был подарен автором тренажер со всеми его комплектующими, также каждый был ознакомлен с инструкцией по его практическому применению. Участники ежедневно фиксировали любого рода изменения, связанные со зрением и вносили их в специально созданную таблицу. Сначала предлагалось взять тренажёр и начать выполнять первое упражнение, связанное с движением шара от себя и на себя. Как показало наблюдение, в результате этого действия, большинство участников исследования самопроизвольно расслаблялись, а потом входили, по терминологии Mindfulness-подхода, в состояние осознанного присутствия.

В результате опроса для многих общим оказалось то, что, если занятие с тренажёром происходило достаточно длительное время, в сознании появлялись «картинки» и соответствующие эмоциональные переживания тех жизненных ситуаций, которые оставили «рану на их сердце». Примечательно, что принципиальным является осуществление записи в личном дневнике, сразу после работы с тренажёром, так как обрывки указанных воспоминаний часто стираются и забываются практически сразу после окончания работы с тренажёром.

Не раз у участников эксперимента самопроизвольно выступали на глазах слёзы или начиналась лёгкая дрожь, или же иные признаки лёгкого стресса от пережитых воспоминаний, но после осуществления дыхательной гимнастики, всегда, по их словам, становилось намного легче. Пережитое больше не преследовало их в ночных кошмарах, у некоторых вслед за этим уходили физические блоки, например затруднённое дыхание, покалывания в области сердца. Иными словами, ряду участников удавалось эффективно «проработать» психотравмирующие факторы. По нашим наблюдениям наиболее яркие эффекты от работы с тренажером «ОКО» были свойственны больше достаточно зрелым в личностном плане лю-

дям, а именно имеющим сложившееся духовно ориентированное мировоззрение и способности к рефлексии, самоанализу, самоидентификации.

С точки зрения Mindfulness-подхода, объяснение сказанному может быть следующим. Сначала пациенты расслабляются, им удаётся какое-то время эффективно «удерживать» состояние осознанного присутствия. В результате сознание не обуславливается навязчивым типом мышления. Однако находиться продолжительное время в глубоком медитативном состоянии сложно, руминации проявляются и в результате на фоне «мерцающего сознания» в осознаваемую его ипостась «прорываются» прежде всего наиболее сильные в эмоциональном плане образы, которые сознанию нередко сложно «означивать», в связи с чем в этом случае они быстро забываются. Вполне объяснимо, что «прорывающиеся» в осознаваемую область «сильные» в эмоциональном плане образы связаны именно с травмирующими психику человека событиями. Когда в сознании появляются образы психотравмирующего плана, уже достигнутые успокоение, умиротворение благоприятствуют тому, что визуализирующиеся в подсознании картинки перерабатываются, «перезаписываются» в конструктивном русле наиболее эффективно, если у индивида для этого имеется необходимый мировоззренческий потенциал.

Несколько иным, хоть и не противоречащим предыдущему, предстаёт объяснение психологических переживаний при использовании тренажёра «Око», но уже с позиции метода EMDR (Фрэнсин Шапиро).

Метод EMDR предусматривает определённые, достаточно активные, движения рук.

Методика применения тренажёра «Око» также предусматривает манипуляции рук, не говоря уже о движениях маятника, темп которых задаётся самим пациентом. Следовательно, имеют место процессы, аналогичные описанным Фрэнсин Шапиро в её EMDR-подходе. Особенности состоят только в темпе и ритме, который имеет маятник.

Таким образом, в процессе работы с тренажёром «Око» пациент, наблюдая приближение объекта к глазам, способствует «запуску» защитного механизма, связанного с подъёмом из глубин подсознания эмоционально тяжёлого переживания и с разрушением нейронной капсулы памяти, в которой содержится информация о трагичном событии или тяжёлом переживании.

Фрэнсин Шапиро использовала в своём методе резкое приближение своей ладони к глазам клиента, чтобы вызвать у него защитный рефлекс – значимый катализатор работы отмеченного выше защитного механизма. В работе с тренажёром «Око» человек просто наблюдает ритмичное приближение и отдаление маятника. Близкое приближение к лицу маятника также «запускает» защитный рефлекс, хотя тело может оставаться неподвижным благодаря сознательному контролю. Важным является правильное «проживание» снова и снова приближающегося к лицу маятника: в

полном осознании своей безопасности в данный момент, делая глубокий вдох и выдох. Соответствующие рекомендации предусмотрены в методике применения тренажёра «Око».

Эффективность Mindfulness-подхода связана не только со снижением тревожности, повышением иммунитета, ослаблением депрессивных состояний, повышением концентрации внимания, улучшением памяти, но и с уменьшением хронических болей, повышением физической и психической выносливости.

Подчеркнём, Mindfulness-подход является для нас базовым. И в соответствии с методом аналогии при анализе применения тренажёра «Око» весьма примечательным является следующий уникальный случай из нашей практики. Один из пациентов по неосторожности пролил на себя кипяток из ведра, получив сильный ожог половины бедра. Он среагировал на это следующим неожиданным образом. На фоне болевого шока он взял в руки тренажёр «Око» и начал выполнять упражнения. Казавшаяся нестерпимой боль от ожога стала быстро отступать. В результате, со слов ошпарившегося, ему удалось погасить болевой «очаг» в своей голове. Следует отметить, что это был один из немногих взрослых пациентов, отличающийся выраженным самообладанием и всегда считающий, что ощущения боли можно контролировать, если правильно мыслить.

В целом в начале испытания тренажёра «Око» работа с каждым пациентом носила выражено индивидуальный, неповторимый характер. Сказанное справедливо и в отношении анкетирования, которое изначально носило достаточно хаотичный характер.

Постепенно оно сфокусировалось на следующих вопросах.

1. При работе с тренажёром Вам удалось войти в состояние покоя, созерцания, отсутствия мыслей?
2. Во время глубокого дыхания и осознанности в настоящем моменте ваши ощущения как-либо менялись?
3. Вспоминалась ли какая-то стрессовая ситуация из вашей жизни во время наблюдения за маятником?
4. Если да, то сопровождалось ли это яркими эмоциями или слезами?
5. Становилось ли вам лучше (дискомфортнее) после занятия с тренажёром?
6. Если вы начинали заниматься в нервном или тревожном состоянии, вы испытывали облегчение и успокоение в дальнейшем?
7. Изменилось ли Ваше восприятие каких-либо событий после занятий с тренажёром?

Мы считаем, что данные вопросы имеют важное позитивное формирующее воздействие, они верным образом настраивают человека на продуктивную работу в аспекте эффективной психокоррекции эмоционально-психологических проблем. Поэтому, вне зависимости от участия пользователей тренажёра «Око» в экспериментальной работе, перечень

данных вопросов решено сделать частью методического описания (в качестве вопросов для саморазвития).

В начале второго этапа исследования психокорректирующих возможностей применения тренажёра «Око» была сформирована группа добровольцев. При этом им говорилось о предназначении тренажёра «Око» только в качестве средства сбережения и улучшения зрения. Иными словами, на задаче коррекции эмоциональных травм, так же как и на предыдущем этапе эксперимента, не делалось специального акцента.

Всех привлечённых на втором этапе объединял юношеский возраст, а также совместное посещение и активное участие в духовно-культурных практиках, организуемых в молодежно-подростковом клубе «Струна» при гимназии № 4 (руководитель О.Н. Малеев).

Всего участие на этом этапе приняли 9 человек. Работа с тренажёром носила такой же характер, как и на предыдущем этапе. Участники ежедневно фиксировали любого рода изменения, связанные со зрением и вносили их в специально созданную на Google-диске таблицу, доступ к которой был у каждого. Впоследствии, данные из этой таблицы были проанализированы, систематизированы и представлены одной из участников эксперимента Ульяной Кочетковой на XXVIII Всероссийском конкурсе-конференции одарённых школьников Intel-авангард 2019 в г. Москва.

Необходимо отметить что, в отличие от участников предыдущего этапа, данные 9 человек, на этот раз, два раза в неделю по вечерам (по вторникам и пятницам) встречались в учебном учреждении в клубной его части, и среди прочих тематических бесед с ними обсуждались впечатления от работы с тренажёром «Око».

Соответствующее плотное исследовательское взаимодействие осуществлялось в течении полугода. В результате была обнаружена высокая эффективность самокоррекции участниками эксперимента большого спектра серьёзных эмоциональных травм, а инструктором наработан богатый опыт мировоззренческо-соучаствующего сопровождения тренажёра «Око» (в связи с теми возможностями тренажёра, которые связаны с коррекцией именно психологических проблем).

Кроме того, специально анализировался такой из показателей эффективности психокорректирующей работы пациента с тренажёром «Око», как динамика изменения остроты зрения.

Так, в ходе бесед выяснилось, что у всех пациентов дни резких подъёмов и снижений показателей зрения оказались связанными с яркими событиями в их жизни. Причём характер восприятия событий (их значимость, стрессовый фон) анализировались в аспекте проработки факторов тревожности, психотравм в ходе работы с тренажёром «Око».

Приведём лишь некоторые примеры.

Марк Мокринский, 15 лет. 12 января наблюдался резкий подъём на диаграмме результативности зрения. В этот день состоялось его высту-

пление с театральной постановкой, к которой он готовился более года. По его словам, предстоящее выступление было для него серьёзным испытанием. Однако многие факторы фобий ему удалось проработать именно в процессе занятий с тренажёром «Око».

Екатерина Черкасова, 21 год. Её индивидуальный график отличался особенно выраженными спадами и ростом показателей зрения. У девушки проходила сессия в медицинском университете, наблюдалось состояние стресса и перенапряжения. Сессия была сдана удачно. Девушка отметила, что в ходе работы с тренажёром она успокаивалась, достигала состояния глубокой медитации, что, безусловно, и сыграло свою решающую роль.

17 января в молодёжном центре «ВЕСТА» был организован творческий авторский концерт, на который были приглашены все участники эксперимента. Довольно заметный рост показателей зрения наблюдался у большинства присутствующих (7 человек из 9) в этот день. Участники заявили, что получили много положительных эмоций, ярких впечатлений. Песни на авторском вечере были наполнены глубоким смыслом и трогаящими душу эмоциями.

Взросшее акцентирование внимания на позитивных аспектах событий, их духовной составляющей стала заметной чертой участников эксперимента.

Вывод. 1. Применение тренажёра «Око» оказывает позитивное влияние на эмоциональное и психическое состояние человека в результате проявляющейся в этом случае билатеральной стимуляции работы полушарий мозга, способствующей устранению постстрессовых нейрофизиологических факторов, а также в результате релаксирующего воздействия ритмических движений глаз, возникающего естественным образом состояния осознанного присутствия.

2. Применение тренажёра «Око» оказывает позитивное влияние на самокоррекцию пациентом психологических травм, особенно при условии духовно-педагогического сопровождения занятий на тренажёре, а именно при формировании у пациента мировоззренческого потенциала работы с факторами, вызвавшими психотравму, проявляющимися, в свою очередь, на определённом этапе непосредственной работы с тренажёром как подавленные воспоминания человека, руминации, с которыми пациенту становится сложнее справляться при увеличении времени «удерживания» состояния осознанного присутствия.

3. Тренажёр «Око» может быть интегрирован в практики осознанного присутствия Mindfulness, например в 8-шаговую программу МВСТ (Davis et al., 2015), которая показала свою эффективность даже в отношении больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами. С другой стороны, практики осознанного присутствия Mindfulness могут существенно обогатиться возможностями работы на тренажёре «Око», а именно потенциалом глазодвигательных реакций, раскрытых в рам-

ках исследования метода EMDR (Фрэнсин Шапиро) и связанных с эффектами билатеральной стимуляции работы полушарий мозга, благодаря чему разрушается нейронная капсула памяти, в которой содержится информация о трагичном событии или тяжёлом переживании. Также Mindfulness-подход, учитывая опыт мировоззренчески-педагогического сопровождения использования тренажёра «Око», мог бы получить своё принципиально новое развитие, вернувшись к своим истокам, связанным с пониманием духовно-нравственных детерминант проблем человека.

Список литературы

1. Гуров В.А., Казин Э.М., Белоногова Е.В. Динамика некоторых показателей психофизиологического развития младших школьников во взаимосвязи с уровнем и структурой тревожности // Валеология. 2014. № 2. С. 11-16.
2. Дьяков Д.Г., Малаховская Е.С. Методика исследования функциональной структуры самоидентификации : учебно-методическое пособие. Минск, 2018. 106 с.
3. Дьяков Д.Г., Слонова А.И. Практики осознанности в развитии когнитивной сферы: оценка краткосрочной эффективности программы Mindfulness-Based Cognitive Therapy // Консультативная психология и психотерапия. 2019. № 1. С. 30-47. DOI: 10.17759/cpr.2019270103.
4. Дьяков Д.Г., Слонова А.И. Практики осознанности в развитии самосознания, коррекции и профилактике его нарушений // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2016. № 3. С. 377-387.
5. Кочетков М.В. Духовные и оздоровительные особенности занятий цигун в сравнении с физкультурой (на примере Фалунь Дафа) // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы II-й Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 27-28 ноября 2015 г.) / гл. ред. И.О. Логинова. Красноярск: КрасГМУ, 2015. С. 217-222.
6. Прахин Е.И., Гулов В.А., Пономарева Э.В. Психосоматические особенности детей в медико-педагогическом мониторинге здоровьесформирующей деятельности школ // Гигиена и санитария. 2018. № 7. С. 635-641.
7. 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.
8. Bishop S.R., Lau M., Shapiro S. Mindfulness: A Proposed Operational Definition // Clinical Psychology: Science & Practice. 2004. Vol. 11, № 3. P. 230-241. DOI: 10.1093/clipsy.bph077.
9. Brown K.W., Ryan R.M. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being // Journal of Personality and Social Psychology. 2003. Vol. 84, № 4. P. 822-848. DOI: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
10. Davis L.W., Lysaker P.H., Kristeller J.L., Salyers M.P., Kovach A.C., Woller S. Effect of mindfulness on vocational rehabilitation outcomes in stable phase schizophrenia // Psychological Services. 2015. Vol. 12, № 3. P. 303-312.
11. Garay C.J., Korman G.P., Keegan E.G. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and the 'third wave' of cognitive-behavioral therapies (CBT) // Vertex. 2015. Vol. 26, № 119. P. 49-56.
12. Gedvygaite J., Andrejeva J., Bikuliciene R., Zuravliova T. Efficiency of Tai Chi for Patients with Parkinson's Disease // Proceedings of the III International Scientific and Practi-

cal Conference “Psychological Health of the Person: Life Resource and Life Potential”. Krasnoyarsk, 2017. P. 336-348.

13. Content, context, and the types of psychological acceptance // Acceptance and change: Content and context in psychotherapy / eds. S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette, M.J. Dougher. Reno, NV: Context Press, 1994. P. 13-32.

14. Hunot V., Moore T.H., Caldwell D. Mindfulness-based ‘third wave’ cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010. № 9. P. 25-38. DOI: 10.1002/14651858.CD008704.

15. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York: Delacourt, 1990. 720 p.

16. Siegel D. The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being. New York: Norton, 2007. 387 p.

УДК 159.923:378.147

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Н.В. Тихонова, В.Б. Чупина

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Данная статья посвящена анализу современных подходов к формированию коммуникативной компетентности у студентов медицинских специальностей КрасГМУ. Актуальность проведения подобного анализа обусловлена существующими в современных условиях проблемами с коммуникациями у молодых врачей-специалистов в общении с пациентами, что отражается на эффективности их деятельности и качестве оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: студент-медик, практикоориентированное обучение, ролевая игра, коммуникативная компетентность, медицинское образование.

Актуальность. Образование относится к числу фундаментальных ценностей современного общества, ориентированного на социальное и культурное развитие человека, соответствие его уровня потребностям общественного производства. Формирование профессиональных компетенций будущих специалистов – первоочередная задача высшего образования.

Коммуникативная компетентность в профессии врача является одной из важных составляющих профессиональной подготовки специалиста. В образовательном процессе в медицинском вузе положительные личност-

ные качества будущего врача по возможности должны быть доведены до совершенства (Беликова-Анкваб, 2011). Кроме того, процесс коммуникации имеет большое значение для социальной активности студентов, их развития и успешности учебной деятельности. Формирование у будущего врача этого профессионального качества в процессе обучения позволит начинающему врачу эффективнее общаться с пациентами и, следовательно, повысить удовлетворенность пациента медицинской услугой, что является одним из значимых критериев оценки качества медицинской помощи. Таким образом, основной целью обучения коммуникативной компетентности является повышение эффективности подготовки специалистов медицинского профиля и их соответствия современным запросам системы здравоохранения.

Постановка проблемы. В рамках совершенствования современного медицинского образования проблема поиска психологически обоснованных направлений развития коммуникативной компетентности у студентов-медиков выступает как весьма актуальная. Решить эту проблему представляется возможным путем реализации непрерывного психологического образования через весь процесс обучения студента-медика.

В структуре коммуникативной компетентности врача выделяют мотивационный, когнитивный, аффективный, поведенческий и личностный компоненты.

Мотивационный компонент образует потребности в позитивных контактах, мотивы развития компетентности, а также ценности общения и цели.

К когнитивному компоненту относятся социальное восприятие, воображение и мышление, а также рефлексивные, оценочные и аналитические способности. В когнитивный компонент входят знания из области взаимоотношений людей (почерпнутые из художественной литературы, искусства, истории, бытийного опыта) и специальные психологические знания.

Аффективный (эмоциональный) компонент проявляется в разнообразных эмоциональных состояниях, положительных и отрицательных эмоциях, конфликтности, удовлетворенности партнером, собой, в эмоциональной чувствительности. Это способность адекватно и полно воспринимать и оценивать людей, а также взаимоотношения, складывающиеся между людьми, проявление эмпатии, коррекция и развитие установок, необходимых для успешного общения.

Поведенческий (регулятивный) компонент побуждает деятельность, поступки, локализацию, перемещение в пространстве, выражается в мимике, жестах, пантомимике, речи. На поведенческом уровне это индивидуальная система оптимальных моделей межличностного взаимодействия, а также субъективного контроля коммуникативного поведения.

Личностный компонент коммуникативной компетентности, включает определенную совокупность индивидуальных качеств: высокая мотивация

на успешную коммуникацию, коммуникативная толерантность, аффиляция, эмоциональная стабильность, эмпатийность, сенситивность к отвержению, высокий коммуникативный контроль и другие (Михайлюк, 2015).

Ответственность за развитие способностей профессионального общения будущего врача в процессе обучения в условиях медицинского вуза формально лежит на педагогическом составе кафедр, преподающих дисциплины гуманитарного и клинического профиля. К числу первых, закладывающих фундамент профессиональной коммуникации, следует отнести психологию, иностранные языки, социологию, философию, направляющие свои усилия на развитие у студентов способности к эмпатии, конгруэнтности – доверительному, открытому общению и поведению; толерантному отношению к «другому мнению», конструктивности – способности позитивно воспринимать и предотвращать или разрешать конфликтные ситуации; навыков сотрудничества – умения работать «в команде», взаимодействия с другими людьми, без ущемления их прав и способность к принятию самостоятельных взвешенных решений и осознание ответственности за их последствия; анализа совершенных поступков, осуществлять самоконтроль личностного развития.

В процессе обучения в высшем учебном заведении происходит формирование образа профессии, отношения к ней, профессиональной Я-концепции, профессионального самосознания в целом. В сравнительно небольшой промежуток своей жизни каждый студент-медик получает представление о выбранном пути, необходимые базовые знания, умения и навыки, находит свое место в профессии (Молотов-Лучанский, 2012). Важную роль в профессиональном становлении играют практические навыки и умения студента, полученные во время образовательного процесса.

Для студентов-медиков каждой специальности коммуникативные навыки имеют свои особенности, так для студентов специальности «Педиатрия», эти навыки включают:

- 1) умение разговаривать с родителями пациентов, как с равными партнерами;
- 2) умение хорошо общаться с ребенком и его родителями, чтобы понять их заботы, проблемы и убеждения, а также сбор соответствующей информации;
- 3) способность объяснить малышу его болезнь и необходимость лечения. Объяснение должно быть ясным, полным и простым для ребенка и его родителей. Варианты лечения должны быть четко и полностью описаны, так чтобы родители могли принимать информированное решение по поводу лечения;
- 4) умение убедить родителей следовать плану лечения. Это особенно важно при проведении длительных, сложных, болезненных, дорогостоящих или культурально-неприемлемых процедурах при лечении ребенка;

5) способность наладить отношения с родителями и их детьми, основанные на взаимном уважении и доверии;

6) «Softskills», способность вступать в контакт легко, вызывать доверие и комфорт от общения у детей и их родителей. «Softskills», важный атрибут успешного практикующего врача (Bartel DA, 2000).

При коммуникативной подготовке врача-стоматолога необходимо учитывать коммуникативную наполненность на всех этапах лечения: временная спрессованность деятельности; проведение значительного количества болезненных манипуляций на уровне местной анестезии или без нее, что требует предварительного психотерапевтического воздействия на пациента; преодоление известного барьера пациентов стоматологическому лечению. В общении стоматолога со своими пациентами выделяются следующие этапы:

1. «Коммуникативная атака». Ее задачами является установление эмоционального контакта, формирование расположенности пациента к врачу; снятие излишних эмоциональных наслоений; установление доверительных отношений с пациентом, что позволяет осуществить продуктивную лечебную деятельность.

2. Поддержание отношений с пациентом во время лечения. Уменьшает болевые эффекты, выполняет следующие задачи: ликвидация мышечного напряжения в мышечно-лицевой системе и, соответственно, создание оптимальных условий для лечения; отвлечение больного от неизбежных болевых ощущений; внушение, убеждение в низком уровне болевых ощущений, успокоение пациента. Таким образом, можно превратить пациента в соучастника лечебной работы.

3. Послелечебная «коммуникативная обработка», которая часто упускается из виду врачами-стоматологами. Ее цели: подтверждение правильности проведенного лечения; получение обратной информации о ходе лечебного процесса, болезненности и эффективности проведенного лечения; закрепление эмоционального контакта с пациентом и ориентация на ту же продуктивность лечения и общения. Так можно создать положительную установку пациента на дальнейшее лечение, сформировать устойчивое положительное психическое состояние, положительное отношение к профилактике заболеваний полости рта. В целом, продуктивная коммуникативная деятельность врача-стоматолога помогает эффективно осуществлять лечение, активизирует элементы психотерапии в лечебной работе; уменьшает затраты времени на пациента; исключает из представлений пациента о стоматологическом лечении чувство страха; формирует устойчивое положительное отношение к стоматологической профилактике.

Другими словами, уже начинающему врачу-специалисту необходима высокая коммуникативная компетентность.

Результаты и их обсуждение. Коммуникативная компетентность – это владение сложными коммуникативными навыками и умениями, фор-

мирование адекватных умений в новых социальных структурах, знание культурных норм и ограничений в общении, знание обычаев, традиций, этикета в сфере общения, соблюдение приличий, воспитанность, ориентация в коммуникативных средствах, присущих национальному, сословному менталитету и выражающихся в рамках данной профессии (Мадалиева, 2013).

Коммуникативная компетентность – это обобщающее коммуникативное свойство личности, включающее в себя коммуникативные способности, знания, умения и навыки, чувственный и социальный опыт в сфере делового общения.

Коммуникативная компетентность выступает интегральным качеством, синтезирующим в себе общую культуру и её специфические проявления в профессиональной деятельности. Одним из условий коммуникативной компетентности является выполнение определенных правил и требований. Наиболее значимые из этих правил состоят в следующем:

– Правило, согласно которому нельзя приступать к сообщению мысли, если она непонятна или не до конца понятна самому себе.

– Правило «постоянной готовности к пониманию». Существует большое количество семантических и личностных барьеров, которые часто приводят к неполному и неточному пониманию сообщений.

– Правило конкретности. Следует избегать неопределенных, двусмысленных, расплывчатых выражений и слов, а без необходимости не пользоваться незнакомыми или узкоспециализированными терминами.

Правило контроля над невербальными сигналами. Недостаточно контролировать только свою речь и содержание сообщения. Необходимо также контроль над его формой в той части, которая касается его внешнего «сопровождения» — мимикой, жестами, интонацией, позой.

Правило «собственной неправоты». При коммуникации всегда необходимо допускать, что личная точка зрения может быть неправильной.

Правило «места и времени». Эффективность любого сообщения резко возрастает в случае его своевременности и выбора наиболее адекватной ситуации, в которой оно реализуется.

Правило открытости означает готовность к пересмотру своей точки зрения под влиянием вновь открывающихся обстоятельств, а также способность принимать и учитывать точку зрения собеседника.

Правило активного и конструктивного слушания — одно из основных условий эффективных коммуникаций.

– Правило обратной связи. Именно это правило, в конечном счете, обеспечивает достижение главной цели коммуникативного процесса – взаимопонимания

Под компетентностью В.С. Безрукова понимает «владение знаниями и умениями, позволяющими высказывать профессионально грамотные суждения, оценки, мнения». При этом А.С. Белкин и В.В. Нестеров, раз-

граничивая понятия «компетенция» и «компетентность», под первым понимают совокупность того, чем человек располагает, а компетентность — совокупность того, чем он владеет.

В выборе форм и методов обучения коммуникативным навыкам предпочтение должно отдаваться активным формам обучения. Одной из форм практикоориентированного подхода в обучении специалистов, является ролевая игра. Ролевая игра — воспроизведение действий и отношений других людей или персонажей какой-либо истории, как реальной, так и выдуманной. Идентифицируя себя с какой-либо ролью, человек может не только отработать какой-то навык, но и снять эмоциональное напряжение, преодолеть коммуникативные барьеры, возникающие в процессе специфического профессионального общения (Адилова, 2011).

Как мы уже упоминали, оказание медицинской помощи требует от специалистов высокоразвитых коммуникативных навыков. Несмотря на осознание вымышленности роли, приобретаемый эмоциональный опыт вполне реален. За счёт этого ролевые игры эффективны не только в психологии и психотерапии, но и как элемент образовательной программы практикоориентированного обучения студента-медика на этапе преподавания доклинических дисциплин.

Ролевое общение строится по определённым нормам, определяемым обществом, используется для упрощения общения, для облегчения достижения целей каждого из участников ролевого общения. Проигрывая различные ситуации в ролевой игре, человек увереннее чувствует себя в реальном ролевом общении. Целью внедрения в учебный процесс ролевых деловых игр является получение студентами-медиками практических навыков эффективного общения с различными категориями пациентов.

Вывод. В качестве резюме можно обозначить, что начинающему врачу-специалисту необходима высокая коммуникативная компетентность, формирование которой должно проходить через весь процесс обучения.

Использование ролевых игр как формы обучения дает студентам-медикам первичный практический профессиональный опыт и, соответственно, понимание профессиональных целей и ценностей.

Главный принцип работы врача – пациентоориентированность. Эта работа требует высокого уровня профессионализма, который формируется в процессе профессиональной подготовки специалистов в данной области. Значимая роль в этой подготовке принадлежит практикоориентированному обучению, так как без него невозможно формирование и развитие коммуникативных навыков и умений, необходимых врачу в повседневной практической деятельности.

Список литературы

1. Адилова Н.Ф. Эффективность использования ролевых игр в процессе обучения // Молодой ученый. 2011. Т. 2, №12. С. 121-124.

2. Беликова-Анкваб М.Ф., Каргиева З.К. О проблеме формирования профессиональной коммуникативной компетентности будущего врача в условиях региона // Научные проблемы гуманитарных исследований. 2011. № 11. С. 84-90.
3. Мадалиева С.Х., Кашаганова К.Т. Особенности формирования коммуникативной компетентности в условиях медицинского вуза // Международный журнал экспериментального образования. 2013. № 3. С. 141-143.
4. Молотов-Лучанский В.Б. Коммуникативные навыки : учебное пособие. Караганда, 2012. 112 с.
5. Михайлюк Ю.В., Хриптович В.А., Манулик В.А. Манулик Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза (теоретические и практические аспекты) : учебно-методическое пособие. Минск : БГМУ, 2015. 68 с.
6. Bartel D.A., Engler A.J., Natale J.E., Misra V., Lewin A.B., Joseph J.G. Working with families of suddenly and critically ill children // Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2000. Vol. 154, № 11. P. 1127-1133.

УДК 159.923:378.1

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ КРАСГМУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПЕДИАТРИЯ

Н.В. Тихонова, В.Б. Чупина, Е.Г. Кузнецова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье представлены результаты комплексной оценки коммуникативной компетентности студентов специальности педиатрия КрасГМУ, свидетельствующие о наличии проблем в их формировании. В связи с этим предлагаются практические рекомендации по их коррекции в рамках образовательного процесса для успешной профессиональной деятельности выпускников КрасГМУ по специальности «Педиатрия».

Ключевые слова: коммуникативная компетентность, коммуникативный контроль, будущие врачи, врачи-педиатры, студент-медик.

Актуальность. Одной из базовых характеристик профессиональной компетентности специалистов медицинского профиля является коммуникативная компетентность. Ее формирование составляет одну из важнейших задач подготовки будущего врача, служит залогом его дальнейшего личностного и профессионального развития. В основном, резервом повышения эффективности медицинской помощи считается профессиональная подготовка медиков (Дуброва, 2000).

На ранних этапах обучения, будущие врачи по большей части бессознательно, по механизму подражания, копируют стиль поведения тех

врачей-преподавателей, на чье мнение ориентируются. И лишь по мере накопления опыта профессионального общения молодой врач уже осознанно начинает использовать разнообразные навыки, облегчающие ему общение с пациентами.

Постановка проблемы. Особое внимание на сегодняшний день необходимо уделить формированию коммуникативной компетентности у будущего врача педиатра. Есть исследования наших российских коллег, где выявлено, что особенности коммуникативной компетентности в профессионально-личностном становлении будущего врача опосредованы профилем врачебной специальности (Васильева, 2013). При этом установлено, что врачи специальности «Педиатрия» имеют более высокий уровень коммуникативной компетентности, чем представители других специальностей. Данное утверждение послужило для нас отправной позицией для проведения нашего исследования.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого г. Красноярск. Выборка представлена студентами 4 курса, обучающимися по специальности «Педиатрия». Для проведения эксперимента были использованы следующие методики: тест «Диагностика коммуникативного контроля» (Шнайдер М.), тест «Оценка уровня общительности» (Ряховского В.Ф.).

Результаты исследования. Проанализировав полученные показатели по вышеобозначенным методикам мы получили следующие результаты, которые представлены на рисунке 1.

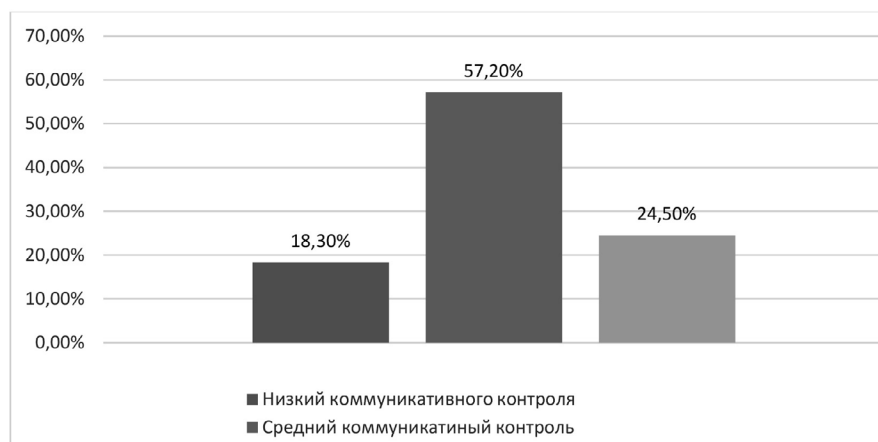
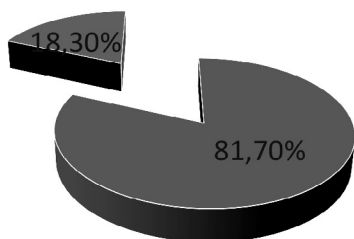


Рис. 1. Показатели уровня коммуникативного контроля студентов педиатрического факультета

По методике «Диагностика коммуникативного контроля» (Шнайдер М.) 18,3% студентов из исследуемой группы педиатров 4 курса имеют низкий уровень коммуникативного контроля. Эти данные указывают на то, что студентам свойственна высокая импульсивность в общении, открытость, раскованность, поведение мало подвержено изменениям в зависимости от ситуации общения и не всегда соотносится с поведением других людей. На основе выше изложенного, можно предположить, что в конфликтной ситуации этим обучающимся, сложно будет сдерживать свои эмоции, они будут испытывать трудности при установлении контакта с агрессивно настроенным пациентом или коллегой.

Средний уровень коммуникативного контроля был выявлен у большинства студентов (57,2%). Для них характерно то, что в общении они непосредственно и искренне относятся к другим, однако сдержаны в эмоциональных проявлениях, соотносят свои реакции с поведением окружающих людей. Больше половины испытуемых осмотрительны в проявлении эмоций и ориентируются по ситуации. Следовательно, в сложной ситуации, связанной с негативными проявлениями такие студенты, смогут не допустить обострения конфликта. Они лучше смогут найти подход к пациентам, соответственно им легче будет налаживать доверительные отношения с пациентами.

Высокий уровень коммуникативного контроля показали 24,5% студентов из исследуемой выборки. Это говорит о том, что обучающиеся постоянно следят за собой, управляют выражением своих эмоций. Они лучше всего могут адаптироваться в любой ситуации и изобразить даже те эмоции, которых не чувствуют. В некоторых случаях это может быть полезный навык.



- Общее число студентов с высоким и средним уровнем коммуникативного контроля
- Число студентов с низким уровнем коммуникативного контроля

Рис. 2. Соотношение низкого уровня коммуникативного контроля со средним и высоким уровнем у студентов педиатрического факультета

Из полученных результатов мы видим, что большинство студентов имеет высокий и средний уровень коммуникативного контроля. Соответственно количество будущих педиатров, испытывающих затруднение с управлением своими эмоциями минимально. Однако важно, чтобы к концу обучения у всех студентов был сформирован данный навык, т.е. необходима заблаговременная психологическая помощь студентам, имеющим низкий уровень коммуникативного контроля. Развитие этого навыка позволит научиться сдерживать сильные эмоции в критической ситуации. Это даст возможность не показывать плохое настроение пациентам, что важно при восприятии информации пациентом о ходе лечения.

Анализируя данные по методике «Оценка уровня общительности» (Ряховского В.Ф.) мы можем отметить, что 0,7% студентов оказались некоммуникабельными, и больше всего страдают от этого они сами. Окружающим с ними нелегко. На таких студентов трудно положиться в деле, которое требует групповых усилий. Им необходимо стараться быть общительнее, контролировать себя.

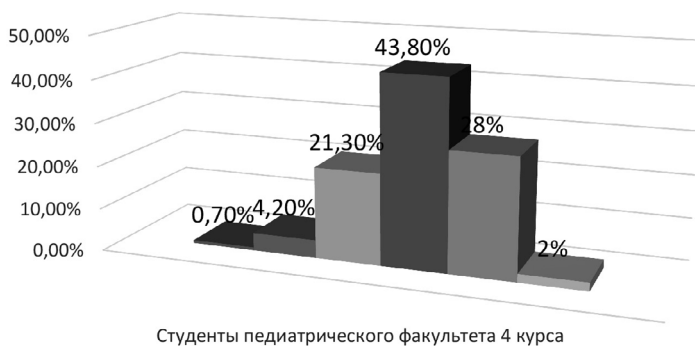


Рис. 3. Показатели уровня общительности студентов педиатрического факультета

В известной степени общительны и в незнакомой обстановке чувствуют себя вполне уверенно 4,2% респондентов. Новые проблемы их не пугают. И все же с новыми людьми сходятся с оглядкой, в спорах и диспутах участвуют неохотно. В их высказываниях порой слишком много сарказма, без всякого на то основания. Эти недостатки исправимы. Данной группе студентов стоит развивать доброжелательность к окружающим.

Нормальная коммуникабельность выявлена у 21,3% студентов. Эти обучающиеся любознательны, охотно слушают интересного собеседника, достаточно терпеливы в общении, отстаивают свою точку зрения без вспыльчивости. Без неприятных переживаний идут на встречу с новыми людьми. В то же время они не любят шумных компаний, экстравагантных

выходок. Многословие вызывает у них раздражение. С такими людьми комфортно работать. Они без лишней лирики смогут найти общий язык с пациентами.

Весьма общительными (порой, быть может, даже сверх меры) оказались 43,8% исследуемых. Они любопытны, разговорчивы, любят высказываться по разным вопросам, что, бывает, вызывает раздражение окружающих. Охотно знакомятся с новыми людьми. Любят быть в центре внимания, никому не отказывают в просьбах, хотя не всегда могут их выполнить. Бывают, вспыльчивы, но быстро отходят. Этим студентам недостает усидчивости, терпения при столкновении с серьезными проблемами.

Очень общительны 28% студентов. Они энергичны, всегда в курсе всех дел. Любят принимать участие во всех дискуссиях, хотя серьезные темы могут вызвать у апатию. Охотно берут слово по любому вопросу, даже если имеют об этом поверхностное представление. Берутся за любое дело, хотя не всегда могут успешно довести его до конца. По этой самой причине руководители и коллеги относятся к ним с некоторой опаской и сомнениями.

Коммуникабельность болезненного характера наблюдается у 2% респондентов. Эти студенты, как правило, многословны, вмешиваются в дела, которые не имеют к ним никакого отношения. Часто судят о проблемах, в которых совершенно не компетентны. Чаще всего бывают причиной разног рода конфликтов в окружении. Вспыльчивы, обидчивы, нередко бывают необъективны. Поэтому для данных респондентов необходимо развитие таких личностных качеств как: терпеливость и сдержанность.

Обсуждение результатов. В целом, мы можем отметить, что 21,3% студентов имеют нормальный уровень общительности. Они могут выстраивать отношения с окружающими, так что это комфортно каждой стороне. Общительны настолько (43,8%), что иногда вызывают раздражение окружающих. Они бывают, вспыльчивы, им недостает усидчивости, терпения, а эти качества необходимы в работе врача. Этой группе студентов необходимо развивать коммуникативный контроль, тогда они смогут контролировать свои эмоции, что крайне необходимо при работе с детьми. Особо стоит отметить, что 34,9 % студентов имеют неприемлемый уровень общительности, что так же делает эту группу студентов на данный момент не готовой для работы в сфере «Человек-человек». Они часто не заканчивают начатое дело до конца, что так же не оказывает положительного результата на лечение пациентов.

Вывод. Полученные нами данные свидетельствуют, что будущие врачи-педиатры имеют недостаточный уровень коммуникативной компетентности, которая формируется в процессе обучения студента. В ходе становления врача как профессионала уровень его коммуникативной компетентности должен возрастать. Поэтому одним из самых важных вопросов становится вопрос поиска методов подготовки будущего меди-

цинского работника к общению с пациентами. Исходя из этого, одним из условий эффективного развития коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза будет являться внедрение активных методов обучения в ходе образовательного процесса и практических форм обучения. И здесь важная роль отводится преподавателям. В исследованиях Чусовляновой С.В. (2009) установлено, что наибольшее влияние на формирование коммуникативной культуры по собственной оценке студентов оказывают следующие факторы: семья (80,3 %), книги (65,3 %), а также преподаватели вуза (63,4 %) (Чусовлянова, 2009).

Таким образом, формирование положительных качеств коммуникации у студентов, будущих врачей, есть кропотливый труд педагогов высшей медицинской школы, целенаправленный труд самого студента на всех этапах его обучения в вузе. Понять себя должен и преподаватель медицинского университета. Прежде всего, он сам должен владеть коммуникативными навыками, от его коммуникабельности, уровня коммуникативной культуры может зависеть становление как профессиональных, так и коммуникативных навыков студента, становление личности специалиста. В этой связи следует говорить об интегрированной системе формирования и развития коммуникативных навыков студента (Телеуов, 2010). Обучение студентов коммуникативной компетентности должно быть поэтапным и проходить на протяжении всего процесса обучения в вузе через преподавание как практических, так и теоретических дисциплин. Однако, данные предложения требуют внесения некоторых изменений в ход образовательного процесса, в частности внесение корректив в основную образовательную программу по специальности «Педиатрия» в части пересмотра учебного плана и внесение в него специальных дисциплин практикоориентированного характера, направленных на формирование коммуникативной компетентности.

Кроме того, особое внимание необходимо уделить разработке программ повышения квалификации преподавателей в части их обучения современным интерактивным методам образовательной деятельности – мастер-классы, ролевые игры и т. д, а также в части практикоориентированного обучения коммуникативного взаимодействия с пациентом (у постели больного). Это касается, прежде всего, молодых преподавателей, которые, не имея большого опыта преподавательской деятельности, должны понимать, что студенты, в процессе обучения, формируют свой опыт коммуникации, ориентируясь на пример своего преподавателя, копируют и транслируют его в своей будущей практической деятельности.

В целом, основной целью обучения коммуникативной компетентности становится повышение эффективности подготовки врачей-педиатров и их соответствия современным запросам здравоохранения. Это возможно путем создания в образовательной организации благоприятных условий для свободного и осознанного выбора обучающимися будущей профессиональ-

ной деятельности, формирования у них необходимой квалификации в соответствии с образовательными запросами и потребностями рынка труда.

Список литературы

1. Васильева Л.Н. О коммуникативной компетентности будущих врачей. Текст: электронный // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 5 (22). URL: <http://mpgj.ru> (дата обращения: 21.09.2019).
2. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Формирование коммуникативной компетентности современного врача // Успехи современного естествознания. 2010. № 3. С. 35-43.
3. Дьяченко Е.В., Носкова М.В., Шихова Е.П., Кропанева Е.М., Казаева А.В., Андреева Д.С. Коммуникативная компетентность врача: актуальность проблемы, принципы формирования в медицинском вузе, методика оценки (статья) // Вестник УГМУ. 2015. Вып. 1 (85). С. 28-31.
4. Дуброва В.П. Некоторые аспекты психологической подготовки врача к терапевтическому взаимодействию с пациентом // Психологическая наука и образование. 2000. № 3. С. 62-66.
5. Телеуов М.К., Досмагамбетова Р.С., Молотов-Лучанский В.Б., Мациевская Л.Л. Сферы компетентности выпускника медицинского вуза. Компетентность: Коммуникативные навыки: методические рекомендации. Караганда, 2010. 46 с.
6. Чусовлянова С.В. Коммуникативная культура студентов медицинского вуза в контексте их жизненных и профессиональных ценностей в Российском обществе начала 21 века : автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2009. 38 с.
7. Yedidia M.J., Gillespie C.C., Kachur E., Schwartz M.D., Ockene J., Cherpaitis A.E. [et al.] Effect of communication training on medical student performance // JAMA. 2003. Vol. 290, № 9. P. 1157-1165.

УДК 159.99

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕСТРУКТИВНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОСУЖДЕННЫХ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

О.А. Цветкова, О.В. Волкова

*Омский государственный технический университет, г. Омск, Россия
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей деструктивности личности несовершеннолетних осужденных. Обосновывается необходимость изучения личности для понимания основных характеристик психологического неблагополучия и «зон роста», позволяющих индивидуализировать работу с несовершеннолетними осужденными с целью их успешной ресоциализации, обеспечения их психологического благополучия и укрепления психологического здоровья.

Ключевые слова: психологическое здоровье, деструктивность личности, выученная беспомощность, несовершеннолетние осужденные.

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье, как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов». Психология здоровья рассматривает психическое здоровье не просто как отсутствие психических заболеваний, а как такое состояние, которое позволяет человеку в полной мере реализовать себя, свой творческий и жизненный потенциал на благо общества, успешно преодолевая те жизненные вызовы, которые встречаются на его пути.

Говоря о стратегиях реагирования на те, или иные жизненные трудности, можно выделить две диаметрально противоположных тенденции. Первая включает различные варианты просоциального разрешения проблем, которые ведут к развитию, реализации и укреплению своего жизненного потенциала и формированию зрелой личности (которую в указанном контексте можно назвать «здоровой» личностью) и, в конечном счете, к благу общества (именно таких людей А. Маслоу называл самоактуализирующимися) (Коростылева, 2005; Герасимов, 2013). Вторая тенденция проявляется в деструктивных формах поведения, которые не позволяют разрешить проблемы, а приводят к дополнительной травматизации личности. Такая личность является «незрелой», а в ряде случаев даже «патологичной». Это приводит к рассмотрению вопросов, как о крайних, патологических формах, в которых проявляется психическое нездоровье (в медицинском, психиатрическом контексте) - когда речь идет о деструктивных формах поведения, которые обусловлены психическими расстройствами, так и различных переходных формах – когда психической патологии нет, однако личность использует различные неадекватные и дезадаптивные формы реагирования на ситуацию. В таком случае, деструктивные формы поведения выступают признаками психологического неблагополучия.

Особое внимание необходимо уделять вопросу становления личности, когда на определенных этапах онтогенеза у человека формируется целый арсенал способов преодоления трудностей, и разрешения своих жизненных задач. Большое влияние на усвоение этих способов оказывает семья. Так, определяя стиль реагирования на жизненные обстоятельства, М. Селигман указывает, что этот стиль определяется тем, какие модели поведения демонстрируют родители, а также тем, как родители или ближайшее окружение реагирует на успехи или неудачи ребенка. В исследовании С. Hughes с соавторами в частности было показано, что адекватное реагирование матери на ранние проявления деструктивного поведения ребенка (в возрасте 6 лет) уменьшает риск асоциального пове-

дения у подростков в возрасте 12 лет (Hughes, 2017). Примером деструкции умения разрешать проблемные ситуации и психического неблагополучия является феномен выученной беспомощности. Она проявляется как отказ от активности, даже в том случае, когда ситуация подвластна субъекту и он вполне может достичь успеха в ней. Такой отказ от любой попытки разрешения усугубляет фрустрацию личности и способствует генерализации эффекта выученной беспомощности (Волкова, 2014). Катализатором этого деструктивного процесса является уверенность в том, что неудачный исход любой ситуации неизбежен, а это приводит к формированию выраженной уязвимости личности к различным (в том числе и криминальным) воздействиям, формируя дезадаптивность ребенка или подростка, а тем самым усиливая его виктимность или наоборот асоциальность (Волкова, 2014). С другой стороны, деструктивность личности, это не отдельное свойство, а системное качество, которое может быть рассмотрено на разных уровнях и проявляющееся в различных формах произвольной активности: как в стремлении к уничтожению, разрушению существующих социальных структур, так и к саморазрушению (Злоказов, 2013). Поэтому важно исследовать особенности деструктивности личности и историю ее формирования в онтогенезе для возможности коррекции и ранней профилактики.

Постановка проблемы. В реальной практике воспитательной работы с несовершеннолетними осужденными недостаточно знать те статьи, по которым они осуждены – то есть те проявления деструктивного асоциального поведения, которое установили следствие и суд. Необходимо детально изучать особенности их деструктивного склада личности (именно это и можно назвать деструктивностью личности), т.е. тех личностных искажений, которые приводят к данным формам поведения. С другой стороны основой ресоциализации и адаптации личности подростка к социуму является то «здоровое» зерно его личности, которое позволяет предположить вообще возможность такой ресоциализации. Психика несовершеннолетних пластична и восприимчива к различного рода влияниям. Опираясь на такую сущностную характеристику, как стремление к реализации своего потенциала, обнаружение его и его раскрытие, можно обеспечить то необходимое психологическое сопровождение, которое формирует здоровые и адаптивные формы поведения. Это изменяет оступившегося подростка, формирует и корректирует репертуар его реагирования на различные трудные жизненные ситуации, заменяя неадекватные деструктивные формы реагирования на конструктивные и просоциальные, а значит, способствуя укреплению его психического благополучия и психического здоровья. В настоящее время обнаруживается противоречие и разрыв между изучением отдельных индивидуально-личностных характеристик несовершеннолетних преступников и формами их деструктивного поведения. Исследовате-

лям уже удалось построить психологические портреты преступников, осужденных за разные преступления (например, личность насильственного преступника или личность мошенника), однако в реальной работе воспитательных колоний такой обобщенный портрет недостаточен. Необходимо обнаружить связь конкретных характеристик личности и определенных характеристик деструктивного поведения. Еще меньше работ посвящено рассмотрению вопросов о тех сущностных основаниях, которые могут помочь формирующемуся человеку выбирать и сознательно формировать просоциальные, адаптивные формы поведения. Зная особенности деструктивности личности, можно индивидуализировать психологическое сопровождение процесса ее ресоциализации, повышать ее психологическое благополучие, и тем самым способствовать укреплению ее психического здоровья и здоровья в целом. С другой стороны, рассматривая типы деструктивности у несовершеннолетних осужденных можно разрабатывать групповые формы работы как контролируемый психологом социально-психологический фактор, обучающий адекватно протраивать социальное взаимодействие, позволяя двигаться по пути укрепления психического здоровья. Данное исследование ставит своей целью обнаружить основные характеристики деструктивности личности несовершеннолетних осужденных и обнаружить основные различия в ее проявлениях.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе Воспитательной колонии для несовершеннолетних.

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы:

Эмпирические методы: методика «Анализ деструктивности личности» К.В. Злоказова (Злоказов, 2014). В качестве показателей используются устоявшиеся категории психологического анализа. Шкалы характеризуют четыре сферы анализа деструктивности личности:

1. Индивидуально – типологические особенности.
2. Стили регуляции деятельности.
3. Особенности ценностно – смысловой сферы.
4. Особенности дезадаптации личности.

Методы математической обработки: Критерий Колмогорова – Смирнова – для определения нормальности распределения данных, критерий Крускала – Уолиса для выявления значимости различий между группами и кластерный анализ, проведенные с помощью пакета статистической обработки SPSS.

Выборка исследования представлена несовершеннолетними осужденными мужского пола, отбывающими наказание в воспитательной колонии в количестве 25 человек, осужденных по различным статьям.

Результаты исследования. Предполагая, что различия в деструктивности будут отражаться в характеристиках совершенных преступных дея-

ний и их тяжести, всех осужденных (в зависимости от статьи, по которой они осуждены) разделили на четыре группы:

1 группа – корыстный тип

2 группа – насильственный тип

3 группа – корыстно-насильственный тип

4 группа – преступления, связанные с хранением и распространением наркотиков.

Сравнение по показателям деструктивности личности в этих группах выявили статистические различия только по показателям «Ответственность» блока «Особенности саморегуляции деятельности». Результаты представлены на рис. 1

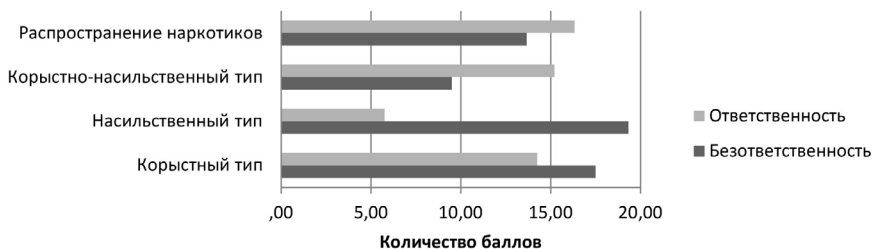


Рис. 1. Выраженность показателей «Ответственность» у различных типов (по характеру преступления) несовершеннолетних осужденных

Данные результаты демонстрируют, что наибольшие показатели безответственности представлены у насильственного типа осужденных, затем идут корыстный тип, далее – распространители наркотических веществ и наименьший показатель безответственности у корыстно-насильственного типа. Выраженность характеристики «ответственность» распределяется иначе: наиболее ответственными являются распространители наркотиков, затем корыстно-насильственный тип, корыстный тип и наименее ответственность представлена у насильственного типа.

Поскольку сравнение групп по типам преступления не показал значимых различий по остальным, кроме указанных, показателям деструктивности, нами был проведен кластерный анализ. Это позволило определить особенности деструктивности по близости показателей и разбить всех испытуемых по группам. В результате кластерного анализа было выделено две кластерные группы.

По составу кластерные группы достаточно однородны, то есть туда вошли представители всех выделенных по статьям категорий. Результаты представлены в таблице 1.

Распределение несовершеннолетних осужденных по типам преступлений в кластерных группах

	Всего чел.	Корыстно-насильственный тип	Насильственный тип	Корыстный тип	Распространения наркотиков
1 кластер	16	56,25%	25%	6,25%	12,50%
2 кластер	8	62,50%	25%	0	12,50%

Основные характеристики деструктивности личности в кластерных группах представлены на рисунке 2.

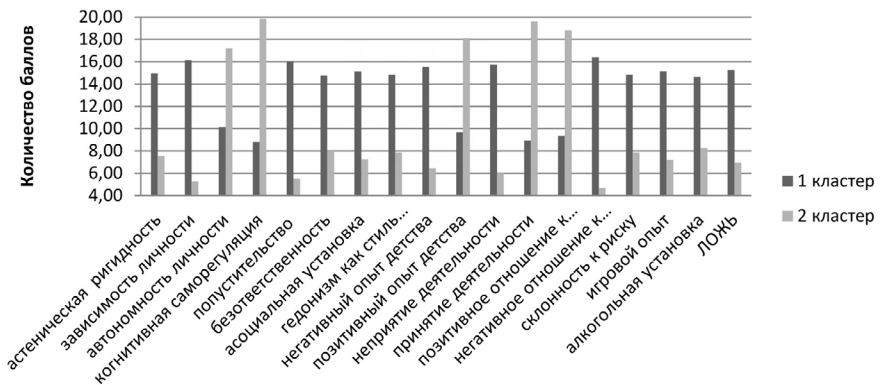


Рис. 2. Профили деструктивности в двух кластерных группах

Первая кластерная группа характеризуется следующими показателями: высокая астеническая ригидность, высокая зависимость личности при низкой автономности, низкая когнитивная регуляция, выраженные попустительство и безответственность, высокий показатель асоциальной установки, гедонизм как установка, выраженный негативный опыт детства, высокий показатель неприятия деятельности, выраженное негативное отношение к жизни, высокая склонность к риску и игровой опыт, выраженная алкогольная установка, преобладание неискренности в высказываниях и отношениях.

Вторая кластерная группа характеризуется высокими показателями автономности личности, когнитивной саморегуляции, позитивного опыта детства принятия деятельности и позитивного отношения к жизни.

Обсуждение результатов. При сравнении групп несовершеннолетних, сформированных по типам преступлений, интересным представляется сравнение выраженности противоположных характеристик от

ветственности-безответственности у представителей разных типов. У насильственного типа наибольшее расхождение между безответственностью и ответственностью, с преобладание безответственности. То есть, как и указано в литературе, этот тип характеризуется выраженными дефектами саморегуляции, когда субъект не способен руководить в полной мере своими действиями, халатно относиться к результатам деятельности и не способен к прогнозированию последствий деятельности. У корыстного типа преобладает шкала безответственности, но при этом выражена ответственность. Это тип характеризуется противоречивостью системы саморегуляции, которая предполагает при отсутствии функции прогнозирования результатов, высокий ситуационный контроль своих действий. При ситуационной значимости выполняемых действий субъект вполне способен контролировать свое поведение, однако в целом не задумывается о последствиях. Близкими оказываются показатели типа «распространители наркотиков». Небольшой перевес шкалы ответственности только подтверждает выводы, сделанные в отношении предыдущего типа. В целом, не обращая внимание и даже игнорируя, последствия своих действий, этот тип хорошо контролирует и прогнозирует ситуативные условия реализации деятельности. Наиболее противоречивыми оказываются данные корыстно-насильственного типа. В целом они тоже характеризуются противоречивостью регуляционной сферы, однако в этой группе наблюдается большой разрыв (как и в первом типе) между шкалами ответственности и безответственности, при этом показатель ответственности преобладает.

Первую кластерную группу условно можно назвать «Неисправимые», т.е. это несовершеннолетние, которые имеют выраженные проявления деструктивности личности, готовность к поведению, направленному на причинение вреда окружающим людям. Они характеризуются слабой переключаемостью на новые виды деятельности, инерностью, слабой приспособляемостью к новым изменяющимся условиям среды, при этом демонстрируют зависимость в принятии решений, несостоятельность, конформность, слабая регуляция своей деятельности, неисполнительность или формальное выполнение требований, чтобы избежать наказания, безразличие к продуктивным видам деятельности, они демонстративно проявляют свою асоциальность, при этом приобретает ярко выраженный материальный интерес, ориентация на собственное удовольствие. Испытуемые этой группы характеризуются травматизацией в своей семье, возможно проявление агрессии и неприятия в родительской семье, негативный детский опыт. В отношении к профессиональной деятельности проявляют нежелание и сопротивление к ее выполнению, не связывают с деятельностью реализацию себя, возможно крайне неспособлены к деятельности. Также присущи признаки крайнего неблагополучия и дезадаптации: негативное отношение к жизни в целом, склонность к риску и игровому поведению,

к употреблению алкоголя, неискренность в отношениях. В целом, это наиболее трудная для воспитательного воздействия группа, в отношении которой можно прогнозировать высокий риск рецидива. Для определения «зон роста» в этой группе требуется не только применения всей системы воспитательного воздействия, имеющегося в колонии, но и психологическая коррекционная и консультативная работа, направленная на глубинную проработку основных конфликтных сфер личности данных подростков. Выделение этих сфер требует отдельной диагностики и анализа, что может являться продолжением данного исследования.

Вторую кластерную группу условно можно назвать «Исправляющиеся». Эти испытуемые характеризуются самостоятельностью в принятии решений, высоким контролем над своими действиями, целеустремленностью, позитивно оценивают свою родительскую семью и в целом опыт детства рассматривают, как позитивный. Демонстрируют позитивное отношение к деятельности. Саму социально одобряемую деятельность они рассматривают, как возможность для самореализации, понимают ее важность как для себя лично, так и в контексте своего будущего, признают ценность и важность собственной жизни. При описании этой кластерной группы, не следует забывать о том, что речь идет о несовершеннолетних осужденных по различным статьям. Возможно, данные результаты можно рассматривать как показатель эффективности тех воспитательных воздействий, которые оказывались на них в процессе их ресоциализации в воспитательной колонии. Тем не менее, работа с этой группой подростков должна строиться по пути позитивного подкрепления тех успехов, которые уже достигнуты сотрудниками учреждения. Несмотря на низкую вероятность рецидива, для этой группы необходимо простроить программу сопровождения после освобождения из колонии, поскольку новые формы поведения и отношения должны закрепиться, а это возможно при психологическом сопровождении этих лиц после выхода на свободу. В этом случае необходимо простраивать индивидуальную траекторию сопровождения за счет включения и обучения ближайшего окружения этих несовершеннолетних.

Вывод. Проанализировав результаты исследования можно сделать следующие выводы:

1. Степень общественной опасности совершенного деяния не дает возможности полностью предположить содержание такого комплексного явления как деструктивность личности.

2. Определение основных характеристик деструктивности личности несовершеннолетних, как признаков психологического неблагополучия, имеющегося у данной личности, может помочь оценивать риски последующего рецидива преступного асоциального поведения.

3. При оценке степени неблагополучия необходимо выделять основные факторы, приводящие к такому неблагополучию и в дальнейшем корректировать их с помощью психологических средств.

4. Для успешного анализа воспитательных воздействий важно учитывать особенности деструктивности как при поступлении в исправительное учреждение, так и на различных этапах нахождения в нем (учитывая процессы адаптации к условиям отбывания наказания).

5. При диагностике снижения показателей деструктивности личности необходимо прорабатывать индивидуальную систему закрепления и дальнейшего сопровождения исправляющегося несовершеннолетнего осужденного (в том числе проводя психологическое обучение и консультирование его ближайшего окружения).

Список литературы

1. Волкова О.В. Выученная беспомощность как фактор, детерминирующий рискованное поведение личности // Тюменский медицинский журнал. 2014. Т. 16, № 1. С. 35-36.
2. Волкова О.В. Интегративный подход к изучению выученной беспомощности детей // Сибирский психологический журнал. 2014. № 54. С. 126-145.
3. Герасимов В.П., Цветкова О.А. Феноменология и онтология самореализации // Омский научный вестник. 2013. № 1(115). С. 104-107.
4. Злоказов К.В. Особенности деструктивности личности и статус в служебном коллективе // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2013. № 4(55). С. 38-42.
5. Злоказов К.В., Прядиен В.П. Деструктивность личности: социально-психологическое исследование: монография. Сургут: РИО СурГПУ, 2014. 178 с.
6. Коростылева Л.А. Психология самореализации личности: затруднения в профессиональной сфере. СПб. : Речь, 2005. 222 с.
7. Hughes C., Aldercotte A., Foley S. Maternal Mind-Mindedness Provides a Buffer for Pre-Adolescents at Risk for Disruptive Behavior // Journal of Abnormal Child Psychology. 2017. Vol. 45, № 2. P. 225-235.

УДК 159.9.316.6

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ В МИФАХ И ИССЛЕДОВАНИЯХ

Т.В. Черникова

*Волгоградский государственный социально-педагогический университет,
г. Волгоград, Россия*

Аннотация. Проблемы достоверности диагностических данных в психологических исследованиях при изучении явления выгорания у работающих сотрудников возникают в связи с противоречивостью получаемых результатов. С одной стороны, даже сходные по составу выборки по итогам применения одних и тех же методик показывают, что диагностические показатели могут различаться в несколько раз. С другой стороны, вносятся изменения как в традиционную интерпретацию эмпирических данных, так и в рекомендации относительно диагностики и профилактики

тики эмоционального выгорания. Это касается, прежде всего, трактовок трудоголизма, полоролевой, возрастной и профессиональной принадлежности как ведущих факторов выгорания. В плане преодоления стереотипных представлений о предпосылках эмоционального выгорания, альтернативных траекториях его обретения, преодоления и психопрофилактики проведено сопоставление результатов исследований различных ученых, включая работы автора статьи. Систематизированы научные попытки избежать недостоверности диагностических данных, во-первых, посредством совершенствования измерительного инструментария; во-вторых, путем установления взаимосвязей выгорания с экзистенциально-смысловой проблематикой, в-третьих, инициированием кросскультурных исследований эмоционального выгорания.

Ключевые слова: диагностика, достоверность, интерпретация, кросскультурный, статистическая значимость, трудоголизм, устойчивость, феноменология, эмоциональное выгорание, эмпатия.

Актуальность. Проблема выгорания сотрудников (staff-burnout) в различных российских терминологических интерпретациях (синдром выгорания, профессиональное выгорание и сгорание, эмоциональное выгорание) постоянно находится в центре внимания исследователей. Обозначенный Х. Фрейденбергом в 1974 г. феномен описывает комплексное переживание в виде специфического ответа личности на особенности профессиональной деятельности и производственной среды, субъективно воспринимаемые работником как деструктивные (Freudenberger, 1987). Постоянный научный интерес к проблеме вызван, в частности, тем, что эмпирические результаты, полученные одними исследователями, зачастую противоречат тем, что получили другие. Так, например, сравнение А.А. Хван и Т.Н. Чирковой материалов опубликованных работ, в которых данные о выгорании были получены на сходных выборках с применением одних и тех же диагностических методик, показало, что количественные значения различаются в разы (Профессиональный..., 2011). Порождаемая подобной ситуацией так называемая «мифология» эмоционального выгорания разделяет исследователей по интерпретационным позициям, зачастую противоречащим друг другу. В итоге это только усиливает актуальность поиска однозначных средств диагностики и профилактики эмоционального выгорания.

Постановка проблемы. Обнаруживаемая таким образом проблема достоверности критериев оценки и показателей эмоционального выгорания проявляет себя, с одной стороны, в противоречивых диагностических данных, с другой – в выборе исследователем теоретических оснований для их интерпретации. Первоочередной задачей следует рассматривать выявление тех противоречивых узловых моментов в исследовании феноменологии выгорания – «мифов», – которые заслуживают пристального внимания при их эмпирическом обнаружении.

Методы и материалы. В качестве основных использовались теоретические методы исследования: феноменологизация, сравнительно-сопоставительный и аспектный анализ на материале исследований, выполненных современными учеными, включая автора статьи.

Результаты исследования. При интерпретации результатов изучения эмоционального выгорания исследователи схожим или противоположным образом интерпретируют количественные показатели. Их трактовки рассматриваются в данной статье как своеобразные «мифы» (иллюзорные представления, сложившиеся стереотипы восприятия), предпринята попытка дать им подтверждение или опровержение с помощью ссылок на исследовательские материалы.

Миф № 1 «Первыми синдрому выгорания подвержены трудоголики». Действительно, некоторые авторы полагают, что эмоциональное выгорание в первую очередь будет проявляться у тех, кто чрезмерно активен на работе, заинтересован в ее продуктивности и качественных характеристиках процесса, кто ориентирован на производственное сотрудничество. Сам основоположник данного направления исследований в психологии Х. Фрейденбергер, обосновывая предложенный термин, указывал на то, у профессионалов с высокой трудовой мотивацией («горящих» на работе) быстрее всех произойдет снижение трудового рвения вплоть до апатии («выгорания»).

Знаменитый последователь Х. Фрейденбергера К. Kondo также считал трудоголизм серьезной предпосылкой синдрома, действующей, однако, при одном условии: трудоголики склонны к быстрому выгоранию, если испытывают разочарование и апатию при отсутствии полноценного переживания вовлеченности в трудовой процесс. Неполноценность этой вовлеченности задается эмоционально непривлекательной работой или искусственными ограничениями, налагаемыми на процесс и результат труда (частичная занятость, необоснованная регламентация выпускаемого продукта и др.). В любом из этих случаев понятно, что трудоголизм здесь ни при чем.

В. Perlman & E. Hartman, оперируя тремя группами факторов в целях снижения риска эмоционального выгорания у сотрудников, еще более неоднозначно трактовали трудоголизм. По сути дела, речь шла о спасительных для трудоголиков возможностях выполнять работу в условиях, когда, во-первых, было явным административно-организационное давление; во-вторых, предметно-трудовая сфера характеризовалась размытостью трудовых поручений при невозможности карьерного роста; в-третьих, вменялся высокий уровень индивидуально-личностных требований ответственности и лояльности. Такого рода производственная ситуация показательна для кризисного состояния экономики с ее угрозами безработицы; именно она создает фрустрационный барьер для профессионалов с высокой трудовой мотивацией, а не мотивация сама по себе.

Наконец, чрезвычайно показательны результаты исследования Н.С. Пряжникова и Е.Г. Ожоговой (2014), где показано, что работники,

которые проявляют себя как творческие деятели («преобразователи» и «гармонизаторы»), преодолевают трудные ситуации при отсутствии или низком уровне выраженности выгорания. Обозначен парадокс: стрессовые ситуации, провоцирующие эмоциональное выгорание, могут при определенных обстоятельствах рассматриваться и как условия для развития. В выявлении таких условий и разработке на их основе современных медико-гигиенических нормативов труда авторы усматривают перспективы новых исследований по проблеме выгорания.

Подобного рода результаты нашли статистическое подтверждение в исследовании, проведенном автором статьи совместно с коллегой (Черникова, Болучевская, 2014). Отрицательная взаимосвязь ($r = -0,161$; $p < 0,001$) обнаружена между показателями креативности самоактуализационного теста А. Маслоу и значениями шкалы «Эмоциональное истощение» опросника выявления эмоционального выгорания МВИ К. Маслач. При этом на таком же высоком уровне значимости ($r = 0,154$; $p < 0,001$) проявилась прямая взаимосвязь между шкалой креативности и шкалой «Редукция личных достижений» (обратной шкалой опросника МВИ). Это означает, что лица с проявлениями творческого подхода к делу, с готовностью берущиеся за разрешение трудных вопросов, использующие нестандартный подход при необходимости внесения новшеств в работу будут менее уязвимыми к эмоциональному истощению и восприятию себя как несостоятельного работника.

Таким образом, прослеженная во времени динамика интерпретации трудоголизма как предпосылки выгорания в настоящее время рассматривается как базовый фактор противостояния ему.

Миф № 2. «Женщины более склонны к выгоранию, чем мужчины».

Такого рода представления основываются на большей эмоциональной составляющей в конституциональной предрасположенности женщин. Диагностические данные, полученные автором статьи и ее коллегой на большой и малой выборках, опровергают однозначность выдвинутого положения. Оказалось, что общие высокие показатели эмоционального выгорания у мужчин статистически значимо преобладают над женскими ($\phi_{эмп} = 4,58$; $p < 0,001$) не за счет эмоционального истощения, а за счет отстраненности от тех, с кем приходится работать ($\phi_{эмп} = 2,95$; $p < 0,001$) и пессимизма в отношении своих трудовых ресурсов ($\phi_{эмп} = 3,71$; $p < 0,001$). Более того, в эмпирическую подгруппу со сверхвысокими показателями выгорания попали 73% мужчин (вся выборка составила около 800 человек). Мужчины выгорают иначе, не за счет эмоциональных растрат в ответ на психотравмирующие обстоятельства, как это наглядно демонстрируют женщины. Возможно, уходя от эмоционально напряженных ситуаций, не разрешая их, представители сильного пола редуцируют тем самым свой профессиональный и личностный потенциал (Черникова, Болучевская, 2014).

В одном из наших исследований, проведенном на выборке администраторов образовательных учреждений и органов управления образова-

нием, было обнаружено, что высокие и крайне высокие проявления эмоционального выгорания свойственны мужчинам, начинающим исполнять руководящую роль, а не женщинам с большим стажем руководства, как ожидалось (Черникова, 2002). Вероятнее всего, полоролевая предпосылка эмоционального выгорания существует. Но она может быть сформулирована следующим образом: при формировании эмоционального выгорания ведущее значение приобретают не возрастные и конституциональные особенности, а социальные, гендерные. Устойчивость к выгоранию в большей мере свойственна лицам андрогинного типа, сочетающим в себе мужские и женские черты: внимательным тонко чувствующим мужчинам и волевым женщинам с организаторскими склонностями.

Миф № 3. «Эмоциональному выгоранию в большей степени подвержены те педагоги, которые работают в образовании дольше».

Проблема «старения» педагогических кадров в России связана с отсутствием полноценной замены учителей пенсионного возраста молодыми – это животрепещущий вопрос для руководителей образования и причина их головной боли. Исследования последних лет, однако, показывают, что у учителей со стажем до 15 лет эмоциональное выгорание проявляется рано и более интенсивно. Педагоги же с большим стажем демонстрируют стабильные показатели по шкалам методики МВИ К. Маслач «Деперсонализация» (сохранено внимание и доброжелательность к коллегам, ученикам и их родителям) и «Редукция личных достижений» (незыблема вера в свои силы и высокий профессиональный оптимизм). Сниженные в конце года показатели по шкале «Эмоциональное истощение» носят временный психосоматический характер. К началу нового учебного года, как правило, происходит восстановление эмоциональных ресурсов (Черникова, 2017).

Миф № 4. «Проявление эмпатии напрямую ведет к обретению синдрома выгорания».

Действительно, проявления сочувствия, если они лично человеку не свойственны, требуют от него усилий по их имитации и приводят к быстрому выгоранию. Е. Магер называл самую уязвимую в этом отношении группу работников. Это лица доминантного типа со слабой эмпатией – пониженной чувствительностью к нуждам других людей. Такие работники изначально непригодны для профессий социономического типа. Их неприспособленность к рабочему месту определяется двумя факторами, производственным и личностным. С одной стороны, они плохо переносят чрезмерные рабочие нагрузки. С другой стороны, они неустойчивы к профессиональному стрессу. Эта неустойчивость выражается в несдержанном общении, нетерпимом отношении, конкурентном и агрессивном настрое. Неоднозначности в понимании взаимосвязи характера трудовой деятельности в зависимости от мотивации добавило обращение авторов М.В. Прохоровой и В.М. Прохорова (2015) к возрастной динамике показателей.

Таким образом, проблема эмпатии как фактора влияния на выгорание может быть сведена к обсуждению двух вопросов. Первый связан с определением оптимального уровня эмпатии. Второй вопрос касается ее действенного характера отношения – умения увидеть собственные действия и их целесообразность глазами учеников и максимально точно прогнозировать результативность.

Вывод. Выявление факторов, провоцирующих и предотвращающих выгорание, носит характер научной мифологии, которая преодолевается современными исследователями по меньшей мере в трех направлениях.

Первое направление исследований объединяет преимущественно зарубежных психологов, включенных в разработку тестовых материалов по диагностике выгорания. Авторы теоретически обосновали необходимость дополнить перечень шкал известных методик, приведя их в соответствие с изменившимися требованиями со стороны организаций, рынка труда и рабочей силы, а также обстоятельствами жизни общества кризисного периода. Так, В. Perlman & Е. Hartman, установив связь синдрома выгорания с особенностями производственного администрирования и коммуникации, вышли на необходимость дополнения триады шкал опросника МБИ К. Маслач («Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция личных достижений») четвертой шкалой, измеряющей тип организационной культуры. Эти же авторы установили значимую взаимосвязь между выгоранием и статусно-ролевыми характеристиками работников, спроектировав содержание пятой, индивидуально-деятельностной шкалы. А. Лэнгле (2008) при определении уровня выгорания предложил учитывать внешний по отношению к организации и личности работника показатель «жизненная нестабильность». Это предложение автора можно рассматривать как пожелание разработать дополнительную шкалу.

Альтернативу стратегии увеличения числа шкал предложил W. Schaufely с соавторами (2002). Опираясь на совместный опыт работы с К. Маслач и признавая высокую валидность опросника МБИ, он инициировал его обновленную версию (МБИ-GS). По результатам теоретического анализа была обоснована альтернативная модель, включающая в себя два скрытых фактора. Совмещение шкал «Эмоциональное истощение» (*exhaustion*) и «Деперсонализация» (*cynicism*) составило «ядро выгорания» (*core of burnout*). Интеграция всех трех шкал, включая шкалу «Редукция личных достижений» (*professional efficacy*), дало второй скрытый фактор. В качестве дополнительных факторов оценки выгорания указаны интенсивность проявления признака (*vigor*) на фоне лояльности, преданности организации (*dedication*) и степени идентификации с ней (*absorption*). На выборке более 500 человек успешно проведена апробация новой версии известного диагностического инструментария.

Т.И. Ронгинская, обладая опытом участия в эмпирической апробации опросника поведения и переживания AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens – und Erlebensmuster) авторов У. Шааршмидта и Ф. Фишера, адаптировала его для русскоязычной выборки (Опросник; Ронгинская, 2002). Адаптированная диагностическая методика основана на теоретических представлениях М. Burgisch (2013) о стадийном характере развития синдрома выгорания. Преимущество обновленной Т.И. Ронгинской версии состоит в доведении диагностической процедуры до логического конца – определения принадлежности испытуемого к одному из четырех типов поведения и переживания в профессиональной среде, которые рассматриваются в парах в альтернативной оппозиции по отношению друг к другу.

Второе направление исследований по проблемам выгорания объединяет научно-психологические работы, предметом изучения которых является определение корреляционных связей выгорания с различными характеристиками личности. В этой группе работ намечен явный сдвиг от индивидуально-психологической и клинической тематики: взаимосвязь выгорания с типом темперамента, акцентуацией характера, тревожностью (А.А. Головач, Д.А. Марченко-Тябут и др.), психосоматикой (А.В. Балахонов, В.Г. Белов, А.О. Пятибрат, Е.Д. Пятибрат; О.Г. Кондратьева, С.А. Башкатов и др.), – в сторону социально-психологической: взаимосвязь с ценностно-смысловой сферой (Н.С. Пряжников, Е.Г. Ожогова), самоактуализацией (С.А. Наличаева), духовно-нравственными характеристиками (И.А. Курапова), профессионально-личностным развитием в целом (О.С. Яркина).

Третье направление исследований проблемы просматривается в попытках обнаружить культурно обусловленные различия в способах проявления и преодоления эмоционального выгорания. Т.В. Черниковой и В.В. Шнейдер инициировано сравнительное международное исследование среди работников медицинских учреждений Казахстана и Германии (Chernikova, Shneider, 2018), обнаруженные различия трансформированы в кросскультурные модели устойчивости к выгоранию. Устойчивость к выгоранию сотрудников медицинских центров для матерей с младенцами в Казахстане основывается на эмоциональном и личностном (межличностных) ресурсах. Устойчивость к выгоранию у сотрудников из Германии поддерживается высоким уровнем технологичности и трудовой дисциплиной в сфере медицины. Миграционные, экономические, образовательные, научные и культурные связи между Центральной Азией и Европой побуждают специалистов от медицины из обеих стран быть более открытыми и толерантными в их высокопрофессиональном труде.

Список литературы

1. Лэнгле А. Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности. М.: Генезис, 2008. 159 с.

2. Шааршмидт У., Фишер А. Опросник поведения и переживания, связанного с работой (ArbeitsberogenesVerholtens – und Erlebensmuster). Текст: электронный. URL: <http://sites.google.com/site/test300m/avem> (дата обращения: 09.11.2019).
3. Профессиональный и организационный стресс: диагностика профилактика и коррекция: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (7–8 октября 2011 г.). Астрахань, 2011. 207 с.
4. Прохорова М.В., Прохоров В.М. Возрастная динамика внутренней и внешней мотивации трудовой деятельности // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2015. Т. 8, № 3. С. 57-64.
5. Пряжников Н.С., Ожегова Е.Г. Эмоциональное выгорание и личностные деформации в психолого-педагогической деятельности // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014. № 4. С. 33-43.
6. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. 2002. Т. 23, № 3. С. 85-95.
7. Черникова Т.В. Организационно-управленческое консультирование руководителей образовательных учреждений // Педагогика. 2002. № 9. С. 60-66.
8. Черникова Т.В. Усталость – не приговор // Директор школы. 2017. № 2. С. 104-111.
9. Черникова Т.В., Болучевская В.В. Психология эмоционального выгорания. Волгоград, 2014. 296 с.
10. Burisch M. Das Burnout-Syndrom – Theory der inneren Erschpfun. Berlin: Springer-Verlag; GmbH: Heiderberg, 2013. 158 p.
11. Chernikova T., Shneider V. Doctor as a guard of mothers and babies' health in Kazakhstan and Germany: two psychological models of burnout resistance // Бюллетень науки и практики. 2018. Т. 4, № 8. С. 286-292.
12. Freudenberger H. L'épuisement professionnel: la Brûlure interne. Quebec: G. Morin Éditeur, 1987. 67 p.
13. Maslach Burnout Inventory Burnout-Selbsttest. Text: electronic. URL: http://www.MBI_de.erfolgsschritte.de (date of access: 09.11.2019).
14. Schaufely W., Salanova M., González-Romá V., Bakker A. The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach // Journal of Happiness Studies. 2002. № 3. P. 71-92.

УДК 159.99

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БЕССОННИЦЕЙ

В.Б. Чупина, Н.В. Попенко

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье рассматривается проблема нарушения сна в пожилом возрасте. С помощью методик «Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна» и «Индекс выраженности инсомнии» были

выявлены достоверные показатели различной степени инсомнии у пожилых людей. На основании полученных результатов разработана психокоррекционная программа по улучшению качества сна, с помощью арт-терапии. Специально организованная психокоррекционная работа, направленная на улучшение качества сна, указывает на положительную динамику снижения негативных показателей инсомнии.

Ключевые слова: инсомния, нарушения сна, качество сна, арт-терапия.

Актуальность. Нарушения сна представляют собой одну из наиболее распространенных и важных проблем современной медицины. По данным эпидемиологических исследований Научного центра психического здоровья РАМН населения старших возрастных групп (65 лет и старше), до 35% пожилых и стариков обнаруживают проблемы, связанные со сном (Левин, 2013). 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 (Ковальзон, 2012).

Методы и материалы. Базой для проведения экспериментальной работы стал геронтологический центр «Уют» г. Красноярска. Выборку составили 45 пожилых людей в возрасте от 56 до 72 лет.

В соответствии с целью исследования и рабочей гипотезой, был сформирован комплекс диагностических методик, в который вошли:

1. Анкета балльной оценки субъективных характеристик сна, предложенная Я.И. Левиным (1995)

2. Индекс выраженности инсомнии (Insomnia Severity Index, ISI) (Bastien et al, 2001, Savard et al, 2005).

Результаты исследования. Деятельность по психологической коррекции в условиях геронтологического центра позволяет использовать множество методов и средств; которые могут способствовать повышению качества сна у пожилых людей (Васильева, 2012).

В качестве одного из такого рода методов коррекции у пожилых людей выступает арт-терапия.

В настоящее время арт-терапия рассматривается как направление в практической психологии, направленное на поддержание оптимального состояния человека посредством использования творческих средств. Данный метод имеет широкие возможности применения в отношении людей преклонного возраста так как после выхода на пенсию, у пожилых людей существенным образом изменяется привычная рутинная жизнь, появляется достаточно много свободного времени, которое зачастую нечем заполнить (Дементьева, 1998). Арт-терапия пожилых людей помогает не впасть пожилым людям в состояние «жизнь без цели», а также способствует сохранению хорошего настроения, качества жизни.

Целью психокоррекционной работы являлось улучшение качества сна пожилых людей.

Программа коррекции включала в себя 7 занятий по 2 часа.

Занятия проводились два раза в неделю, во избежание эмоциональной перегрузки участников.

Результаты диагностики показателей субъективных характеристик сна отражены в таблице 1.

Таблица

Результаты повторной диагностики субъективных характеристик сна

	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	абс. значение, чел.	Доля, %	абс. значение, чел.	Доля, %
Неблагополучие	1	6,7%	7	46,7%
Пограничное состояние	3	20,0%	4	26,7%
Благополучное состояние	11	73,3%	4	26,7%

Полученные в ходе диагностики данные позволяют говорить о том, что благополучное состояние сна в целом диагностируется у 73,3% участников экспериментальной группы, а также у 26,7% участников контрольной группы. Пограничное состояние диагностируется у 20% участников экспериментальной группы и у 26,7% участников контрольной группы исследования. Неблагополучное состояние сна выявлено у одного участника экспериментальной группы (6,7%), а также у семи участников контрольной группы (46,7%) (рис.1).

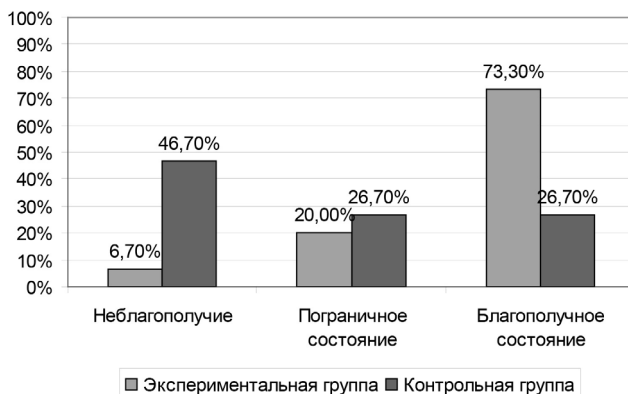


Рис. 1. Сравнительные данные по уровням благополучия/неблагополучия сна

Данные, отображённые на рисунке 1, свидетельствуют о наличии выраженных различий между экспериментальной и контрольной группами. Так, доля людей пожилого возраста, субъективно охарактеризовавших состояние своего сна как благополучное, в экспериментальной группе почти в три раза больше, нежели в контрольной группе.

Доля тех, кто оценил состояние своего сна как неблагополучное, в экспериментальной группе в 4 раза меньше, чем в контрольной группе.

Результаты проверки достоверности и статистической значимости различий по диагностируемому показателю в двух группах представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты проверки значимости различий по показателям субъективных характеристик сна

	Сумма рангов, ЭГ	Сумма рангов, КГ	U	p
Оценки субъективных характеристик сна	318,00	147,00	27,00	<0,01

Определено, что две группы исследования на статистически достоверном уровне различаются по показателям оценки субъективных характеристик сна, а именно: в целом более благополучные оценки сна даются участниками экспериментальной группы. Значимость различий зафиксирована на уровне 99%.

Результаты проверки значимости динамических сдвигов в субъективных характеристиках сна в каждой из групп представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты проверки значимости сдвига показателей субъективной оценки сна

	Тэ	рэ	Тк	рк
Оценки субъективных характеристик сна	0,00	<0,01	2,50	0,36

Как видим, в экспериментальной группе положительная динамика статистически значима на уровне в 99 %. В контрольной группе такого рода изменений не выявлено.

Результаты повторной диагностики выраженности инсомнии представлены в таблице 4.

Результаты повторной диагностики выраженности инсомнии

	Экспериментальная		Контрольная	
	абс. значение, чел.	Доля, %	абс. значение, чел.	Доля, %
норма	0	0,0%	0	0,0%
легкие нарушения сна	4	60,0%	0	0,0%
умеренные нарушения сна	9	26,7%	1	6,7%
выраженные нарушения сна	2	13,3%	14	93,3%

Данные таблицы 4 позволяют говорить о том, что у большинства участников экспериментальной группы диагностируются легкие нарушения сна (60%). В контрольной группе такого рода нарушения не выявлены. Выраженные нарушения сна выявлены у 13,3% участников экспериментальной группы и у 93,3% участников контрольной группы. Умеренные нарушения сна выявлены у 26,7% участников экспериментальной группы и у одного представителя контрольной группы.

Сравнительные данные по двум выборкам наглядно отображены на рисунке 2.

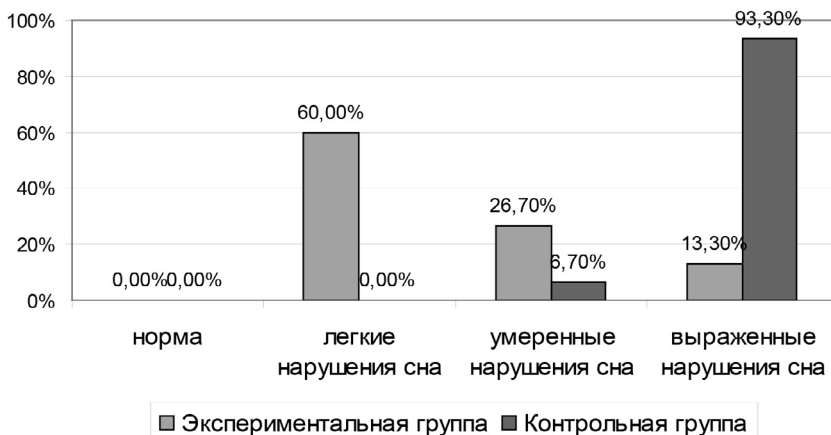


Рис. 2. Сравнительные данные по уровням выраженности инсомнии

В таблице 5 отображены данные, характеризующие результаты статистической оценки достоверности и значимости различий по показателям инсомнии.

**Результаты оценки значимости различий по показателям
«Индекса выраженности инсомнии»**

	Сумма рангов, ЭГ	Сумма рангов, КГ	U	p
Индекс выраженности инсомнии	136,00	329,00	16,00	<0,01

Определено, что две группы на статистически достоверном уровне различаются по показателям выраженности инсомнии. Показано, что уровень выраженности нарушений сна достоверно выше в контрольной группе, тогда как в экспериментальной группе диагностируются в целом достоверно более низкие значения данного показателя. Значимость различий – на уровне в 99%.

Результаты оценки статистической значимости динамических сдвигов по показателю инсомнии в двух группах занесены в таблицу 6.

Таблица 6

**Результаты оценки значимости динамики показателей
выраженности инсомнии**

	Tэ	pэ	Tк	pк
Индекс выраженности инсомнии	0,00	<0,01	5,00	1,00

Как видно из представленных в таблице 6 сведений, только в экспериментальной группе динамические сдвиги по показателям выраженности инсомнии при первичной и повторной диагностике статистически значимы и достоверны на уровне в 99%. В контрольной группе таких сдвигов не зафиксировано. Это в полной мере соответствует эмпирическим данным.

Так же, как при первичной диагностике, проверим, насколько статистически значимыми являются корреляционные связи между показателями по тревожности (результатирующим признаком) и качественными параметрами сна (факторами).

Таблица 7

**Матрица парных коэффициентов корреляции
для субъективной оценки сна**

X	Субъективная оценка сна	Ситуативная тревожность	Личностная тревожность
Субъективная оценка сна	X	0.368	0.1198
Ситуативная тревожность	0.368	X	0.6074
Личностная тревожность	0.1198	0.6074	X

Расчётное значение t-статистики для r_{yx1} : 2.44

По таблице Стьюдента находим $T_{\text{табл}}: t_{\text{крит}}(n-m-1; \alpha/2) = (28; 0.025) = 2.021$

Поскольку $t_{\text{набл}} > t_{\text{крит}}$, то коэффициент корреляции статистически значим.

Расчётное значение t-статистики для r_{yx2} : 0.74

Поскольку $t_{\text{набл}} < t_{\text{крит}}$, то коэффициент корреляции статистически не значим.

Таким образом, можно констатировать наличие статистически значимого влияния ситуативной тревожности на субъективную оценку испытуемыми степени благополучия своего сна.

Особое внимание следует обратить на отсутствие при повторной диагностике статистически значимых корреляционных связей между личностной тревожностью, как результирующим признаком, и субъективной оценкой испытуемыми сна, как фактора, подвергавшегося коррекционному воздействию.

Таблица 8

Матрица парных коэффициентов корреляции для инсомнии

X	Инсомния	Ситуативная тревожность	Личностная тревожность
Инсомния	X	0.3207	0.3083
Ситуативная тревожность	0.3207	X	0.9488
Личностная тревожность	0.3083	0.9488	X

Расчётное значение t-статистики для r_{yx1} : 2.09

По таблице Стьюдента находим $T_{\text{табл}}: t_{\text{крит}}(n-m-1; \alpha/2) = (28; 0.025) = 2.021$

Поскольку $t_{\text{набл}} > t_{\text{крит}}$, то коэффициент корреляции статистически значим.

Расчётное значение t-статистики для r_{yx2} : 2

Поскольку $t_{\text{набл}} < t_{\text{крит}}$, то коэффициент корреляции статистически не значим.

Таким образом, установлено, что ситуативная тревожность оказывает влияние на степень выраженности инсомнии, личностная тревожность – нет.

Вывод. На основании результатов исследования можно сделать вывод о том, что процедура целенаправленного психокоррекционного воздействия была эффективной и способствовала снижению тревожности у пожилых людей. Также определено, что участники экспериментальной группы характеризуются на контрольном этапе достоверно более низким уровнем выраженности нарушений сна, что также позволяет говорить об эффективности коррекционного воздействия.

Список литературы

1. Васильев С.В. Медико-социальная работа с психически больными пожилого и старческого возраста // Социальное обслуживание. 2012. № 1. С. 6-11.
2. Дементьева Н.Ф. Методологические аспекты социально-психологической адаптации лиц пожилого возраста в стационарных учреждениях социального обслуживания // Психология зрелости и старения. 1998. № 2. С. 21-27.
3. Ковальзон В.М. Основы сомнологии: физиология и нейрохимия цикла «бодрствование-сон». М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. 239 с.
4. Сомнология и медицина сна. Избранные лекции / под ред. Я.И. Левин, М.Г. Полуэктов. М.: Медфорум, 2013. 432 с.

УДК 159.923.2

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ СОЗАВИСИМОСТИ МАТЕРИ

М.В. Шамардина, А.А. Кожевникова

Алтайский государственный университет, г. Барнаул, Россия

Аннотация. В статье авторами представлен теоретический анализ подходов к изучению детско-родительских отношений в системе «мать-ребенок» с целью выделения и обоснования обобщенных параметров, необходимых для описания модели отношений в созависимых семьях, воспитывающих детей подросткового возраста. Авторами расширена область изучения детско-родительских отношений в системе «мать-ребенок» в контексте созависимости матери, воспитывающей детей подросткового возраста, где акценты смещены именно на изучение созависимости матери и стиля воспитания детей подросткового возраста. Статья показывает специфику родительского отношения созависимой матери (из семьи, где один из родителей имел алкогольную зависимость) в системе «мать-ребенок» к подростку через подтвержденную рассогласованность между эмоциональным, когнитивным и поведенческим компонентами. С помощью проведенного исследования авторами были выделены особенности типа воспитания, которые используют матери с умеренной и остро выраженной созависимостью. Установлена взаимосвязь созависимости с выбираемым типом семейного воспитания, а также проведен анализ личностных проблем, характерных созависимой матери.

Ключевые слова: созависимость, детско-родительские отношения, подросток, созависимые семья, родительская позиция, тип семейного воспитания.

Актуальность. Анализ детско-родительских отношений в семье сделан рядом ученых, таких как Л.И. Божович, И.В. Дубровина, М.И. Лисина, А.С. Спиваковская, которые представили целостное понимание развития лич-

ности ребенка в семье. Авторы в основном концентрировались на детско-родительских отношениях, уделяя внимание норме и исключая возможные формы отклонений во взаимоотношениях в семье, современные же подходы к исследованию детско-родительских отношений можно характеризовать обобщением определенных параметров, которые, изменяются в процессе развития отношений, учитывая разные возрастные периоды ребенка. Именно в семье, в детско-родительских отношениях со взрослыми происходит формирование личности ребенка, что впоследствии влияет на социализацию в целом (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн и др).

В настоящее время можно наблюдать определенный интерес к исследованию проблем созависимой семьи (Е.В. Емельянова, Н.Г. Артемцева, В. Москоленко, Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж и др.) и межличностных отношений в таких семьях, особенно показывающие особенности поведения матери (из семьи, где один из родителей имел алкогольную зависимость).

По мнению ряда авторов, термин «созависимость» можно использовать не только для описания психического состояния одного члена семьи, а для характеристики внутрисемейных отношений в целом. Именно созависимость, как отмечают многие исследователи (М. Битти, 1986; В.Д. Москоленко, Г.М. Рожнова, 1997, 1996; Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, 2001 и др.), лежит в основе целого ряда психологических трудностей детства, в том числе многих нарушений развития.

В.Д. Москоленко связывает созависимость с зависимостью от других людей и определяет созависимого человека как того, «кто полностью поглощен тем, чтобы управлять жизнью другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении собственных жизненно важных потребностей» (Москаленко, 2006). Компульсивное желание все контролировать неотъемлемая часть созависимых. При чем для контроля над другими они используют разные средства – угрозы, уговоры, принуждение, советы, подчеркивая тем самым беспомощность окружающих. Попытка взять под контроль практически неконтролируемые события часто приводит к депрессиям. К тому же созависимые используют все формы психологической защиты: рационализацию, минимизацию, вытеснение и прочие, но более всего отрицание. Созависимые склонны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего серьезного не происходит, они чаще отрицают у себя наличие признаков созависимости. Именно отрицание мешает мотивировать их на преодоление собственных проблем, например, попросить о помощи. Созависимый затягивает и усугубляет химическую зависимость у близкого человека, что способствует укоренению созависимости, а также держит всю семью в дисфункциональном состоянии (Москаленко, 2006).

Проявления созависимости довольно разнообразны, касаются они всех сторон психической деятельности созависимого человека, его мировоззрения, поведения, системы верований и ценностей, а также физического здоровья. Но не зависимо от того каким образом созависимость проявляется у че-

ловека, она разрушающе воздействует на личность человека, происходит его деградация. Поскольку семья это первый социальный институт, в который попадает ребенок и в котором закладываются основы его личности, мы обращаем особое внимание на особенности детско-родительских отношений.

Взаимоотношения с родителями являются основой социальных связей взрослеющего подростка, которые он строит с окружающим миром. Подросток хоть и переключается основное внимание на сверстников, но в то же время он всё еще проводит значительную часть жизни в семье. Огромную роль в его жизни продолжают играть близкие взрослые, в первую очередь, мать. В то же время переход к подростковому возрасту связан с поступлением в среднее звено школы, а значит и с новой ступенью самостоятельности (Шамардина, Старшинова, 2016). Все эти взаимоотношения подростка играют центральную роль в развитии самосознания, посредством чего приобретает опыт отношений и закладываются проекции собственных моделей поведения. В отечественной психологии А.Я. Варга и В.В. Столин определяют родительское отношение как «систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков» (Болдаев, 2011).

Родительская позиция показана А.С. Спиваковской, как «совокупность родительских установок» включая сознательную или бессознательную оценку, что выражается в специфике взаимодействия с детьми» (Сологуб, 2001). Поэтому, оптимальная родительская позиция должна отвечать требованиям адекватности, гибкости и прогностичности, где: адекватность - умение родителей понимать индивидуальность ребенка и видеть динамику его изменений, а гибкость - умение перестраивать свое воздействие на ребенка по факту его взросления и прогностичность - определяет стиль детско-родительских взаимоотношений с ориентиром на опережение для появления новых психических и личностных качеств детей. Именно это дает возможность установить оптимальную дистанцию и выполнить требование независимости в воспитании. В дисгармоничных детско-родительских взаимоотношениях можно увидеть, что родительская позиция изменена по одному или по трем выделенным показателям. Н.Ф. Алиева и С.А. Сорокоумова считают, что созависимое поведение матери формирует у ребенка-подростка ряд негативных качеств (инфантильность, пассивность и т.д.), которые в будущем способствуют развитию у него алкогольной зависимости. (Алиева, Сорокоумова, 2014)

Опасность созависимых отношений в семье, где есть дети, заключается еще и в том, что данное поведение переходит в нормальную реакцию на трудные жизненные ситуации. Ребенок бессознательно перенимает эту деструктивную модель поведения, тем самым образуя порочный круг, где созависимые модели поведения передаются от родителей к детям (Солободчикова, 2017). Практически всегда там, где присутствует созависимость, приходится говорить о взаимной созависимости, которая негативно

сказывается на обоих. Результатом является отсутствие развития личности всех взаимодействующих, а также невозможность осознания данного факта в следствии искаженного восприятия реальности (Rusnáková, 2014).

По данным исследования И.Н. Гороховой, которая анализировала личностные особенности женщин-матерей с высокой степенью созависимости, чьи родственники страдают химической зависимостью, было установлено, что они обладают высокой склонностью к истерии и ипохондрии, а также низкой самооценкой и ориентировкой на внешнюю оценку (Горохова, 2017).

Созависимые родители никак не способствуют излечению от зависимости своих детей, а только усугубляют её. Кроме того, они воспринимают происходящее с ними искаженно, что существенно

По мнению Ю.Н. Пунинской изначально созависимость возникает вследствие нарушения психологического рождения, которое заключается в естественной сепарации ребенка от родителя. Незавершенность этого процесса переносится на всю взрослую жизнь человека и провоцирует его на бессознательное стремление либо к воссоединению (созависимости), либо к автономности (противозависимости) (Путинская, 2018).

Таким образом, детско-родительские отношения представляют собой относительно самостоятельное и развивающееся с течением времени образование. Они являются подсистемой в конкретной культурно-исторической системе взаимоотношений людей, связанных между собой брачными, родственными и социальными отношениями. Пережитый в детском возрасте опыт таких отношений в определенном виде проектируется (транслируется) в ситуациях взаимодействия с собственными детьми.

Постановка проблемы. Мы видим необходимость научного обоснования таких параметров детско-родительских отношений, которые являются мишенью психологического воздействия значимого взрослого, особенно если поведение взрослого отягощено созависимостью. Данный факт, несомненно, затрудняет благополучное протекание детско-родительских отношений в целом. В связи с этим целью нашего исследования было выявление особенностей созависимого поведения матерей, воспитывающих детей подросткового возраста.

Методы и материалы. В работе нами были выбраны методы сбора эмпирических данных: «Шкала созависимости» Fischer J.L., Spann L., Crawford D. в модификации Москоленко В.Д.; «Стиль семейного воспитания»; методика «Анализ семейных взаимоотношений», Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, а также беседа, анкетирование и методы математико-статистической обработки данных с использованием программы компьютерной обработки статистических данных «SPSS 17.0».

Эмпирическое исследование проводилось на базе ООО «Медицинского центра В.И. Заюковой», г. Барнаула. Цель деятельности центра - оказание комплексной специализированной помощи людям со всевозможными формами зависимости. В исследовании также задействована часть респонден-

тов, которые посещают группы «Ал-Анон» г. Барнаула. «Ал-Анон» – это группы родственников, которые страдают алкоголизмом, которые делятся друг с другом своими переживаниями, чтобы решить общие проблемы, а также вместе выполняют Двенадцатишаговую программу. Всего в исследовании приняли участие 50 человек (женщины зрелого возраста от 25 до 55 лет), воспитывающих подростков в возрасте от 11 до 16 лет: среди них по результатам тестирования было выявлено, что у 41% (19-ти женщин) наблюдается умеренно выраженная созависимость, 13% (4-х женщин) - резко выраженная созависимость (эмпирическая группа), у 46% (27-ми женщин) опрошенных не выявилась созависимость (группа контраста).

Результаты исследования. При помощи корреляционного анализа мы определили, что созависимость матери проявляется негармоничным типом семейного воспитания в таких его проявлениях как потворствующая, гиперпротекция ($r=0,389$, $p=0,013$) - гиперпротекция ($r=0,614$, $p=0,0001$, потворствование ($r=0,538$, $p=0,0001$). Это характеризуется тем, что подросток находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей, а также наблюдается неустойчивость стиля воспитания в целом ($r=0,710$, $p=0,0001$). По мнению К. Леонгарда, данная ситуация может содействовать формированию таких черт характера как упрямство, склонность противостоять любому авторитету, и является нередкой ситуацией в семьях где дети и подростки получают отклонения в характере (акцентуацию). Мы предполагаем, что при таком типе воспитания созависимые матери бессознательно проецируют на подростков свои ранее неудовлетворенные потребности и ищут способы заместительного поведения за счет воспитательных действий. Эдеймиллер писала, что такое воспитание приведет к тому, что подросток (а далее взрослый) будет сам зависеть от микросоциума (от мнения окружающих, ожидая их оценок).

Проведенное исследование показывает, что для поведения созависимой матери характерны следующие личностные проблемы:

1. Расширение сферы родительских чувств ($r=0,614$, $p=0,05$). В этом случае женщина, которую не устраивают отношения с мужем (или его нет) хочет, чтобы подросток удовлетворял ее потребность во взаимной исключительной привязанности, которая должна удовлетворяться в психологических отношениях супругов. По нашему мнению, именно это является главной причиной по которой у женщины проявляется стремление удержать подростка с помощью потворствующей гиперпротекции.

2. Воспитательная неуверенность ($r=0,416$, $p=0,008$). В такой ситуации обычно матери идут «на поводу» у подростка и уступают ему во всех вопросах. По нашему мнению, причиной этому может быть родительская семья самой созависимой матери, где ее воспитывал требовательный и эгоцентричный родитель. Став взрослой она видит те же качества в своем ребенке, поэтому демонстрирует подобные модели поведения, формируя идентичные чувства у собственного ребенка - «неоплатного должника».

3. Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания. При этом характерное поведение для созависимой женщины – выражение воспитательными методами своего супруга. Обычно один из супругов настаивает на весьма строгом воспитании, с повышенными требованиями и наказаниями (в нашем случае отец), а другой (мать) склонен «жалеть» ребенка и идти у него на поводу.

4. Незрелость родительских чувств матери ($r=0,326$, $p=0,040$), которое проявляется в нежелании иметь дело с подростком, в плохой переносимости его общества, поверхностности интереса к его делам. Мы полагаем, что причиной этому может быть отвержение самой матери в детстве ее родителями, так как она сама воспитывалась в дисфункциональной семье. В этой ситуации у матери возникает раздражительно-враждебное отношение к подростку и часто перекладывается значительная доля родительских обязанностей. В связи с этим появляется другой тип негармоничного воспитания «повышенная моральная ответственность».

5. Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств ($r=0,432$, $p=0,0001$). Созависимая мать, обладающая низкой самооценкой свои негативные качества, проецирует на подростка, например, излишняя гневливость и агрессивность, несдержанность, негативизм, самоуверенность, страх и чувство вины и т.д. Таким образом, приписывая ребенку свои нежелательные качества, она получает эмоциональную выгоду для себя, так как борьба с этими качествами создает иллюзию, что у нее их нет. В этом случае мать отвергает подростка или жестоко обращается с ним, что частично демонстрирует потворствующую гиперпротекцию, а больше с повышенной моральной ответственностью.

6. Предпочтение женских качеств ($r=0,523$, $p=0,001$). В этом случае у созависимой матери наблюдается неосознаваемое неприятие подростка мужского пола. В этом случае у женщины присутствуют стереотипные отрицательные суждения о мужчинах вообще: «Мужчины грубы и агрессивны, склонны к алкоголизму».

С помощью дисперсионного анализа были выявлены особенности стиля детско-родительского воспитания у матерей с умеренно выраженной созависимостью и созависимыми. В отличие от нормы данную группу отличает: повышенная гиперпротекция; чрезмерное количество санкций; неустойчивость стиля воспитания; повышенная моральная ответственность; воспитательская неуверенность; фобия утраты; незрелость родительских чувств; вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

У созависимых матерей наблюдается проявление повышенной моральной ответственности, чрезмерное количество санкций и фобия утраты контроля над подростком. Повышенная моральная ответственность проявляется в высоких требованиях к подростку в сочетании с пониженным вниманием к его потребностям. Родители, которые придерживаются данному типу воспитания поручают ребенку заботу и опеку над другими

членами семьи. Кроме этого, были выявлены особенности родительского отношения созависимой матери в системе «мать-ребенок» к детям подросткового возраста. Нами установлено содержательное отличие этих отношений, которое проявляется в особой структуре и характеризуется рассогласованностью между эмоциональным, когнитивным и поведенческим компонентами. Как правило, такой тип отношений основывается на гиперпротекции при взаимодействии с подростком.

Вывод. Наше исследование позволяет сделать вывод о том, что созависимость матери проявляется в детско-родительских отношениях через следующие психологические состояния: воспитательная неуверенность, неразвитость родительских чувств, проекция на ребенка собственных нежелательных качеств. Воспитание по созависимому типу имеет под собой глубинные причины, относящиеся к изначально имеющимся дефицитам личностного развития у самих родителей. Выстраивание отношений по созависимому типу приводит к тому, что у детей и подростков из таких семей формируется целый ряд личностных особенностей, которые можно отнести к факторам риска формирования аддиктивного поведения. Следует обратить внимание, что при любом из описанных стилей воспитания ребенок оказывается в условиях, которые не обеспечивают в должной мере удовлетворение одной из важных базовых потребностей ребенка – потребности в эмоциональной безопасности.

Список литературы

1. Алиева Н.Ф., Сорокоумава С.А. Изучение влияния созависимого поведения матери на формирование алкогольной зависимости у сына-подростка // Сборник научных трудов VI Международных социально-педагогических чтений им. Б.И. Лившица: в 2-х ч. / Уральский государственный педагогический университет. Екатеринбург, 2014. С. 62-67.
2. Психология общения. Энциклопедический словарь / под ред. А.А. Бодалева. М. : Когито-Центр, 2011. 600 с.
3. Горохова Н.И. Исследование взаимосвязи личностных особенностей женщин, имеющих психосоматические расстройства, с созависимой моделью поведения // Сборник материалов научных исследований. Магнитогорск, 2017. С. 29-32.
4. Москаленко В.Д. Когда любви слишком много: профилактика любовной зависимости. М. : Психотерапия, 2006. 222 с.
5. Путинская Ю.Н. Роль родителей в формировании условий созависимости // Международный студенческий научный вестник. 2018. № 2. С. 115.
6. Сологуб Л.Г. Материнство как социальный институт : дис. ... канд. социол. наук. М., 2001. 179 с.
7. Слободчикова Н.И. Созависимые дети // Профилактика зависимостей. 2017. № 2(10). С. 110-113.
8. Шамардина М.В., Старшинова А.И. Подходы к понятию привязанности в младшем подростковом возрасте. Текст: электронный // Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета. 2016. № 2. URL: <http://journal.asu.ru/index.php/vfp/article/view/1156/844> (дата обращения: 21.09.2019).
9. Rusnáková M. Codependency of the Members of a Family of an Alcohol Addict // 6th International Conference on Intercultural Education "Education and Health: From a transcultural perspective". 2014. P. 647-653.

УДК 159.9.075

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
РАБОТЫ В ТОЛПЕ**

В.Н. Аверченкова, В.Б. Чупина

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Толпа - это бесструктурное скопление людей, лишенных ясно осознаваемой общности целей, но взаимно связанных сходством эмоционального состояния и общим объектом внимания. Конечно, толпа имеет свои особенности, которые необходимо учитывать. К таким особенностям относятся ее кратковременность и бесструктурность, эмоциональная возбудимость, сходство эмоционального состояния участников, пространственная близость и контактность, общий объект внимания, отсутствие общей осознанной цели.

Ключевые слова: скопление людей, толпа, психологическая работа, динамика толпы.

Актуальность. Актуальность темы заключается в том, что мы живем в мире, где нет стабильности, а значит, всегда есть риск образования несанкционированной толпы, в которой может оказаться человек, не имеющий представления как себя вести, и какие меры нужно принимать оказавшись в эпицентре толпы. Целью статьи является изучение специфики психологической работы в толпе. Задачи, которые были определены для рассмотрения – это особенности состава толпы, а также особенности психологической работы в толпе, сформировавшейся в результате несчастного случая или террористического акта.

Методы и материалы. В данной статье обратимся к опыту накопленному в психологической службе МЧС России. В современном мире толпы являются повседневной реальностью. Люди продолжают съезжаться в крупные города в поисках заработка и новых возможностей, в результате житель любого мегаполиса, например, каждый человек, спустившийся в московское метро в час пик, практически ежедневно становится частью толпы. Доказательством мощного влияния толпы на сознание человека является то, что среди жителей больших городов в последние десятилетия особенно распространено такое расстройство, как демофобия, или охлофобия - боязнь скоплений людей. В связи с особой чувствительностью толпы к любому инциденту, в особенности несчастным случаям, а также

непрекращающейся угрозой террористических актов встает вопрос о том, как практическая психология может помочь не допустить еще больших трагедий, связанных уже не столько с самим инцидентом, сколько с реакцией на него людей, вызванной спецификой динамики толпы. Работу психолога в толпе можно рассматривать и в рамках психологии личности, и в рамках психологического консультирования и в рамках краткосрочной психологической коррекции, но в представленной работе мы предпримем попытку разобраться с тем, каким образом психолог может воздействовать на динамику толпы, чтобы предотвратить ее деструктивность.

Понятие толпы и особенности ее состава и функционирования.

Толпа является стихийной группой. Тем не менее, толпу нельзя назвать группой в узком смысле этого слова, так как она крайне разнородна, а именно состоит из людей разной этнической принадлежности, возраста, социального и экономического статуса, профессии и даже разного уровня интеллекта и психического здоровья. Кроме того, толпа не имеет заведомо известных и общих целей и общей организации. Так, что же такое толпа? Р. Мокшанцев и А. Мокшанцева дают следующее определение толпы: толпа — бесструктурное скопление людей, лишенных ясно осознаваемой общности целей, но взаимно связанных сходством эмоционального состояния и общим объектом внимания. Более метафоричное определение дает известный автор Г. Лебон в своей книге «Психология народов и масс»: «Толпа похожа на листья, поднимаемые ураганом и разносимые в разные стороны, а затем падающие на землю». (Лебон, 1895). Сам термин «толпа» начали использовать во времена революционных движений конца XIX — начала XX веков.

Можно выделить ряд психологических особенностей толпы: неспособность к осознанию, сильно развитая способность к воображению, вплоть до подверженности галлюцинациям, категоричность, внушаемость, превалирование эмоций над разумом, реализация бессознательных инстинктов, снижение значимости личного интереса отдельно взятого человека, безответственность, непостоянство мнений и настроений, повышенная физическая активность. В толпе зачастую стираются индивидуальные особенности отдельного человека, в результате поведение большинства людей становится инстинктивным и бессознательным.

Толпа получает информацию из двух основных источников: СМИ, а также слухи и сплетни. Отношение к информации не критичное. Это связано, в том числе и с тем, что зачастую толпа формируется в условиях неопределенности, например, скопление близких и зевак вокруг Театрального центра на Дубровке во время «Норд-Оста» или вокруг школы в Беслане. Ситуация неопределенности бессознательно невыносимее даже самых плохих новостей, поэтому люди начинают верить любой поступающей информации. Г. М. Андреева называет это «эффектом доверия информации».

Еще один важнейший механизм, который необходимо учитывать любому специалисту при работе в толпе, - это механизм заражения. Люди в толпе бессознательно принимают эмоциональное состояние стоящего рядом человека. Чем сильнее и ярче эмоциональная реакция, тем проще ей заразиться. Чаще всего «заражаются» агрессией и страхом, вплоть до паники. Однако вопреки распространенному мнению, люди способны перенимать не только негативные, но и позитивные образцы поведения, такие, как выручка, взаимопомощь, самоотверженность. Передача заражения наиболее ярко описана механизмом цепной реакции.

Особенности психологической работы в толпе.

В последнее время систематизируются практические знания, накопленные психологами МЧС при работе в условиях чрезвычайных ситуаций. Наиболее известными местами работы являются теракты в школе Беслана и театральном центре на «Дубровке», а также взрывы в московском метро и крушения самолетов.

Важно помнить, что толпа, образовавшаяся в результате бедствия, состоит из трех категорий: непосредственно пострадавшие, близкие и родственники пострадавших, а также наблюдатели, привлеченные происшествием. Основная работа ведется с первыми двумя категориями, однако спускать со счетов третью категорию тоже нельзя.

Психологи заметили, что происшествие часто привлекает к себе внимание психически нездоровых людей. Этот феномен пока не объяснен, однако психически нестабильные люди часто начинают реагировать истерически, склонны впадать в панику, что особенно опасно в связи с тем, что в толпе действует вышеописанный механизм заражения. Задача психологов и врачей – нейтрализовать такие реакции.

Психологические свойства толпы.

Социальные психологи отмечают ряд психологических особенностей толпы. Они свойственны всей психологической структуре и проявляются в различных сферах:

- 1) Когнитивной.
- 2) Эмоционально-волевой.
- 3) Темпераментальной.
- 4) Моральной.

Когнитивная сфера.

В этой сфере толпа высказывает разнообразные странности своей психологии. Неспособность к осознанию. Важными психологическими характеристиками толпы являются её бессознательность, инстинктивность и импульсивность. Если даже один человек довольно слабо поддается посылам разума, а потому большую часть поступков в жизни делает благодаря эмоциональным, порою совершенно слепым импульсам, то людская толпа живёт исключительно чувствами, логика противна ей. Вступает в действие неуправляемый стадный инстинкт.

Особенности выражения и мышления. Толпа очень восприимчива к впечатлениям. Образы, поражающие воображение толпы, всегда бывает простым и ясным. Вызванные в уме толпы кем-либо образы, представление о каком-нибудь событии или случае по своей живости почти равны реальным образам. В воображении людей, собравшихся в толпе, события претерпевают искажения. Толпа не рассуждает и не обдумывает. Она принимает или отбрасывает идеи целиком. Она не переносит ни споров, ни противоречий. Рассуждения толпы основываются на ассоциациях, но они связаны между собою лишь кажущейся аналогией и последовательностью.

Эмоционально-волевая сфера.

Для этой сферы толпы характерны так же многочисленные психологические особенности.

Эмоциональность. В толпе имеет место такое социально-психологическое явления, как эмоциональный резонанс. Люди, участвующие в эксецессе не просто соседствуют друг с другом. Они «заражают» окружающих и сами «заражаются» от них. Термин «резонанс» к такому явлению применяется потому, что происходит эмоциональный взрыв, с трудом контролируемый сознанием.

Высокая чувственность. Чувства и идеи отдельных лиц, образующих целое, именуемое толпой, принимают одно и то же направление. Рождается коллективная душа, имеющая, правда, временный характер. Толпе знакомы только простые и крайние чувства. Сила чувств толпы ещё более увеличивается из-за отсутствия ответственности. Уверенность в безнаказанности и сознание значительного могущества дают возможность скопищам людей проявлять такие чувства и совершать такие действия, которые просто немислимы и невозможны для отдельного человека.

Экстремизм. Силы толпы направлены лишь на разрушение. У толпы отсутствует критическое отношение к себе и присутствует «нарциссизм» - «мы» безупречны, во всём виноваты «они». «Они» отливаются в образ врага. Толпа считается только с силой, и доброта её мало трогает, для толпы доброта - одна из форм слабости.

Мотивация и безответственность. Личный интерес очень редко бывает могущественным двигателем в толпе, в то время как у отдельного человека он стоит на первом месте. Безответственность позволяет толпе топтать слабых и преклоняться перед сильными.

Темпераментальная сфера.

В данной сфере психологические особенности толпы проявляются в физической активности. Физическая активность. Стремление немедленно превратить в действия внушённые идеи - характерный признак толпы.

Диффузность. Возбудители, которые действуют на повинующуюся им толпу, весьма разнообразны - этим объясняется её чрезвычайная изменчивость. Над прочно установившимися верованиями толпы лежит поверх-

ностный слой мнений, идей и мыслей, постоянно рождающихся и исчезающих. Мнение толпы непостоянно. Отсутствие ясных целей, отсутствие или изменчивость структуры порождают наиболее важное свойство толпы - превращаться из одного вида толпы в другой.

Моральная сфера.

В моральной сфере психологические особенности толпы чаще всего обнаруживаются в моральности и религиозности.

Моральность. Толпа может иногда демонстрировать очень высокую нравственность, очень возвышенные проявления: самоотверженность, преданность, бескорыстие, самопожертвование, чувство справедливости.

Религиозность. Все убеждения толпа имеют черты слепого подчинения, свирепой нетерпимости, потребности в самой неистовой пропаганде, что присуще религиозному чувству.

Толпа нуждается в религии, так как все верования удваиваются ею лишь в том случае, если они обличены в религиозную оболочку, не допускающую оспаривания. Верование толпы почти всегда имеют религиозную форму.

Основными задачами психологической работы в толпе являются:

1. Первичная профилактика травматизации пострадавших и их близких. Здесь существует ряд реакций, с которыми необходимо уметь справляться специалисту: ступор, психомоторное возбуждение, стереотипии, истерика.

2. Профилактика возникновения паники и массовых деструктивных действий в результате механизма заражения. Рассмотрим эти два пункта в совокупности:

Организация работы психологов. В случае, если толпа не движется, как, например, бывает во время ожидания последних новостей о пострадавших или заложниках, за каждым психологом закрепляется определенный сектор. Одновременно с работой с пострадавшими психологи наблюдают за ближайшими коллегами. Это делается для того, чтобы перераспределить работу в случае необходимости, а также помочь коллеге, если он перестанет эмоционально справляться с настолько тяжелой ситуацией.

Часто деструктивные реакции наблюдаются на фоне недостаточности удовлетворения физиологических потребностей. Голод, жажда, холод и жара усиливают эмоциональное состояние, поэтому наилучшая профилактика, доступная любому специалисту, - организовать наличие воды, горячего чая и теплых одеял. Часто в толпе присутствуют дети, которые, даже не понимая происходящего, считывают не самые позитивные эмоциональные состояния взрослых, поэтому психологу желательно иметь при себе минимальные принадлежности для рисования, чтобы ребенок мог отвлечься от происходящего, пока у взрослых нет ресурса им заниматься.

Работа с истерикой. Истерика является особенно опасной реакцией среди пострадавших, так как обладает сильным заражающим свойством.

Даже несмотря на то, что во время бедствий в истерику впадают бессознательно, она все равно направлена на публику. При столкновении с истерической реакцией пострадавшего отводят как можно дальше от центра толпы к ее периферии, ставят лицом в сторону от толпы и делают что-то резкое, чтобы истерику заглушить, например, выплескивают в лицо стакан прохладной воды. Лучше всего, если такие манипуляции будет совершать не сам психолог, а близкий человек впавшего в истерику, поэтому в задачу психолога также входит экспресс-обучение граждан работе с негативными реакциями.

Работа с агрессией. Как отмечалось ранее, толпа склонна быстро становиться агрессивной, причем агрессивность из вербальной быстро переходит в физическую. Если психолог заметил группу недовольных, следует подойти к ней и спросить: «Кто среди вас главный?». Этот вопрос снимает анонимность, возвращает ответственность, а также локализует агрессию. Когда в ответ на этот вопрос вызывается человек, следует выяснить основные претензии и вопросы, честно ответить на них, либо пообещать ответить в ближайшее время, конечно, если это возможно. При этом нужно назвать точное время, через которое психолог вернется и сообщит информацию. Психологи МЧС советуют называть точное, но не слишком предсказуемое количество времени, например, 33 минуты.

Работа с психомоторным возбуждением. Ситуация опасности для жизни вызывает инстинктивные реакции у многих людей, например, кто-то может сорваться с места и побежать. Эта реакция абсолютно бессознательная и сопровождается последующей амнезией. Такое поведение опасно, так как способствует возникновению паники, поэтому пострадавшего нужно как можно быстрее остановить. Для этого его ловят под локти сзади и укладывают к земле. Конечно, если это будет выполнять физически крепкий специалист.

Работа с панической толпой. Если толпа начинает двигаться в направлении от реального или воображаемого источника опасности, следует не допустить давки, в результате которой могут серьезно пострадать или даже погибнуть люди. Такой толпе нужна организованность, которую может обеспечить человек, сохранивший адекватное состояние сознания. Для этого нужно взять под руки ближайших людей и начать громко и отчетливо скандировать «ВЫ-ХО-ДИ».

Вывод. Самым сложным и самым важным субъектом стихийного массового поведения является толпа. Психическое состояние индивида в толпе меняется. У него развиваются повышенная эмоциональность восприятия, усиливается внушаемость, снижается критическое отношение к себе и способность к рациональной переработке принимаемой информации, подавляется чувство ответственности за свое поведение, появляется чувство силы и ощущение анонимности. Человек ведет себя, как все, совершенно не так как ему свойственно вести себя в повседневной жизни.

Человека может охватить паника, ступор, страх, истерика, самому ему с этим не справиться, и именно в этих случаях необходима помощь психолога. Следовательно, чтобы структурировать толпу, держать под контролем эмоции людей, провести профилактику пострадавших и их близких требуются психологи.

Список литературы

1. Андреева Г.М. Социальная психология: учебник для высших учебных заведений. М.: Аспект Пресс, 2016. 360 с.
2. Ильин Е.П. Психология общения и межличностных отношений. СПб.: Питер, 2017. 576 с.
3. Котова И.Б., Канаркевич О.С. Общая психология: учебное пособие. М.: Дашков и К : Академцентр, 2016. 480 с.
4. Кравченко Ю.Е. Психология эмоций. Классические и современные теории и исследования. М.: Форум, 2017. 544 с.
5. Немов Р.С. Общая психология : учебные. В 3-х кн. Кн. 3. Психология личности. М.: Юрайт, 2016. 739 с.
6. Экман П. Психология эмоций / пер. с англ. В. Кузин; под науч. ред. Е.П. Ильин. СПб.: Питер, 2018. 240 с.

УКД 159.9

ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ОБРАЗНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ТЕЛА

А.В. Бархатова, Т.А. Абрагено, И.О. Кононенко

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В данной статье рассмотрены теоретические аспекты эмоционально-образной терапии, определены понятия «образ», словарь образов. Выявлено, что являясь центром идентификации, в котором регистрируются хронические эмоциональные состояния, возникающие в результате внутрличностного психодинамического конфликта, человеческое тело, одновременно выступает и носителем неосознаваемого человеком образа. Показаны особенности применения эмоционально-образной терапии в коррекции образа тела.

Ключевые слова: эмоционально-образная терапия, образ, словарь образов, образ тела.

Актуальность. Актуальность идеи эмоционально-образной терапии состоит в том, что любая психологическая или психосоматическая

проблема имеет свою область фиксации энергии из-за неразрешенного внутриличностного конфликта. Благодаря работе с образами можно разрешить имеющийся конфликт, убрав точку блокировки психической энергии, применив специальный прием работы с образом. Цель данной статьи состоит в том, чтобы осветить значение и возможность применять эмоционально образную терапию в современной терапии как инструмент и метод психотерапии.

Методы и материалы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: теоретический анализ источников, анализ, синтез, реферирование, составление библиографии по проблеме исследования.

Образ является отражением реальности в виде целостного строения, которое становится содержанием человеческой психики. Активное изучение изображений и их функций началось в конце XIX века и было отмечено созданием гештальт-психологии, которая рассматривает образ (гештальт) как структуру, которая является первичной по отношению к своим собственным компонентам.

В современной психологии существует три основных подхода к пониманию образа. Согласно определенному подходу восприятия, изображение является продуктом познавательной деятельности, результатом работы памяти, мышления и воображения. Такой подход применим для изучения развития ребенка: например, зрительно-образное мышление присуще детям (умственные задачи решаются путем преобразования зрительных представлений). Второй подход рассматривает изображение как проекцию субъективной картины мира или его отдельных компонентов, включая самого субъекта и окружающих его людей.

В последнее время активно развивается третий подход, который описывает образ как представление об объектах общества и явлениях, присущих конкретному обществу (включая то, как субъект воспринимает себя). Понятие изображения популярно не только непосредственно в психологии, но и в смежных областях: например, искусство можно рассматривать как продукт обработки значимых чувств, которые нашли выражение в образе.

С теоретической точки зрения эмоция является проявлением психической энергии личности, направленной на совершение определенных действий. Нежелательные эмоции блокируются в организме с помощью мышечных зажимов. «Застывшие» эмоции не реализуются в действии, но приводят ко многим негативным последствиям, включая психосоматические симптомы. Эмоция связывает душу и тело и существует в них одновременно. Согласно методу эмоционально-образной терапии, человеческое тело является центром идентификации, в котором регистрируются хронические эмоциональные состояния, возникающие в результате внутриличностного психодинамического конфликта. Исходя из этого, все психологические проблемы без исключения рассматриваются через их

психосоматическое выражение. Разрешение внутреннего конфликта осуществляется с помощью разработанных методов работы с изображениями, в результате чего изменяется эмоциональное состояние и высвобождается фиксированная в теле энергия.

Образ выступает в качестве основного инструмента эмоционально-образной терапии: с одной стороны, как информационный компонент для целостного анализа проблем, а с другой - как «рычаг» для достижения позитивной трансформации эмоционального состояния человека. Это стало возможным благодаря многогранной структуре и особенностям изображения. Образ в этом случае является выражением субъективной реальности клиента, поэтому образ, спонтанно созданный человеком, полностью отражает его внутренний мир, но в его отношении и связи с происходящим вокруг.

Это позволяет понять суть и структуру проблемы, выявить все стороны внутреннего конфликта, корни которого лежат в реальных событиях прошлого. Кроме того, сущность изображения содержит временный и семантический аспекты, то есть изображение отражает процесс, динамику и несет в себе богатый контент. Поэтому, опираясь на изображения, можно произвести не только анализ психологической проблемы, но и ее исправление. Более того, сама трансформация основана на семантическом содержании изображения, отражающем суть и причину проблемы. Следует отметить, что воздействие на изображение с целью позитивных изменений осуществляется только самим клиентом под руководством психотерапевта. Таким образом, этот эмоционально-семантический внутриличностный эффект возникает за счет внутренней работы самого человека. Традиционный психоанализ рассматривает осознание как главное в работе, а гештальт-терапия - это опыт. Эмоционально-образная терапия предлагает клиенту реальные и простые процедуры для самостоятельного изменения и разрешения внутреннего конфликта экологически безопасным способом.

Эмоциональная терапия - это метод психотерапии, работающий с чувствами и образами. В большинстве случаев это краткосрочная терапия, что является одним из главных достоинств метода. Мы живем в быстро меняющемся мире, где время летит непростительно быстро, нам на многое не хватает времени, поэтому быстрая и результативная помощь для нас становится главным приоритетом. Все, что с нами происходит, находит свое отражение в чувствах. Какие - то чувства мы выражаем, другие прячем глубоко внутри себя, а некоторые чувства пролетают так быстро, что мы их даже не успеваем осознать. Но все они имеют огромное влияние и оставляют след в бессознательном, что отражается на нашем самочувствии, восприятии себя и окружающего мира. Сознательная трансформация образов приводит к изменениям эмоционального состояния и к исчезновению негативных психосоматических симптомов.

Эмоционально-образная терапия начинает работу не с образа, а самого чувства. Чувство воплощается в спонтанный образ, образ анализируется, выявляется основной конфликт, а потом с помощью правильно подобранного и согласованного с клиентом действия, самим же клиентом проводится нейтрализация конфликта и изменение чувства, в результате чего образ меняется сам. Николай Линде в своем интервью приводил примеры того, какие образы были у клиентов в начале эмоционально-образной терапии. Образы активировали не только анализаторы зрения, но и анализаторы слуха, обоняния, вкуса. Работая с ними клиенты представляли, чувствовали, слышали и ощущали вкус проблемных образов. Изменения образа отражают изменения во внутреннем мире клиента, а не наоборот. Потом уже измененный образ принимается в тело, для закрепления результата.

Эмоционально-образная терапия сочетает в себе простоту и доступность, эффективность и экологичность как для клиента, так и для практикующего специалиста.

Преимущества метода эмоционально-образной терапии:

- Эффективность. Позволяет работать практически с любыми проблемами и достигать гарантированного результата. Работа с образом эмоции позволяет быстро и радикально изменять негативное состояние.

- Интенсивность и краткосрочность. Можно работать пять или десять минут, а можно работать годами. Поэтому выбор за вами, как быстро вы хотите достичь необходимого вам результата. При этом метод эмоционально-образной терапии ни в коем случае не теряет основательности работы. Средняя продолжительность краткосрочных методов психотерапии 10-15 сеансов. Но часто оказывается, что проблему удастся решить и за несколько встреч.

- Актуальность и мобильность. Позволяет оказывать быструю эффективную помощь после чрезвычайных ситуаций. Методом эмоционально-образной терапии можно работать и в полевых условиях.

- Интегративность. Метод эмоционально-образной терапии восстанавливает целостность, это очень важно, ведь когда у человека проблемы, он чувствует себя разобраным, а эмоционально-образная терапия собирает его личность в единое целое.

Основная идея этого направления заключается в том, что эмоциональное состояние можно выразить через визуальный, звуковой или кинестетический образ, а дальнейшая внутренняя работа с этим образом позволяет трансформировать исходное эмоциональное состояние. Это направление позволяет использовать теоретические и практические открытия различных психотерапевтических школ, начиная с психоанализа и заканчивая нейролингвистическим программированием.

Эмоционально-образная терапия является аналитически эффективным подходом, состоящим в том, что анализ психологической проблемы, заявленной клиентом, и корректирующее действие для ее решения в ходе

психотерапевтической работы являются единым неразрывным процессом. Более того, аналитическая часть, включающая теоретическое обоснование, интерпретацию и выбор наиболее подходящего метода коррекции, иногда остается незаметной для клиента. Это позволяет смягчить болезненность постоянной осведомленности и в то же время не дать психике выстроить новые защитные механизмы, что, в свою очередь, создает возможность значительно сократить время, затрачиваемое на оказание психотерапевтической помощи.

Эмоциональная терапия - это случайная психотерапия, то есть направленная на поиск первопричины проблемы у конкретного человека, которая позволяет не только устранить негативные симптомы, но и устранить корень проблемы и предотвратить ее дублирование в новом проявлении.

Направление эмоционально-образной терапии объединяет в себе все фундаментальные теоретические достижения психологии от психоанализа З. Фрейда, как основного принципа, до транзакционного анализа Э. Берна, гештальт-психологии, теории тела В. Рейха, экзистенциальной психологии и позволяет использовать практические открытия разных школ. Таким образом, этот метод обладает способностью обогащать, улучшать, то есть развивать эффективность практического применения и эффективность терапии, а также доступен для подготовки специалистов в различных областях психологии.

За 25 лет существования эмоционально-образной терапии было накоплено и опробовано более 30 различных методов самоизменения, которые позволяют устранить болезненную систему, возникшую на основе первичного конфликта и связанной с ним хронической болезни. Метод эмоционально-образной терапии также имеет большой арсенал техник для анализа проблемы и проверки терапевтической гипотезы, эмоциональных упражнений и проверенного словаря изображений. Метод эмоционально-образной терапии включает в себя ряд теоретических моделей, объясняющих происхождение панических атак, эмоциональных пристрастий, фобий, проблем женственности и мужественности и т. д. Почти все нововведения являются авторскими разработками создателя эмоционально-образной терапии Н.Д. Линде (Линде, 2018).

Словарь образов эмоционально-образной терапии представляет собой набор типичных и часто повторяющихся образов, встречающихся в практической работе с клиентами.

Конечно, каждый случай, каждый отдельный клиент уникален, и нельзя сказать, что каждый образ имеет только одно трактование. Но есть определенные устоявшиеся картинки, которые в некоторой мере указывают на совершенно конкретную интерпретацию этого изображения.

Этот словарь следует использовать в работе для создания теории, которая может быть подтверждена или не подтверждена во время работы с клиентом.

«Сейчас в нашем словаре более 200 образов. Но его еще предстоит дополнять. Какие-то символы напоминают те, что описаны Фрейдом. Но мы нашли и свои образы. Например, часто брошенный, ненужный внутренний ребенок предстает в виде крысы, которая кусает клиента. И мы «приручаем» эту крысу, а проблема – боль или плохое эмоциональное состояние — уходит. Здесь мы опираемся на транзактный анализ, но у Берна не прописано, что в результате родительских предписаний и недостатка любви происходит скрытое расщепление со своим внутренним ребенком. Кульминация в ЭОТ при работе с этой частью нашего «Я» — когда он входит в тело клиента» (Линде, 2009).

Сама по себе эмоционально-образная терапия не используется для лечения психотических пациентов, но вместо этого она может быть эффективна в следующих случаях:

- Лечение психосоматических симптомов и заболеваний (например, таких как головные и сердечные боли, язва желудка, аллергия, астма, затруднения дыхания, ПМС, хронический ринит, нейродермит, ожирение, угревая сыпь и др. Следует учесть, что данный метод не всегда заменяет лечение. Если симптом имеет связь с органическим или невротическим заболеванием, необходимо пройти соответствующее лечение у врача).

- Решение конфликтов, внешних и внутренних.
- Страхи, фобии.
- Переживание потери, расставания.
- Эмоциональная зависимость.
- Последствия психотравмы.
- Обида, гнев.
- Негативные родительские предписания.
- Работа с денежными блоками (когда человек сам себе запрещает быть богатым).
- Вредные привычки: переедание (лишний вес), булимия, курение, пьянство (данный метод не гарантирует избавление от тяжелых зависимостей, но помогает в работе с таковыми на глубинном уровне).

Вывод. Резюмируя вышесказанное, очевидно, что эмоционально-образная терапия, как направление, достаточно ново и уникально. Автор данной терапии - Николай Линде - утверждает, что работа через образы (зрительные, обонятельные и кинестетические) может помочь человеку с широким спектром психологических проблем. Немаловажно то, что образы - это важная часть сознания человека и работа с ними позволяет отыскать и выявить корень проблемы. Существующий словарь образов (под авторством Линде и его команды) хранит в себе около 200 часто встречающихся образов, интерпретация которых не всегда имеет одно значение. Использование данной техники, по словам других практикующих психологов, не затрудняет понимание сути терапии как для клиента, так и для самого психолога. Отмечается, что в ходе использо-

вания данной терапии наблюдается корректировка образа тела пациента в результате разрешения проблемы хронического характера и разрядки эмоциональных фиксаций подкрепляющих данные проблемы. При избавлении от эмоциональной фиксации, проблема пациента перестает иметь силу и, следовательно, быть проблемой. Теоретический анализ показывает актуальность, востребованность и необходимость дальнейшей практической апробации методов.

Список литературы

1. Бурно М.Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников). М.: Академический Проект; Альма Матер, 2009. 719 с.
2. Линде Н.Д. Интервью. Текст: электронный. URL: <http://www.psychologies.ru/standpoint/zabrat-nazad-svoe-serdtse-emotsionalno-obraznaya-terapiya/> (дата обращения: 21.10.2019).
3. Линде Н.Д. Эмоционально-образная (аналитически-действенная) терапия. М.: Издательские решения, 2018. 490 с.
4. Эмоционально-образная терапия. Словарь образов Текст: электронный. URL: <https://emotion-image.ru/slovar-obrazov> (дата обращения: 18.11.2019).
5. Рахматуллин Р.Ю., Семенова Э.Р., Хамзина Д.З. Понятие образа // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение // Вопросы теории и практики. 2012. № 12-2 (26). С. 167-170.

УДК 159.9.072

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ СТУДЕНТА ПСИХОЛОГА

О.С. Байкова, Ю.В. Живаева

Сибирский федеральный университет, 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.

Ключевые слова: профессиональное развитие, профессиональная идентичность, профессиональное пространство, процесс сопровождения, студент.

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. Хабермас и др.), интерпретации идентичности в рамках когнитивного подхода (Г. Брейкуэлл, Дж. Тернер, Х. Тэджфел, М. Яромовиц).

На порядок большее количество исследований рассматривает проблемы идентичности в отечественной психологии: (Е.П. Ермолаева, Д.Н. Завалишина, М.В. Заковоротная). Проблема социальной идентичности рассмотре-

на 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 профессиогенеза 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) (Живаева, Стоянова, 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 (Шнейдер, 2001).

Постановка проблемы. 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. Проблема 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 также многогранности и неоднозначности проявления процесса формирования профессиональной идентичности.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе ФГОУ ВПО «Сибирский Федеральный Университет» г. Красноярск.

Для экспериментального исследования процесса формирования профессиональной идентичности у студентов была выбрана «Методика исследования профессиональной идентичности» (Шнейдер, 2001).

Выборку исследования составляют 27 студентов, обучающиеся на факультете психологии четвертого курса.

Результаты исследования. В ходе исследования с помощью методики изучения профессиональной идентичности Л. Б. Шнейдер нами получены следующие результаты:

37% студентов-психологов относятся к *преждевременной идентичности*. Этот статус характерен для людей, которые никогда не переживали состояния кризиса идентичности, но тем не менее обладает определенным набором целей, ценностей и

убеждений, которые сформировались у них в следствие идентификации с родителями или другими значимыми людьми, а не в результате самостоятельного поиска и выбора.

У 25,9% студентов выявлена диффузная идентичность. Этот статус характерен для людей, не имеющих устоявшихся целей, ценностей и убеждений и, которые не пытаются активно их сформировать.

14,8% студентов-психологов относятся к мораторию. Этот статус характерен для тех, кто находится в состоянии кризиса идентичности и активно пытается разрешить его, пробуя различные варианты. Такой человек постоянно находится в состоянии поиска информации, полезной для разрешения кризиса.

3,7% студентов – достигнутая идентичность. Этим статусом обладают люди, прошедшие период кризиса и познания себя, в следствие чего у них сформировалась определенная совокупность личностно значимых целей, ценностей и убеждений. К своим целям, ценностям и убеждениям такие люди относятся как к личностно значимым, обеспечивающим им чувство направленности и осмысленности жизни.

И у 18,5% студентов выявлена псевдоидентичность, которая выражается в стабильном отрицании своей уникальности или напротив, ее подчеркивании с переходом в стереотипию. Псевдоидентичность можно также трактовать как гиперидентичность, которая проявляется в поглощении профессиональной ролью других социальных ролей личности.

Обсуждение результатов. 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.

Таким образом, полученные нами данные, говорят о том, что для процесса формирования профессиональной идентичности студента характерно изменение содержания профессиональной идентичности, которая реализуется в процессе осознания собственной принадлежности к профессиональной сфере и профессии, а также 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».

Вывод. 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. 61-67.
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 : материалы III-й Международ. науч.-практ. конф. Красноярск : Версо, 2016. С. 168-177.
5. Шнейдер Л.Б. Профессиональная идентичность: монография. М. : МОСУ, 2001. 272 с.
6. Jue J., Hee Ha J. The professional identity, career commitment and subjective well-being of art therapy students // The Arts in Psychotherapy. 2018. Vol. 57. P. 27-33.

УДК 159.072

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ПЕРВОКУРСНИКОВ К УСЛОВИЯМ ВУЗА, ПРОЖИВАЮЩИХ В МЕГАПОЛИСЕ И МАЛОМ ГОРОДЕ

П.А. Баркина, Ю.В. Живаева

Сибирский федеральный университет, г. Красноярск, Россия

Аннотация. В статье представлено теоретическое обоснование актуальности изучения проблематики особенностей адаптации первокурсников к условиям вуза, проживающих в мегаполисе и малом городе.

Ключевые слова: адаптация, первокурсник, высшее учебное заведение, малый город, мегаполис.

Актуальность. Проблема адаптации первокурсников к условиям вуза на сегодняшний день стоит достаточно остро. Юноши и девушки, попадая в новую среду, незнакомый коллектив зачастую теряются, не могут проявить себя в полной мере, закрываются от окружающих и переживают вступление во взрослую жизнь как стресс. Но наиболее интересен, ста-

новится вопрос: как адаптируются к условиям вуза первокурсники, проживающие изначально в мегаполисе и малом городе? Цель исследования: изучение особенностей адаптации первокурсников к условиям вуза, проживающих изначально в мегаполисе и малом городе.

Задачи исследования:

1). Проанализировать теоретический аспект по проблеме исследования:

1.1.изучить психологический феномен адаптации;

1.2. описать краткую характеристику юношеского периода;

1.3. изучить особенности людей, проживающих в мегаполисе и в малом городе

2). Подобрать диагностический инструментарий.

3). Сформулировать выводы на основе проделанной работы.

Объект исследования – адаптация как психологический феномен.

Предмет исследования - особенности адаптации первокурсников к условиям вуза, проживающих изначально в мегаполисе и малом городе

Постановка проблемы. Исследование феномена адаптации имеет длительную историю и берет свое начало из естественных наук, таких как биология, медицина, физиология. Позднее понятие адаптации было перенесено в такие науки как психология и социология. Основоположниками разработки адаптационной проблематики принято считать Г. Селье, П.К. Анохина, Р.М. Баевского, В.П. Казначеева, М.С. Яницкого и других ученых.

Адаптация (от лат. *adaptare* – приспособлять) – в широком смысле – приспособление к изменяющимся внешним и внутренним условиям. Адаптация человека имеет два аспекта: биологический и психологический. Рассмотрим психологический аспект. Приспособление человека как личности к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и с собственными потребностями, мотивами и интересами (Зинченко, Мещеряков, 2008). Понятие адаптации рассматривалось в трудах отечественных и зарубежных психологов. В зарубежной психологии распространение получило необихевиористское определение адаптации, которое использовал в своих работах Г.Айзенк. Адаптацию он определяет двояко: 1) как состояние, в котором потребности индивида, с одной стороны, и требования среды - с другой полностью удовлетворены. Это состояние гармонии между индивидом и природной или социальной средой; 2) процесс, посредством которого это гармоничное состояние достигается. Адаптация как процесс принимает форму изменения среды и изменений в организме путем применения действий (реакций, ответов), соответствующих данной ситуации.

По мнению С.И. Степановой, именно адаптация лежит в основе качественной стабильности целостного и в то же время противоречивого жизненного процесса (Степанова, 1996).

В рамках психоаналитического направления адаптация трактуется как результат, выражающийся в гомеостатическом равновесии личности с требованиями внешнего окружения. Содержание процесса адаптации описывается обобщенной формулой: конфликт – тревога – защитные реакции (З. Фрейд, Э. Эриксон). При данной подходе степень адаптированности личности определяется ее эмоциональным самочувствием (Реан, 2006).

Определения психологической адаптации достаточно разнообразны и противоречивы. Акцентируется внимание на различных сторонах изучаемого явления.

Адаптация студентов представляет собой процесс вхождения личности в совокупность ролей и форм деятельности в вузе, процесс содержательного и творческого приспособления индивида к особенностям избранной им профессии и специальности с помощью учебного процесса (Карпов, 2003).

Адаптация студентов первого курса традиционно рассматривается в трех аспектах, которые отражают основные направления деятельности студентов. К ним относятся:

- адаптация к условиям учебной деятельности;
- адаптация к будущей профессии;
- адаптация к группе/к сокурсникам.

Этапы адаптации студентов к вузу описаны в работах Б.А. Бенедиктова, А.А. Деркача, А.Г. Смирнова, М.И. Дьяченко.

На начальном этапе вузовской адаптации в связи с освоением студентами новой информации претерпевают изменения их представления о предстоящей деятельности и об особенностях новой социальной среды. Затем изменяется самооценка и уровень притязаний личности. Далее на основе новых представлений о деятельности и среде перестраивается или подстраивается структура опыта. Корректируется направленность личности на себя, свою деятельность и свое социальное окружение (Моисеева, 2007).

Говоря об адаптации студентов первого курса важно знать психологические особенности данного возраста. Возрастную периодизацию описывает в своих работах И. Конн. В своей книге он отмечает, что юность — период завершения физического созревания человека, бурного роста его самосознания, формирования мировоззрения, выбора профессии и начала вступления во взрослую жизнь. Одна из главных тенденций данного возраста — переориентация юноши с родителей, учителей и вообще старших на ровесников, более или менее равных себе по положению. Также характерная черта юношеского возраста — формирование жизненных планов. С одной стороны, жизненный план возникает в результате обобщения и укрупнения целей, которые ставит перед собой личность. С другой стороны, идет процесс конкретизации и дифференциации целей и мотивов (Кон, 1979).

Говоря об адаптации студентов первого курса немаловажными вопросами представляются: Как адаптируются первокурсники, проживающие до момента поступления в вуз в мегаполисе и малом городе? Какие различия между ними? Кто адаптируется более благополучно?

Город – сложная, динамическая система, которая является социальной общностью с особенностями своего формирования, развития и функционирования, многообразными связями с внешней средой, в которой взаимосвязано проявляются экологические, социальные, демографические, правовые, этнические отношения в жизнедеятельности популяции человека (Архипов, 1994). Тем самым миграция населения вызвана стремлением получить качественное образование.

Вопросом особенностей социокультурной идентичности студентов малого города и мегаполиса занимались Л.Д. Махлин, В.А. Шкуратов, В.Б. Чупина, Ю.В. Живаева. В своих работах они отмечают, что для студентов малого города в большей степени важны такие стороны их взаимодействия с окружающей реальностью как: семья, окружающие, их материальное положение и внутренний мир. Для них очень важно, чтобы в семье были благополучные взаимоотношения, будь то с родителями, либо студенты уже состоят в браке и говорят о своем супруге, как о самом значимом в жизни. Они ценят отношения с окружающими, очень важно мнение окружения и то, какое место они занимают в данной группе. Кроме этого важно материальное положение, они озабочены вопросом улучшения дохода и считают это значимым. Исследуемые обращаются к своему внутреннему миру и для них значимо состояние гармонии в нем (Живаева, 2014). Анализируя позиции ранжирования исследуемых мегаполиса, Ю.В. Живаева отмечает, что для них важными аспектами в жизни является то, какое место они занимают в обществе, каково их материальное положение, как они себя видят в будущем и им важно быть в гармонии с собой. Они в большей степени адаптированы к реальности социального мира, осознают, что для ощущения успешности и повышения самооценки важны как личностные качества, так и объективные показатели социальной позиции. Также студентам свойственно увеличение осознанности представлений о себе и своем будущем, повышение эмоциональной насыщенности этих представлений, расширение их круга, студенты нацелены на будущее. Им важно, какое материальное положение у них сейчас и то, каким способом они могут его улучшить. Студентам, обучающимся в мегаполисе важно быть в гармонии с собой. Во внутреннем мире формируются представления и мысленные образы, среди которых за счёт самосознания может быть и образ самого внутреннего мира (Живаева, 2014).

В своих исследованиях Ю.В.Живаева, В.Б. Чупина отмечают, что многие исследователи, такие как Л.Д. Махлин, В.А. Шкуратов и др., указывают

на различие в ценностных ориентациях, мышлении, поведении жителей мегаполиса и малого города. Рождаясь и воспитываясь в определенной культурной среде, каждый человек усваивает принятые в ней нормы. В результате его действия оказываются в значительной мере обусловленными ими. Он реализует в своих действиях и в своем жизненном пути, предписанные ему культурой программы поведения, часто даже не осознавая этого (Чупина, 2004). Исходя из этого у студентов, которые приехали из различных регионов, маленьких городов возникает комплекс проблем социально-психологического плана.

Важно ввести понятие социально-психологическая адаптация – это вхождение человека в систему внутригрупповых отношений и приспособление к этим отношениям, выработка образцов мышления и поведения, которые отражают систему ценностей и норм данной группы, приобретение, закрепление и развитие умений и навыков межличностного общения в этой группе (Березин, 1988).

Список литературы

1. Архипов А.И., Городецкий А., Михайлов Б. Экономическая безопасность: оценки, проблемы, способы достижения // Вопросы экономики. 1994. № 12. С. 39-43
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.
3. Большой психологический словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. 4-е изд., расш. М.: АСТ ; СПб. : Прайм-Евразнак, 2009. 811 с.
4. Живаева Ю.В. Социокультурная идентичность как фактор устойчивости жизненного мира человека: дис. ... канд. психол. наук. Красноярск, 2014. 213 с.
5. Карпов А.В., Орел В.Е., Тернопол В.Я. Психология профессиональной адаптации: монография. Ярославль: Институт «Открытое общество», РПО, 2003. 161с.
6. Кон И.С. Психология юношеского возраста: (Проблемы формирования личности): учебное пособие для студентов пед. ин-тов. М.: Просвещение, 1979. 175 с.
7. Моисеева Л.А., Жихарева А.А. Комплексная характеристика социализации и адаптации в процессе обучения первокурсников ССУЗов // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2007. № 2. С. 188-192.
8. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. СПб.: Прайм-Евразнак, 2006. 479 с.
9. Степанова С.И. Биоритмологические аспекты адаптации. М.: Наука, 1986. 244 с.
10. Чупина В.Б. Влияние социокультурного фактора на самооценку и потенциал самореализации молодых преподавателей ВУЗа: дис. ... канд. психол. наук. Барнаул, 2004. 163 с.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ЕГО ЗНАЧИМОСТЬ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТАНОВЛЕНИИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ- ПСИХОЛОГОВ

Ю.В. Бекиров, О.В. Волкова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В данной статье представлен теоретико-методологический анализ исследований по вопросу изучения эмоционального интеллекта: представления, составляющие теории, подходы к развитию и пониманию. Данная статья представляет собой обобщение ряда современных научных изыскания. Эмоциональный интеллект – характеристика, которая позволяет человеку лучше понять другого человека, а также самого себя. Она несёт в себе значимую часть для взаимодействия с социумом и раскрытия индивидуальности, является очень значимой чертой для будущих специалистов в области психологии, так как отражает значимые черты личности – понимание, выражение и принятие эмоций. Так же, существует несколько теорий говорящих о связях эмоционального интеллекта с возникновением психосоматических заболеваний и эмоционального выгорания.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, психология, развитие эмоционального интеллекта, эмоциональный интеллект для специалистов-психологов и студентов.

Актуальность. На современном этапе становления психологической науки вопрос изучения эмоционального интеллекта становится все более значимым в свете актуализации повышения уровня психологического здоровья и психологической осведомлённости населения. Тема эмоционального интеллекта, в данный момент, широко и быстро развивается, при этом оставаясь до конца не изученной. Существует обширное количество исследований и теорий эмоционального интеллекта, что подразумевает собой наличие некоторых различий в концепциях и теориях, но все они схожи в том, что эмоциональный интеллект – характеристика, имеющая большое значение для специалистов и в целом для понимания поведения человека (Алимбаева, 2017).

Если говорить о значимости эмоционального интеллекта, для специалиста психолога или клинического психолога, то данный показатель является очень весомым и может отражать уровень понимания эмоций, как клиента - для того чтобы лучше проанализировать и скорректировать

полученную ситуацию, так и для себя, как специалиста - для того, чтобы иметь возможность: понимать эмоции клиента, сопоставлять пережитую ситуацию и чувства клиента, абстрагироваться от нежелательного переноса чувств или проекции, а так же использовать различные методики отражения эмоций клиенту.

Так же нельзя исключать психосоматические заболевания, здесь, эмоциональный интеллект является практически самым важным показателем, для выявления и коррекции. Ведь если психолог или клинический психолог не может грамотно распознавать эмоции, он остается, вооружён одними «сухими и голыми» данными, собранными с помощью анамнеза и различных тестовых методик.

Постановка проблемы. Эмоциональный интеллект является важной характеристикой, как для состоявшегося специалиста, так и для студента психолога. В данной сфере до сих пор ведутся споры и некоторые понятия остаются неоднозначными.

Методы и материалы. Теоретико-методологический анализ литературы, обобщение теоретических знаний.

Результаты и их обсуждение. В современных психологических исследованиях проблема эмоционального интеллекта и его развития представлена в достаточно широком ключе. Множество учёных и исследователей, таких как Д. Карузо, Р. Барон, Д. Гоулмен, Д. Люсин, изучали данный вопрос. Но первой публикацией стала работа Дж. Мейера и П. Сэловея.

Основное понимание сущности изучаемого феномена определяется как способность воспринимать и выражать эмоции, ассимилировать эмоции и мысли, понимать и объяснять эмоции, а также регулировать эмоции (свои собственные и других людей) (Алимбаева, 2017).

Эмоциональный интеллект не является врожденной способностью, а формируется в различных возрастных периодах под определенным воздействием. Развитый эмоциональный интеллект является фактором успешности, во многих видах деятельности, а развитие эмоционального интеллекта позволяет позитивно влиять на межличностные отношения.

Первичная модель эмоционального интеллекта выглядела таким образом:

1. Способность к идентификации и выражению эмоций. Включает в себя:

- свои эмоции, которые, в свою очередь, состоят из: вербального компонента, невербального компонента;
- чужие эмоции, которые состоят из: невербальных компонентов восприятия, эмпатии.

2. Регуляция эмоций. Включает в себя:

- регуляцию своих эмоций;
- регуляцию чужих эмоций.

Использование эмоциональной информации в мышлении и деятельно-

сти, содержит: гибкое планирование, творческое мышление, перенаправленное внимание, мотивацию.

Позднее она была модифицирована. На данный момент выделяют три основных подхода объясняющие эмоциональный интеллект.

1. Основой первого подхода послужила теория личности. Сторонники данного подхода ориентируются, в основном, на мотивационные доминанты, уровень самооценки, личностные особенности, потребности в удовольствии и достижениях и т.д.

2. Второй же подход имеет основу в виде теории способностей и определяет эмоциональный интеллект, как совокупность навыков и умений.

3. Третий подход основан на смешанных позициях, представляет собой синтез двух первых теорий, рассматривает эмоциональный интеллект в виде врождённых, личностных качеств и особенностей, а так же подразумевает возможность развития в виде жизненного опыта.

Наибольшее распространение в практике получила модель эмоционального интеллекта Д. Люсина. Данная модель предполагает понимание эмоционального интеллекта, как способность понимать и управлять чувствами, как своими, так и других людей.

Рассматривая модель Э.Л. Носенко и Н.В. Ковриги, можно выделить, что эмоциональный интеллект, содержит в себе такие качества личности, как открытость, эмоциональная устойчивость, повышенная мотивация к общению (экстраверсия), дружелюбность, добросовестность (Базарсадаева, 2013).

На данный момент есть несколько основных подходов к пониманию эмоционального интеллекта.

Одна из них – это теория эмоционально-интеллектуальных способностей Дж. Майера, П. Сэловея, Д. Карузо. Вторая – это не когнитивная теория эмоционального интеллекта Р. Бар-Она. Третья теория – эмоциональной компетентности Д. Гоулмена. И двухкомпонентная теория эмоционального интеллекта Д. Люсина.

Есть расхожее мнение, что эмоциональный интеллект – это способ достичь невиданных высот в различных сферах. Дж.Майер же, считал, что эмоциональный интеллект играет значительную роль лишь в 1-25% случаев.

Но также, стоит учитывать то, что большинство моделей ЭИ критикуются, за счёт достаточного добавления в них произвольных компонентов (Алимбаева, 2017).

Вышеперечисленное говорит о том, что, несмотря на обширное количество теорий, и исследований, тема эмоционального интеллекта остаётся до конца не изученной и открытой.

Такая специальность как психология тесно связана с эмоциональной сферой человека. Таким образом, важными профессиональными качествами психолога и клинического психолога являются: Эмпатия, креативность, стремление к самопониманию и самопознанию.

Студент впервые сталкивается со многими видами деятельности, являющимися компонентами его будущей профессии, на этапе обучения, поэтому необходимо уделять особое внимание различным психолого-педагогическим формам воздействия в общении с будущими специалистами в соответствии с данным этапом.

Таким образом, вероятен следующий план действий в контексте психологического сопровождения. Необходимо определение основного содержания психолого-педагогического сопровождения обучаемых. Системообразующим компонентом данного сопровождения может выступать программа психолого-педагогического развития эмоционального интеллекта будущих специалистов социальной сферы.

Профессиональная компетентность проявляется в личностно ориентированной деятельности, эффективность которой зависит не только от знаний специалиста, но и от овладения специалистом приемами данной деятельности. Она обусловлена также личностными особенностями – устойчивой системой отношений к окружающему миру и самому себе, необходимым уровнем развития эмоционального интеллекта (Данелян, 2015).

Однако высокий уровень EQ сам по себе может и не являться надежным предсказателем успешности в работе, но он служит основой для компетенций, которые необходимы для успеха.

Ведь профессионализм – это всего лишь один из компонентов компетентности. В то время как под «компетентностью» понимается интегрированная характеристика качеств личности, результат подготовки специалиста для выполнения деятельности в определённых областях (Защиринская, 2009; Мусаелян, 2017).

Стоит учесть, что вышеперечисленные качества являются основополагающими, для взаимодействия с личностью, соответственно если они будут на низком уровне, то качество работы специалиста может иметь низкий показатель.

Так же стоит принять во внимание исследования обосновывающие значимость эмоционального интеллекта в успешной жизнедеятельности специалистов гуманитарных профессий и человека в целом. В них говорится о том, что эмоциональный интеллект несёт в себе адаптивную и защитную функции.

Если говорить конкретно, то высокий показатель общего эмоционального интеллекта минимизирует риск возникновения синдрома «Эмоционального выгорания». А так же минимизирует возникновение различных психосоматических заболеваний, так как позволяет переработать полученные эмоции и адекватно оценить их.

Существует мнение, что развитый эмоциональный интеллект позволяет за массой негативных эмоций увидеть их причину, что приводит к детальному анализу ситуации, а в последующем и разумному реагированию на неё. Данное мнение позволяет создать тренинговую

программу по работе с жизненными ситуациями, на основе эмоционального интеллекта.

Если говорить о возможности коррекции, то у учёных есть два мнения:

Одно из них – невозможность коррекции как таковой, так как это устойчивый компонент, но с возможностью обучения.

Другие же, считают, что эмоциональный интеллект можно развивать. Аргументом в пользу этой позиции служит тот факт, что нервные пути мозга продолжают развиваться вплоть до середины человеческой жизни.

Последние исследования психологов и нейробиологов доказывают, что каждый из нас способен улучшить свой эмоциональный интеллект (Мусаелян, 2017).

Вывод. Современные исследования дают основание для вывода о том, что общепринятого определения эмоционального интеллекта, кроме самых первых, базовых не существует. В новых описаниях эмоционального интеллекта, часто добавляется одна или несколько характеристик, помимо основных, базовых. Так же говорить о возможности коррекции однозначно нельзя, но есть однозначное мнение, что данная характеристика развивается в течении жизни и с получением опыта.

Всё вышеперечисленное говорит о том, что эмоциональный интеллект несомненно важен для специалистов психологов, как характеристика собственной личности, так и как характеристика личности клиента.

Так же, важно рассматривать эмоциональный интеллект не только в практическом применении, как характеристику конкретной личности в конкретной ситуации, но и в теоретическом аспекте, как предмет изучения и характеристику в целом.

Список литературы

1. Алимбаева Р.Т., Есназарова Л.У. Теоретические аспекты эмоционального интеллекта // Психологические науки. 2017. № 3. С. 242-243.
2. Базарсадаева, Э.Ж. К вопросу об истории изучения эмоционального интеллекта // Вестник БГУ. 2013. № 5. С. 24-30.
3. Брель Е.Ю., Стоянова И.Я. Характеристики алекситимии в контексте психического здоровья // Вестник Кемеровского государственного университета. 2018. № 1 (73). С. 102-108.
4. Волкова О.В. Интегративный подход к изучению выученной беспомощности детей // Сибирский психологический журнал. 2014. № 54. С. 126-145.
5. Данелян П.А. Взаимосвязь эмоционального интеллекта и саморегуляция поведения // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015. Спецвып. Ч. 1. С. 84-87.
6. Защиринская О.В., Горбунов И.А. Эмоции в контексте невербальной коммуникации нормально развивающихся подростков и их сверстников с нарушением интеллекта // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. 2009. № 3-2. С. 174-185.

7. Мусаелян С.С. Связь эмоционального интеллекта и применения защитных механизмов при психосоматических нарушениях сердечно-сосудистой системы // Academy. 2017. № 9 (24). С. 49-50.

8. Первичко Е.И. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж. Гросса и культурно-деятельностный подход // Национальный психологический журнал. 2014. № 4 (16). С.13-15.

9. Черниговская Т.В., Шелепин Е.Ю., Защирина О.В., Николаева Е.И., Алексеева С.В., Доброго А.С., Жукова О.В., Петрова Т.Е., Подвигина Д.Н., Прокопья В.К., Риехакайнен Е.И., Чернова Д.А., Шелепин Ю.Е. Психофизиологические и нейролингвистические аспекты процесса распознавания вербальных и невербальных паттернов коммуникации. СПб. : ВВМ, 2016. 202 с.

10. Tabakova V.P., Kurdyuk T.A. Intellect or emotional intelligence: which coefficient determines success in our life? // European Science. 2017. № 10. P. 57-58.

11. Zsila Á. Aggression and emotional intelligence: a study on a sample of otaku // Medical Psychology in Russia. 2015. № 4. P. 1-5.

УДК 159.99

ПРОБЛЕМА ФЕНОМЕНА ПЕРЕЖИВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАНИЯ БУДУЩЕГО В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В.Ю. Бенькова

*Национальный исследовательский Томский государственный университет,
г. Томск, Россия*

Аннотация. В статье представлены основные методологические вопросы психологии переживания. Выделены особенности переживания будущего в подростковом возрасте. Показана значимость изучения картины будущего подростка для его психологического благополучия.

Ключевые слова: позитивная психология, психологическое благополучие, феномен переживания, подростковый возраст, переживание будущего, образ будущего, подростковый кризис.

Актуальность. На современном этапе развития общества все более актуальной становится проблема психологического благополучия человека, повышение качества его жизни. Все более широкое распространение получает позитивная психология, в рамках которой наиболее известны исследования психологического благополучия, качества жизни и счастья Э. Динера, К. Питерсена, К. Шелдона, М. Селигмана, К. Рифф, М. Чиксентмихайи 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.). Активно разрабатывается ряд подходов к пониманию психологического благополучия, основанных на различных представлениях о благе, жизненных добродетелях, здоровом обществе.

Статистика свидетельствует о ежегодном росте подростковой преступности, склонности несовершеннолетних к употреблению психоактивных веществ и другим видам отклоняющегося поведения (Орешкина, 2014). Это вызывает беспокойство и побуждает к поиску факторов, провоцирующих подобное поведение, формирующих установки на него и ресурсов, которые могли бы стать опорой в построении благополучной стратегии поведения. Поэтому сегодня как нельзя актуален вопрос изучения, профилактики и коррекции психологического неблагополучия как проявления девиаций поведения среди подростков.

Постановка проблемы. Существует множество противоречивых, не всегда полных определений понятия «переживание», акцентирующих внимание на том или ином их аспекте, отделяющих, не отделяющих или вообще не связывающих переживания с эмоциональными процессами. Это, по всей видимости, связано не столько с противоречивостью понятия, сколько с различием в задачах, для решения которых было введено понятие.

Так, Л.С. Выготский определял переживание как «особую интегральную единицу сознания» и считал, что оно является действительной динамической единицей сознания.

Можно сказать, что работы Л.С. Выготского открыли новую страницу в исследовании категории переживания (Выготский, 1983).

С.Л. Рубинштейн писал, что «сознание человека включает... не только знание, но и переживание того, что в мире значимо для человека...». Он акцентировал внимание на необходимости включения в контекст идеи единства аффекта и интеллекта, причем особо подчеркивал сопряженность переживания с конфликтными ситуациями, через которые проходит история индивида.

Психический факт – «это и кусок реальной действительности, и отражение недействительности», это единство реального и идеального. Переживание это первично, «прежде всего – психический факт как кусок собственной жизни индивида в плоти и крови его» (Рубинштейн С., 1998, с. 11).

Проблема переживания была одной из центральных и в трудах Б.М. Теплова. Однако для него в подходе к ее решению ведущими стали не философские, но эстетические концепции, так же, как и во взглядах гештальтпсихологов и в теории одаренности (Теплов, 1998). Понятие «переживание» представлено у Теплова как феномен культуры, его развитие детерминировано ценностями культуры и соединяет в себе эмоции и смыслы. Можно сказать, что Теплов также объединяет в переживании аффект и интеллект, но в ином, по сравнению с Выготским, контексте – как единство эмоций и интеллекта в отношении к смыслам и ценностям культуры.

А.Н. Леонтьев полагал, что реальная функция переживаний состоит в том, что они сигнализируют о личностном смысле бытия (Леонтьев, 1928).

Основная тенденция в определении места, роли, функций, положения переживания в психике человека в традициях отечественной психологии закономерно связана с сознанием.

Так, Е.П. Ильин пишет: «Ясно, что переживание связано с сознанием и является отражением в сознании ощущений и впечатлений» (Ильин, 2007).

К.К. Платонов (1972) определяет переживание как «атрибут акта сознания, не содержащий образ отражаемого и проявляющийся в форме удовольствия или неудовольствия (страдания), напряжения или разрешения, возбуждения или успокоения». Уже определение К.К. Платонова содержит вторую сторону понимания категории переживания, а именно как конструкта, относящегося к категории эмоциональных явлений [12].

А.Ф. Корниенко представляет переживание «как отражение значимости осознаваемого», по его мнению, результатом эмоционального процесса является возникновение в психике образа, но в отличие от когнитивных процессов, содержанием этого образа будет не объективное свойство объекта или явления действительности, а его субъективная значимость (Корниенко, 2009).

Значимое место в исследовании психологии переживания составляет концепция переживания Ф. Е. Василюка, который определяет его как любое испытываемое субъектом эмоционально окрашенное состояние и явление действительности, непосредственно представленное в его сознании и выступающее для него как событие его собственной жизни.

Но только лишь эмоциональная составляющая не достаточна для анализа события как пережитого, т.е. для формирования процесса переживания.

Переживание выступает особым, субъективным, пристрастным отражением, причем отражением не окружающего предметного мира самого по себе, а мира, взятого в отношении к субъекту, с точки зрения предоставляемых им (миром) возможностей удовлетворения актуальных мотивов и потребностей субъекта. Переживание здесь мыслится как отражение и представляет собой переживание созерцание. Наряду с ним существует и переживание – деятельность (Василюк, 1984).

Проанализировав представления о природе переживания, можно увидеть противоречие: переживание одновременно и акт сознания, и эмоциональный процесс. Но если считать эмоциональные проявления и проявления сознания равноуровневыми процессами, относящимися к различным уровням психической иерархии, то можно заметить явную противоречивость научных позиций.

Например, определение, данное А.Ф. Корниенко, говорящее нам о том, что переживание является результатом эмоционального процесса в виде образа значимого в сознании человека, наводит на вопрос: действительно

ли образ значимого может входить в классификацию видов эмоциональных процессов?

Вслед за Ф.Е. Василюком мы считаем, что переживание является атрибутом, режимом, аспектом, частью, единицей, функцией сознания, сознательных явлений, но связано именно с его рефлексивной частью.

Тем не менее, на данный момент в психологии существует некоторая недифференцированность понятий «эмоция», «переживание» и «психическое состояние».

Известно, что подростковый период представляет собой значительную перестройку ранее сложившихся психологических структур и возникновение новых, где ведущими будут закономерности, связанные с индивидуальным формированием психики человека, и часто связывается с трудноразрешаемым кризисом (Мухина, 1995).

Обращаясь к трудам по психологии развития Л.С. Выготского вспомним, что центральным и специфическим новообразованием отрочества является чувство взрослости – возникающее представление о себе как уже не ребенке (Выготский, 1983).

Под влиянием социальных и биологических преобразований перестраивается и внутренний мир подростка (Л.С. Выготский, И.С. Кон, А.Н. Леонтьев, Л.И. Божович, Н.М. Неймерк, К.Н. Поливанова и др.), особенно интенсивно происходит формирование системы внутренне согласованных представлений о себе, «Образа-Я», «Я-концепции».

Подросток стремится стать независимым от родителей, самостоятельно строить жизненные планы. В данном возрасте происходит освоение перспективного планирования, важным умением в котором является разделение мечты и плана будущей жизни.

Происходит дифференциация жизненного пространства: подросток начинает отделять область ирреального от реального. Тем самым он создает модель успешного планирования: его построение основывается на ценностях, интересах, склонностях человека, соотносимых с требованиями окружающей действительности.

В подростковом возрасте происходит и изменение временной перспективы как выделяемого в сознании плана представлений о будущей жизни. И с этой точки зрения, следует рассмотреть понятие временной перспективы: это фундаментальный и неосознаваемый процесс, с помощью которого общественный и индивидуальный опыт соотносится с временными категориями, что позволяет придать смысл и связанность прожитому опыту. Предпочтение определенной временной ориентации определяется множеством факторов, в т. ч. и влиянием социальной среды и возрастом, т. е. особенностями процесса социализации.

В то же время в современных исследованиях отмечается, что способность к осмысленному созданию временной перспективы несколько снижается. Подросткам становится более важно настоящее – как мера

реализации актуальных потребностей. Они становятся все более импульсивными, ориентированы на внешнее, а не на внутреннее содержание (Орешкина, 2014).

Исследователями было также выявлено, что у подростков снижается мотивация к учебной деятельности и учебный мотив перестает быть отдельно выделенным и встраивается в систему жизненных перспектив.

И с этой позиции, по нашему мнению, особенно важно включение подростка в социальную среду, в систему социальных отношений, где происходит предпочтение определенной временной перспективы, что связано с особенностями становления личности, определяющими устойчивость психического состояния. А это в свою очередь влияет на выбор ценностей, нравственных норм и является содержанием процесса социализации подростка. Данный процесс имеет сложную организацию, и его протекание в подростковом возрасте представляет особенный интерес для исследования, т.к. происходит на фоне субъективных переживаний подростка, связанных с особенностями его развития, а также объективных макросоциальных процессов.

Формирование временных переживаний тесно связано как с умственным развитием, так и с изменением жизненной перспективы подростка (Кон, 1979). По словам О.В. Беляевой, восприятие времени подростком еще остается дискретным и ограничено непосредственным прошлым и настоящим, а будущее кажется ему почти буквальным продолжением настоящего. В отношении к своему прошлому у подростка начинает доминировать оценочный, обобщенный подход, происходит также расширение временной перспективы в сторону отдаленного будущего (Беляева, 2004).

Как известно, подростковый возраст выступает «сензитивным» периодом в формировании ценностно-смысловой сферы, т.к. именно в нем личность в силу процессов эмансипации осуществляет постепенный переход от ценностных принципов, транслируемых значимыми взрослыми, к самостоятельной системе ценностей, которая зачастую складывается под влиянием референтных групп сверстников.

Особое значение приобретает изучение переживаний, связанных с будущим, в подростковом возрасте, когда у ребенка еще мало жизненного опыта и знаний.

Мы считаем, что наличие у подростка поставленных целей на будущее может служить фактором, повышающим как уровень его субъективного благополучия, так и удовлетворенность жизнью в целом. Важно отметить, что на удовлетворенность влияет также и эмоциональное состояние в результате их достижения. Однако выявлено, что ощущение прикладываемых для достижения сил должно быть пропорционально задаче, которую выполняет человек. При затрачивании слишком больших энергетических усилий достижение цели не приносит должной удовлетворенности, понижается мотивация к деятельности, снижается уровень притязаний

(Константиновский, 2008). При отсутствии жизненных целей и смыслов у человека могут возникать переживания экзистенциального кризиса, что в свою очередь также отражается на уровне удовлетворенности жизнью. При его снижении могут возникать ощущения обесценивания собственной жизни, чувство вины, остро встают проблемы свободы и ответственности (Корниенко, 2009).

Вывод. Таким образом, подростковый возраст – важный эмоционально насыщенный, переходный период между детством и осознанной взрослой жизни, в этом возрасте человек начинает искать себя, любимое дело стремиться определить свое место в этом мире.

Так вслед за Б.В. Зейгарник и Н.Н. Толстых мы предполагаем, что структурированная, глубоко проработанная картина будущего у подростков может в дальнейшем стать ресурсом, который будет сопутствовать благополучному развитию личности и станет залогом психологического благополучия.

Список литературы

1. Беляева О.В. Эмпирическое исследование роли переживаний в развитии структуры личностной идентичности подростков // Категория переживания в философии и психологии: монография. М., 2004. С. 342–378.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Проблемы развития психики. М. : Педагогика, 1983. 368 с.
4. Ильин Е.П. Переживание как импрессионный компонент эмоционального реагирования. Эмоции и чувств. 2-е изд. СПб. : Питер, 2007. 784 с.
5. Кон И.С. Психология юношеского возраста (проблемы формирования личности). М., 1979. 342 с.
6. Константиновский Д.Л. Неравенство и образование: опыт социологических исследований жизненного старта российской молодежи. М. : Центр социального прогнозирования, 2008. 552 с.
7. Корниенко А.Ф. Психика и психические процессы: единая система психологических понятий общей психологии // Российский научный журнал. 2009. № 4 (11). С. 78-89.
8. Левин К. Динамическая психология: Избранные труд. М. : Смысл, 2001. 231 с.
9. Леонтьев А. Н. Рецензия на кн.: Басов М. Я. Общие основы педологии. М., 1928.
10. Мухина В. С. Возрастная психология (от рождения до старости). М., 1995.
11. Орешкина А. С. Особенности смысловой сферы личности и отношение к жизни и смерти у суицидентов юношеского возраста. Текст: электронный // Психология, социология и педагогика. 2014. № 5. URL: <http://psychology.snauka.ru/2014/05/3050> (дата обращения: 08.02.2019).
12. Платонов К.К. Психология религии : факты и мысли. М. : Политиздат, 1967. 240 с.
13. Теплов Б.М. Избранные психологические труды. Воронеж: МОДЕК, 1998. 544 с.
14. Толстых Н.Н. Жизненные планы подростков и юношей // Вопросы психологии. 1984. № 3. С. 79-87.

АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ «ЛИЧНОСТЬ» В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИИ И ФИЛОСОФИИ

А.С. Бельков, Л.С. Гавриленко

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье автор анализирует понятие «личность» и его применение в психологии, рассматривается идентичность человека в психологическом аспекте.

Ключевые слова: личность, субъективность, идентичность, тождество, идентификация, персонализм, психология, философия.

Актуальность. Сложности с определением понятия «личность» на протяжении долгих лет занимает одно из центральных мест в научном дискурсе. Данный феномен выступает предметом исследования в рамках различных наук, прежде всего, таких как психология, философия, социология, культурология.

Все больше мыслителей в области гуманитарных наук приходят к выводу о бесперспективности и неправомерности обозначенных вариантов понятия «личность» и его применения в психологической практике, что заставляет пересмотреть ряд фундаментальных положений психологической науки, ранее считавшихся бесспорными.

Постановка проблемы. Данная проблема заключается в том, что самоидентификация человека (личностный аспект) относится к одной из главных проблем в современном обществе, в конце XX – начале XXI в. столкнувшемся с неизбежностью и остротой их решения в глобальном масштабе. В этих условиях проблему самоидентификации личности в культуре невозможно рассматривать вне вопроса о самом понятии «личность».

Методы и материалы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: теоретический анализ источников, анализ, синтез, реферирование, составление библиографии по проблеме исследования.

На данный момент в психологическом дискурсе конкурируют до двухсот различных школ и концепций. Соответственно, перед психологами возник выбор: либо строить свою профессиональную идентичность вокруг одной концепции, либо пытаться интегрировать все известные подходы к личности через нахождение общих положений. Результат того или иного выбора одинаково давал уверенность в том, что полученные знания и навыки приближают к подлинной (глубинной, объективной) природе психики человека; и эта уверенность позволяла объяснять наблюдаемые процессы, ставить оценки, диагнозы и, самое главное, осуществлять

психологическую коррекцию, консультирование, психотерапию. Однако психолог, сделавший первый выбор, с необходимостью замыкается на защите своих позиций и остается глух к возникающим контраргументам. В случае второго выбора в результате возникают отпугивающие своей громоздкостью и нечувствительные к противоречиям интегративные построения. Дело в том, что эти две обсуждаемые альтернативы при всем их различии лежат в русле традиции, идущей от эпохи Просвещения, для которой характерна вера в возможность достижения устойчивых, непротиворечивых оснований знания, убежденность в том, что с помощью методов научного познания «объективной реальности» можно обнаружить и овладеть единой истиной.

Итак, уже сама ситуация наличия большого количества конкурирующих концепций личности, предпочтение которых определяется скорее модой, нежели методологической истинностью, свидетельствует об исчерпанности самой постановки вопроса о поиске наиболее правильного понимания субъекта, его «внутреннего содержания», его «должного» поведения. М. Фуко в работе «Слова и вещи. Археология гуманитарных наук» исследовал культурно-историческую обусловленность используемых метафор человека, он показал, что используемые модели-метафоры конструируют образ человека, становящийся предметом гуманитарных наук. «Сначала царит биологическая модель (человек, его душа, группа и общество существуют как живые существа и лишь постольку, поскольку они живут, способ их бытия считается органическим и исследуется в терминах органических функций), далее наступает царство экономической модели (человек и его деятельность арена конфликтов с их более или менее успешным разрешением)», следует добавить, что человек и общество «конструируется» в терминах производства, строительной и разрушительной деятельности, затем «наступает царство филологической модели (когда речь идет о том, чтобы проинтерпретировать и открыть некий скрытый смысл) и лингвистической модели (когда речь идет о том, чтобы структурировать и выявить означающую систему)» (Фуко, 1997). В завершении «Слов и вещей» М. Фуко выдвинул тезис о «смерти человека», который можно понять, что образ субъекта начинает распадаться уже потому, что аксиомы различных концепций, описывающих человека, принадлежат к разным познавательным метафорам. «Психология как познание личности человека не может рассматриваться с исторической точки зрения отдельно от форм суждений, выносимых общественным сознанием» (Фуко, 1997). Следует понимать, что понятие «субъект» выступает синонимом понятия «личность», так как личность является совокупностью неисчисляемых внешних предикатов и непознаваемых внутренних, что присуще и субъекту. Самыми известными трактовками человеческой субъектности в европейской культурной традиции (начиная с эпохи Просвещения) являются:

1) трактовка человека Ж-Ж. Руссо, питающая миф о «благородном дикаре», не затронутого тлетворным влиянием цивилизации, оправдывающая поиски «утраченного рая» и «первобытной мудрости»;

2) трактовка субъектности, идущая от Г.В. Гегеля, характеризующая человеческий путь как «жизненную нить», связывающую воедино прошлое, настоящее и будущее. Эта «нить» имеет смыслозаданную направленность на предельную цель (стремление найти смысл жизни, обрести свою «самость», достичь личностной идентичности и т.п.);

3) трактовка субъектности, постулирующая непрерывную борьбу человека за достижение внутреннего единства, гармонии, предписывающая разрешение внутренних конфликтов и обретение единства с окружающим миром.

Само появление психологии как науки в середине XIX в. было необходимым следствием вышеописанных трактовок субъектности. Таким образом, предметом психологии становится сформированный культурой образ человеческой субъектности, проинтерпретированный как внутренний психический мир человека (психическая реальность). Идея психологии как науки изначально базировалась на представлении об индивидуальном субъекте, наделенном ментальным аппаратом и внутренними психологическими механизмами. В традиционной психологии существуют два способа понимания личности, однако они имеют один корень, несмотря на декларирование их принципиальных расхождений. Первый можно обозначить как объективистский, а второй — как субъективистский. Для первого характерно понимание человека через экспериментальное изучение отдельных его составляющих (эмоции, потребности, поведения, чувства и т.п.). Такой образ человека предлагают когнитивные и бихевиористские построения. Человек в них является объектом приложения внешних сил.

Второй подход основывается на постулировании изначальной «уникальности личности», ее «свободы», «ответственности» и «права на выбор». Эти принципы получили развитие в экзистенциально-гуманистических концепциях, для которых были характерны природные, растительные и другие органические метафоры («потоки сознания», «личностный рост»), а также онтологизация эмоциональных состояний как неких сущностей (бытийные: «страх», «тревога»). Особый интерес для анализа понятия «личность» психологии представляет вопрос о том, как сконструированы предшествующие образы личности, какую историческую и культурную реальность они призваны воспроизвести. Каждый образ личности отсылает нас к соответствующей культурно-исторической ситуации. Подобный анализ позволяет понять то, каким хотела видеть человека та или иная эпоха, каким образом она конструировала его «человеческую сущность», какие для этого использовались метафоры и словесные конструкции. Психолог, начинавший работать в категориях одной из таких

концепций, мог осмыслять личность только в заранее определенных рамках. В результате психоаналитик обнаруживал «подавленное либидо», гуманистический психолог – «аутентичное бытие», бихевиорист – «неадекватные реакции организма».

В век Просвещения Декарт утверждал «*cogito ergo sum*», подразумевающая наличие мыслящего как что-то самоочевидное, простое, не нуждающееся в рассмотрении, то сегодняшней «эгологический» подход и сама философия субъекта, восходящая к традиции Декарта, Локка, Лейбница, Канта, немецкой классической философии с ее базовыми концептами «Я» и индивидуума, не являются адекватной основой экспликации личностной идентичности. Современный персонализм, развивающийся в перспективе антропологического дискурса и диалога, особенно выделяет тот аспект, что человек может стать личностью только благодаря опыту общения с другой личностью. Согласно позиции Э. Мунье, личность принципиально неуловима и необъективируема, так как находится в постоянном движении. Существовать для нее – значит быть с другими. Личность существует только в своем устремлении к «другому», познает себя через «другого» и обретает себя, свою идентичность только в «другом». Первичный опыт личности – это опыт другой личности, который предшествует «Я» (Мунье, 1992). Личность, благодаря движению, полагающему ее как бытие, выставляет себя вовне, и, таким образом, она по сути своей коммуникативна. Когда коммуникация ослабляет свою напряженность или принимает извращенные формы, личность теряет свое глубинное «Я» (Мунье, 1992). В процессе коммуникации происходит встреча «Я» и «ты» как двух конституирующих личностей, в результате чего создается пространство диалога, которое можно назвать «мы». При этом сам диалог направляется помимо воли его участников к определенным результатам, которые не предполагались ими. В этом обнаруживается определенная общность с позицией Гадамера: «Чтобы достичь взаимопонимания в диалоге, недостаточно просто проводить свою точку зрения, но взаимопонимание, объединяя собеседников, преобразует их так, что они уже не являются более тем, чем были раньше» (Гадамер, 1988). Русский философ М. Бахтин также исходил из диалогической сущности не только общественного, но и личностного бытия, понимаемого как событие индивидов. Формирование человеческой личности и ее идентичности возможно лишь через диалогическое общение с другими самосознаниями. Развивая диалогическую концепцию природы сознания, Бахтин подвергает критике классическую модель понимания идентичности и самоидентификации личности, ориентированную на рассмотрение «Я» как трансцендентного по отношению к другим монологизированного субъекта. Мышление человека, его идеи существуют не в изолированном мире, а формируются в диало-

гическом взаимодействии с мыслями и идеями других людей и имеют интересубъективную природу. По его мнению, классическая методология понимания личности, рассматривая ее как нечто тождественное, застывшее, завершенное, не принимает во внимание принципиальной открытости, незавершенности ее существования в аспекте модальности, возможности, предполагаемого, желаемого, воображаемого, т. е. выхода за пределы наличного бытия, которое можно однозначно определить и предсказать помимо его воли (Бахтин, 1972). Бахтин считал необоснованной претензию на беспристрастное видение другого человека, поскольку никто не в состоянии занять нейтральную к «Я» или «Другому» позицию (Бахтин, 1979). «Внутреннего человека» нельзя раскрыть с позиций объективистской методологии или посредством психологической процедуры «вчувствования», «вживания» в него, поскольку здесь познающий субъект растворяется в «другом», теряет свое собственное «Я». В этом аспекте философ подчеркивал, что «чужие сознания» нельзя созерцать как объекты, и с ними можно только общаться диалогически. Думать о них – значит говорить с ними, иначе они превращаются в закрытые, завершенные образы (Бахтин, 1972).

Вывод. Любая концепция, претендующая на объяснение человеческой психики, стремится всячески скрыть свой ценностно-идеологический характер и представить себя как научно доказанную теорию. В результате образуется множество психологических концепций, предлагающих своё понимание вещей и собственные методы решения поставленных проблем. Но чем больше появляется концепций, сосуществующих вместе, тем сложнее определять и приходиться к единому пониманию вещей психологического дискурса, в данном случае – личности. В итоге, за всеми объяснениями разных психологических школ мы утрачиваем понимание термина вообще, так как не может ни синтезировать противоположные теории, ни выбрать какую-то одну из-за того, что в своём аспекте они являются верными.

Список литературы

1. Бахтин М.М. Проблемы поэтики Достоевского. М.: Художественная литература, 1972. 430 с.
2. Бахтин М.М. Автор и герой в эстетической деятельности. М., 1979.
3. Гадамер Х.-Г. Истина и метод: основы философской герменевтики. М. : Прогресс, 1988. 704 с.
4. Мунье Э. Персонализм. М.: ИНИОН, 1993. 129 с.
5. Фуко М. Слова и вещи. СПб.: А-сэд : АОЗТ «Талисман», 1994. 405 с.
6. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Унив. кн. : Рудомино, 1997. 573 с.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОХРАННО - КОНВОЙНОЙ СЛУЖБЫ

В.В. Бочаров, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Специфика правоохранительной деятельности сотрудников органов внутренних дел (ОВД), сложность условий ее осуществления, психоэмоциональные и физические перегрузки способствуют сравнительно быстрому развитию профессиональной деформации личности. Несомненно, внутриличностные изменения, происходящие с человеком, отражаются на его поступках, стиле общения, предпочтениях, поведении в целом на службе и в быту. В статье в теоретическом аспекте проанализированы исследования в области проблематики синдрома эмоционального выгорания у сотрудников охранно-конвойной службы.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, сотрудник охранно-конвойной службы, личный состав ОКС, стрессоустойчивость, профилактика.

Актуальность. Охранно-конвойная служба (ОКС) представляет собой один из видов административной деятельности органов внутренних дел, содержание которой состоит в охране и конвоировании подозреваемых и обвиняемых в совершении преступления. Охрана подозреваемых и обвиняемых состоит в обеспечении их надежной изоляции, постоянного надзора за ними с целью исключить возможность сокрытия от следствия и суда вещественных доказательств, воспрепятствовать установлению истины по уголовному делу или продолжать заниматься преступной деятельностью, а также обеспечить исполнение приговора (Бойко, 1996).

Конвоирование состоит в надежной охране подозреваемых и обвиняемых при их передвижении по территориям мест содержания под стражей либо доставлении их к месту назначения.

Профессиональная деятельность сотрудников ОКС принадлежит к разряду сложных профессий, предъявляющих очень высокие психологические и психофизические требования к сотрудникам (Васильева, 2013). По характеру своих обязанностей они чаще других контактируют с подозреваемыми и обвиняемыми в совершении преступлений. Условия, в которых работают сотрудники, характеризуются непредсказуемостью обстановки, и поэтому являются экстремальными. Высокая нервно-пси-

хическая напряженность, вызванная деятельностью по охране подследственных и подсудимых, требует не только профессиональной компетенции, но и достаточно высокого уровня эмоциональной устойчивости и физической выносливости (Крапивина, 2005).

В работе конвоира физические усилия сочетаются с ответственностью и психической напряженностью. Социальная значимость данной службы чрезвычайно высока, так как от сотрудников конвойной службы во многом зависит общественное мнение жителей города о принципах законности, равенства людей перед законом, гуманизма, уважения человеческого достоинства.

Целью деятельности является достижение высокого уровня безопасности при конвоировании спец. контингента, личной безопасности работников суда, прокуратуры и следствия при взаимодействии со службой судебных приставов (Бойко, 1996).

Личный состав ОКС комплектуется физически здоровыми сотрудниками, имеющими высшее или среднее специальное образование. Поступающий на службу обязательно проходит первоначальную подготовку на базе учебного центра ОВД. Повышение профессионального мастерства достигается на занятиях по служебной подготовке, включающих в себя изучение нормативных актов, служебных инструкций, а также занятия по физической, огневой, психологической, социально-гуманитарной подготовке. Личный состав должен быть готов к проведению мероприятий по борьбе с массовыми беспорядками, захватом заложников, использовать средства радиосвязи, владеть личным оружием и приемами самозащиты, управлять транспортными средствами, оказывать доврачебную помощь (Самыкина, Сулицкий, 2005).

К профессиональной деятельности сотрудников, чьи функциональные обязанности связаны с охраной и конвоированием, предъявляются особые требования, которые включают в себя наличие соответствующего образовательного уровня, психоэмоциональную устойчивость, а также морально-нравственные качества и адекватные социальным нормам правовые ориентации (Черкасова, Позднякова, 2013).

Работа сотрудника в значительной мере связана со стрессовыми и экстремальными ситуациями. Условия деятельности связаны с воздействием нескольких крайне неблагоприятных факторов, которые сопровождают деятельность сотрудников конвоя (Бойко, 1996).

Постановка проблемы. Напряжение, стрессовые ситуации при выполнении служебных обязанностей возникают у сотрудников постоянно и связаны в основном с нарушениями дисциплины спец. контингентом. В целом взаимодействие между работниками и лицами, содержащимися под стражей, имеет конфликтный характер. Последние порой оказывают скрытое или открытое противодействие, создают искусственные препятствия сотрудникам в достижении целей деятельности, а иногда реальную

угрозу их здоровью и жизни. Необходимость мгновенной собранности и готовности отмечают большинство личного состава, также они считают свою работу опасной.

Вторым неблагоприятным фактором являются особенности трудовой деятельности. Работу можно отнести к разряду тяжелых, так как она связана с длительным пребыванием на «ногах».

Третьей группой причин напряженных ситуаций в деятельности сотрудников подразделения конвоя являются факторы, относящиеся к содержанию деятельности (ее сложность, неопределенность поступающей информации, нечеткое доведение задачи, дефицит времени и др.), а также слабая практическая подготовленность сотрудников.

Следующей группой причин выступают особенности социально-психологических явлений в подразделении (конфликтность во взаимоотношениях сотрудников, неправильный стиль поведения руководителя, отсутствие психологической готовности к групповой деятельности и пр.).

Все это является индикаторами тревожности, неуверенности сотрудников в самоутверждении и занятии достойного места в новой социальной иерархии. Отсюда - состояние психологического дискомфорта. Ситуативное обострение этого состояния в сочетании с индивидуальными особенностями может приводить к срывам, крайней степенью проявления которых становятся формы агрессии и аутоагрессии (Самыкина, Сулицкий, 2005).

Специфика охранно-конвойной деятельности, в том числе необходимость вступать во взаимодействие с правонарушителями, нередко содержит в себе элементы отрицательного воздействия на личность. Со временем у сотрудников формируется профессиональная деформация личности, одной из первых симптомов которой является синдром эмоционального выгорания.

Изучению СЭВ сотрудников пенитенциарной системы было посвящено значительное число исследований на протяжении последних 10 лет. Результатом их стала довольно объективная картина синдрома выгорания и его особенностей именно в данной профессиональной группе.

Так, в исследовании Н. Самыкиной и В. Сулицкого были получены данные о том, что синдром эмоционального выгорания наблюдается у 60% работников пенитенциарной системы (Самыкина, Сулицкий, 2005). Авторы выделили негативные переживания, характерные для сотрудников, которые могут быть отнесены к симптомам выгорания: усталость, утомление, недомогание, бессонница, негативное отношение к самой работе, коллегам, осужденным, агрессивные (в том числе и аутоагрессивные) чувства или намерения, упадническое настроение и связанное с ним эмоции: цинизм, пессимизм, депрессия, чувство беспомощности.

Результаты проведения среди сотрудников опросника В.В. Бойко позволили авторам установить, что синдром эмоционального выгорания

проявляется у них в сформированности фаз «резистенция» и «истощение». Во всей выборке доминирующим оказался симптом «Редукция профессиональных обязанностей».

Авторы изучали также и те внутренние ресурсы, которые позволяют сотрудникам пенитенциарной системы противостоять эмоциональному выгоранию. В исследовании были получены данные о том, что наименее подвержены выгоранию те сотрудники, которые имеют высокий уровень стрессоустойчивости, а также те, кто занимается какой-либо деятельностью, отличительной от профессиональной (как, например, спорт, творчество, обучение и т.д.), то есть имеют собственное хобби. Авторы делают вывод о том, что, видимо, творческая деятельность выступает механизмом компенсации негативных переживаний, которые появляются в процессе работы, и способствует конструктивному поведению в условиях напряжения. Кроме того, у работников, у которых не выявлено признаков синдрома выгорания, оказались сформированными coping-качества, выделенные Нартовой-Бочавер: позитивное отношение к риску и трудностям, ответственность, оптимизм, высокая самооценка, инициативность.

Таким образом, авторы исследования выделяют личностные (стрессоустойчивость и наличие продуктивных coping-стратегий) и поведенческие (наличие альтернативной деятельности) особенности, позволяющие субъекту адекватно справляться с признаками синдрома выгорания.

Исследование С.А. Васильевой посвящено изучению синдрома эмоционального выгорания у сотрудников исправительных колоний. Автор обнаружила проявления СЭВ почти у 30% опрошенных (Васильева, 2013). Детальное исследование особенностей эмоционального выгорания в связи с внешними и внутренними факторами профессиональной деятельности испытуемых показало, что ключевую роль в синдроме «выгорания» у работающих в колонии играют эмоционально напряженные межличностные отношения. Синдром «выгорания» проявляется наиболее ярко в конфликтных или проблемных ситуациях и выраженность его нарастает по мере увеличения стажа работы.

Автором выявлены взаимосвязи синдрома выгорания с личностными особенностями. В исследовании получены данные о том, что выраженность синдрома выгорания положительно связана с внутренним локусом контроля, тревожностью, ригидностью и стажем работы, а отрицательная связь наблюдается с экстравертированностью, интернальностью в межличностных отношениях и удовлетворенностью работой.

Автор делает вывод о том, что снижение коммуникативной компетентности, удовлетворенности работой, интравертированность, тревожность и низкая социальная зрелость, а также трудности перестройки восприятия и представлений в изменившихся ситуациях увеличивают вероятность развития профессионального выгорания у сотрудников исправительной колонии.

В диссертационном исследовании О.В. Крапивиной в очередной раз подтверждается высокий уровень распространенности эмоционального выгорания у сотрудников исправительных учреждений, и выявляются его специфические особенности. Обнаружено, что симптомы «выгорания» у пенитенциарных служащих тесно связаны с неудовлетворенностью материальных потребностей, пресыщением потребностей социального плана, снижением смысложизненных ориентации, неумением и нежеланием справляться с профессиональными трудностями, низким статусом в профессиональной группе (Крапивина, 2005).

Экспериментальное исследование, проведенное О.В. Крапивиной, позволило выяснить наиболее выраженные симптомы выгорания. Ими оказались: симптом фазы сопротивления «ограничение эмоциональной отдачи» и негативное восприятия себя как профессионала.

На основании полученных данных автор исследования рассматривает эмоциональное выгорание у пенитенциарных служащих как целостную защитную характеристику субъекта профессиональной деятельности, приобретенную им в ответ на психотравмирующие условия работы в исправительно-трудовых учреждениях. Такая защита обнаруживает себя в снижении эмоциональной отдачи, в стремлении сократить профессиональные обязанности, требующие эмоциональных затрат, а также в стремлении оправдать это путем обесценивания деятельности и ее предмета.

Анализируя возможность коррекции симптомов эмоционального выгорания в процессе тренинговой работы, автор приходит к выводу о том, что решающее значение в совладении с эмоциональным выгоранием принадлежит психологическим ресурсам самой личности служащего: мотивации, осмысленности собственной профессиональной роли и жизни вообще, самосознания, самосовершенствования. Эти ресурсы включают также и наличие коммуникативных, саморегулятивных способностей, конструктивных стратегий поведения. Эти качества в свою очередь могут снижаться под влиянием выгорания или провоцировать его в случае их недостаточного развития. Тренинговые занятия, проводимые с сотрудниками, позволяют восстановить потерянные смысложизненные ориентации, усилить мотивацию профессиональной деятельности, сформировать установки личностного роста, повысить стрессоустойчивость сотрудников. Обучение приемам саморегуляции, конструктивным стратегиям поведения, позитивному поведению в конфликтной ситуации, а также расширение Я-концепции и осознание личной ответственности за успешность собственной жизни оказывает положительный эффект и способствует преодолению эмоционального выгорания у пенитенциарных служащих.

В исследовании М.А. Черкасовой большое внимание было уделено внешним (организационным) факторам, способствующим возникнове-

нию выгорания. Автор получила данные о том, что с увеличением стажа трудовой деятельности сотрудники реже жалуются на усталость от работы, зато чаще испытывают безразличие к результатам своего труда. Автор делает вывод, что в условиях жесткой регламентации деятельности и низкой социальной защищенности, характерной для работников пенитенциарной системы, человек не имеет возможности осознать себя субъектом профессиональной деятельности, у него нет позитивных прогнозов относительно будущей карьеры, отсутствует творчество в профессиональной деятельности. Со временем сотрудники начинают испытывать симптомы соматических нарушений (полная или частичная бессонница; боли в мышцах и мышечное напряжение; постоянные расстройства ЖКТ), увеличивается число лиц, злоупотребляющих алкоголем (Черкасова, Поздняков, 2013).

В.А. Тропов и соавтор в своем исследовании также получили данные о выраженности синдрома эмоционального выгорания у сотрудников (уголовно-исполнительной системы) УИС. По данным этих авторов выраженные признаки синдрома наблюдаются у 49% опрошенных ими сотрудников (Бойко, 1996). Среди психологических особенностей у «выгоревших» наиболее отчетливо проявляется склонность к фиксации на телесных ощущениях и вытеснению психотравм, низкий самоконтроль поведения, обособленность, отчужденность, конфликтность. Изменения в эмоциональной сфере сотрудников с выраженным выгоранием в раздражительности, вспыльчивости, конфликтных взаимоотношениях с окружающими, жестком отношении к осужденным, преобладанию материальных мотивов деятельности, формальном исполнении своих должностных обязанностей, склонности к алкоголизации.

Список литературы

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Наука, 1996. 154 с.
2. Васильева С.А. Синдром профессионального выгорания у сотрудников женской исправительной колонии. Текст: электронный // Прикладная психология и психоанализ: электрон. науч. журн. 2013. № 4. URL: <http://ppip.idnk.ru> (дата обращения: 15.01.2016).
3. Крапивина О.В. Эмоциональное выгорание как форма профессиональной деформации у пенитенциарных служащих: автореф. дис. ... канд. псих. наук. Тамбов, 2005. 42 с.
4. Самыкина Н.В., Сулицкий В. Синдром выгорания у сотрудников пенитенциарной системы. Текст: электронный // Социальная психология. 2005. № 2. URL: <http://hpsy.ru/public/x1568.htm> (дата обращения: 15.09.2019).
5. Черкасова М.А., Поздняков В.М. Особенности профессионального выгорания у сотрудников уголовно-исполнительной системы на различных этапах прохождения службы // Прикладная юридическая психология. 2013. № 1. С. 22-31.

ЭМПАТИЯ КАК КРИТЕРИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

С.М. Гайдаренко, М.А. Мартынова

Лесосибирский педагогический институт – филиал Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия

Аннотация. Цель статьи состоит в рассмотрении эмпатии как критерия психологического здоровья личности. Автором приведены разные классификации видов эмпатии (М.А. Пономаревой; А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского; Т.П. Гавриловой). Раскрыто содержание понятий «здоровье», «психическое здоровье» и «психологическое здоровье». На основе Устава Всемирной организации здравоохранения сформулированы и объяснены критерии психологического здоровья личности. Новизна статьи заключается в раскрытии взаимосвязи между эмпатией и психологическим здоровьем личности. Кроме того, автор описывает факторы, формирующие чувство эмпатии, и подчеркивает, что семье принадлежит важнейшая роль в этом процессе.

Ключевые понятия: эмпатия, эмпат, здоровье, психологическое здоровье, психическое здоровье.

«И случается, так вдруг иногда горячо прочувствую. Чужую радость, или чужую скорбь, или бессмертную красоту какого-нибудь поступка, что хожу вот так, один... и плачу, - страстно, жарко плачу»

А.И. Куприн. Поединок.

Актуальность. Быть здоровым человеком необходимо для полноценной жизни. В последнее время, в мире технологий и компьютеризации, всё стремительно изменяется, также как и взаимоотношения людей в обществе. Перемены в укладе жизни оказывают свое влияние на психологическое здоровье каждого индивида, из-за чего у человека иногда появляются проблемы с психологическим и, как следствие, с физическим здоровьем. Эмпатия, как способность к сопереживанию, способность поставить себя на место другого человека, является одним из критериев психологического здоровья личности.

Постановка проблемы. Термин «эмпатия» происходит от греческого слова «empathia» и означает «сопереживание». Энциклопедия социологии определяет понятие «эмпатия», как способность индивида эмоционально отзываться на переживания других людей. Считается, что в основном, эмпатия - это пассивно-созерцательное отношение к переживаниям другого человека без активной действительной помощи (Энциклопедия, 2003).

История изучения способности человека к эмпатии начинается в конце 19 века. Эмпатийность есть синтез явлений симпатии и вчувствования, которые изучались в это время в рамках этики и эстетики. Как психологический термин данное понятие введено в психологию Э. Титченером для обозначения внутренней активности, результатом которой становится интуитивное понимание ситуации другого человека. В настоящее время понятие «эмпатия» стало более широким и вообрало в себя множество разных аспектов, например, такие как: знание о внутреннем состоянии, мыслях, чувствах другого человека; переживание эмоционального состояния, в котором находится другой; эмоциональная реакция, которая направлена на другого индивида и соответствует представлению о его благополучии с точки зрения эмпата - человека проявляющего чувство эмпатии; активность по созданию чувств оппонента с помощью воображения, размышлений.

В современной психологии выделяется несколько классификаций видов эмпатии. М.А. Пономарева рассматривает эмпатию в зависимости от времени ее протекания. Она выделяет кратковременную и долговременную эмпатию. Кратковременная эмпатия предполагает ограниченный контакт с другими людьми в процессе общения, в котором эмпат идентифицирует позицию другого человека, не обязательно знакомого ему. Это может быть случайный прохожий, одноклассник, продавец в магазине. Долговременная эмпатия отличается тем, что требует более тесного контакта и близкого знакомства с личностью, чьи чувства отражает эмпат (Пономарева, 2009).

Наиболее полная и точная классификация видов эмпатии представлена А.В. Петровским и М.Г. Ярошевским. Они выделяют: эмоциональную, когнитивную и предикативную эмпатию. Эмоциональная эмпатия подразумевает подключение к ощущениям и чувствам другого человека, способность погружаться в чужое эмоциональное состояние. Когнитивная эмпатия заключается в понимании чувств другого индивида путем анализа и оценки его поступков и действий. Предикативная эмпатия базируется на умении предугадывать чувства и настроения своего собеседника с помощью определенных триггеров. Этот вид эмпатии отличается желанием не просто понять чувства другого, но и определить, почему он поступил именно таким образом.

Наша соотечественница - Т.П. Гаврилова выделяет два вида эмпатии: сопереживание и сочувствие. Она определяет сопереживание, как переживание чувств другого человека через отождествление со своими собственными ощущениями, а сочувствие, как переживание эмпатом по поводу чувств другого, ощущений, отличных от своих. Данные виды эмпатии часто называют также механизмами эмпатии (Гаврилова, 1975).

Человек, как существо социальное, не может жить вне общества и без взаимодействия с другими. Эмпатия же способствует установлению по-

нимания и контакта между людьми в обществе. Благодаря чувству эмпатии личность может взглянуть на ситуацию с разных ее сторон, заметить все ее сложности, рассмотреть все аспекты действия.

Однако сильное вчувствование и переживание иногда может сыграть с человеком злую шутку. Так, личность, с очень сильно развитым чувством эмпатии, более чувствительна к внутренним и внешним переживаниям, проблемам и разногласиям коллектива, в котором она находится. Индивид с сильно развитой эмпатийностью легче поддается давлению масс и реже может противостоять негативу в свою сторону, поэтому часто прибывает в пассивном, упадническом, иногда, депрессивном состоянии. Закоренелые эмпаты сильно расстраиваются и принимают критику, не всегда конструктивную, как должное, истинное и верное, что порой приводит к формированию заниженной самооценки и непринятия образа Я. Помимо личностных проблем, сильное сопереживание и вчувствование делают человека более мягким, гибким, из-за чего эмпат становится податливым и выступает в роли марионетки, которой можно легко управлять, если его личностные качества не позволяют противостоять этому.

Главными признаками проявления эмпатии служат некоторые умения личности:

1) Готовность прийти на помощь - предполагает постоянный поиск индивидом возможности быть полезным. Такой человек стремится принести в мир пользу и не способен причинить другому боль, ибо причинив ее другому, он будет переживать это сам.

2) Умение слушать - проявляется в стремлении выслушать мысли собеседника и дать ему полезный совет. Негатив и осуждение не приемлемы.

3) Активное сопереживание - включает в себя очень сильное сопереживание, проживание чувств близкого человека, их проекцию на себя, истинное переживание за чувства другого.

4) Способность личности к рефлексии - заставляет индивида регулярно оценивать, анализировать собственные поступки и действия.

Для человека важно найти золотую середину между гиперразвитым чувством эмпатии и полным его отсутствием. Эмпатийность важна для установления контакта и понимания окружения, но так же важно уметь выстраивать эмоциональные барьеры, дабы не стать жертвой собственных чувств и эмоций. Различные мысли, эмоциональные реакции, отклики, а также развитое чувство эмпатии, являясь критериями психологического здоровья личности, влияют на физическое здоровье человека.

Само понятие «здоровье» неоднородно и многозначно. Здоровье - это сложный динамический процесс, включающий созревание и рост физиологических структур и работу организма, развитие и функционирование психической сферы, становление, самоопределение и позиционирование личности, иначе говоря, синтез физического, психического, духовного и

социального благополучия личности, который проявляется в правильном ее развитии. Согласно же определению Устава Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ), здоровье - это такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное душевное и социальное благополучие.

А. Маслоу, представитель гуманистического направления в психологии, утверждал, что неверное развитие личности может стать предпосылкой неврозов и психозов, т.е. проявления паталогических нарушений психологического здоровья. Нездоровье человека - это форма нравственной и чувственной неполноценности личности. Проблема психического здоровья личности в современности становится актуальной: процент нездоровых людей растет с каждым годом. Именно здесь проявляет себя чувство эмпатии. Стоит отметить, что эмпатийность закладывается у человека с малых лет, и подавляющее большинство обладает данной способностью, отличаясь лишь степенью развития способности к проявлению переживания, сострадания, вчувствования. Сегодня все большее количество людей подвергаются стрессу, утрате веры в себя, переживают чувство тревожности и апатию. Причиной и одновременно следствием тому может выступать окружающая личность среда. Постоянно пребывая в коллективе, где царит неблагоприятная, негативная психологическая обстановка, человек принимает и впоследствии перерабатывает, проявляет по отношению к другим подобную позицию (Долгова, 2014)

Помимо физического, различают также психологическое и психическое здоровье.

Отметим, что психологическим здоровьем считается состояние душевного комфорта, адекватное отношение к окружающему миру и отсутствие различных болезненных психических явлений (фобий, неврозов), что вкупе обуславливает становление индивида в обществе и его личностный рост, положение и взаимосвязи в коллективе.

ВОЗ выделяет семь критериев психологического здоровья. Первым критерием выступает способность осознавать и чувствовать непрерывность и идентичность своего физического и психического Я, чувство синтеза, единства своего физического и психического существования. Вторым критерий обуславливает идентичность переживаемых чувств в похожих ситуациях, а так же чувство постоянства в этих ситуациях. Немало важным критерием выступает способность человека критиковать себя и свою собственную психическую продукцию, другими словами, способность к самоанализу и рефлексии своих действий. Четвертый критерий психологического здоровья личности включает в себя соответствие психических реакций силе и частоте воздействий окружающей среды, социальных обстоятельств и ситуаций, по-другому, адекватность поведения личности в социуме, нормальная, соответствующая норме общественного коллектива, реакция на замечания, критику, неудачи. Пятый критерий очень схож

с предыдущим, он характеризуется способностью индивида управлять своим поведением в соответствии с социальными нормами и законами. Также важным критерием психологического здоровья личности выступает способность взрослого человека планировать свою жизнь, строить планы на будущее и претворять их в действительность. Последний, но не по важности, критерий подразумевает способность изменять способ своего поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Психологическое здоровье – признак стабильности работы психики. Считается, что основу психологического здоровья личности составляет ее полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза. Термин «психическое здоровье личности» введен в научный обиход ВОЗ в 1979 году. Согласно определению, данному ВОЗ, это понятие связано с успешным выполнением психических функций, главным результатом которых выступает продуктивная деятельность, установление отношений с другими людьми, способность адаптироваться к изменениям и справляться с неудачами.

Если психологическое развитие личности обусловлено внешними факторами, какими могут выступать отношения в семье, переживание различных стрессовых ситуаций и тяжелых для человека моментов, эмоций, то психическое здоровье личности изначально психогенно, врожденное, но может быть либо развито, либо заглушено под влиянием внешних обстоятельств.

Психически нездоровые личности обычно пребывают в состоянии психического дискомфорта, что проявляется в различного вида отклонениях: психозах, неврозах, расстройствах характера, наличии аморального, неадекватного поведения и интересов личности, в частности грубости, жестокости и неспособности сопереживать другому, неспособности идентифицировать себя с другими, неспособности понимать внутренний мир и внутренние переживания, чувства другого человека. Люди, страдающие данной особенностью психики, нуждаются в помощи специалистов, которая обычно заключается в поиске первопричины появления отклонения, а после - в долгой проработке каждого элемента.

К. Роджерс утверждал, что психологическое здоровье – это полноценное функционирование человека, предполагающее адекватное переживание своих чувств, мыслей, отсутствие желания к выработке неадекватных психологических защит, опору на собственные суждения в ситуациях выбора, и подчеркивал, что эмпатия выступает основной установкой терапевта во врачебных отношениях. Она воплощает собой главное условие в изменении личности подопечного (Карягина, 2013).

Амели Нотомб в книге «Косметика врага» пишет: «Я так и думал: вы неспособны на сочувствие и сопереживание, это свойственно для людей, которых не любили в детстве».

Семья - один из первых столпов, что закладывает в ребенке личность. Семейные отношения играют огромную роль в становлении психическо-

го и психологического здоровья будущей личности. Важно сформировать в ребенке качества, которые будут не только полезны для жизни, но и могут способствовать социализации ребенка в обществе.

Эмпатийность - одна из способностей, которая, во-первых, важна для правильной социализации человека, а во-вторых, может быть сформирована и развита с помощью определенных усилий. Так, способность к сопереживанию формируется за счет развития следующих факторов:

1. Получение собственного положительного опыта.
2. Понимание и осознание своих эмоций и чувств.
3. Осознание того, что предположительно чувствует другой человек.

Рассмотрим становление каждого из этих факторов более подробно.

Проявление эмпатии родителем по отношению к ребенку выступает основой формирования эмпатии у самого ребенка. Так, родитель собственным примером либо способствует усвоению данной особенности поведения, либо - нет. Например, ребенок упал и разбил коленку, со слезами бежит к маме. Здесь может быть два варианта развития событий. Первый вариант: мама говорит, что ребенок сам виноват, не смотрел под ноги, из-за чего и упал, нечего реветь. Второй вариант: мама, сопереживая, говорит, что падать очень больно, и ей очень жаль, что ребенок поранил ногу. Так, только во втором случае ребенок получает положительный опыт сопереживания и сможет проявить его потом по отношению к другому.

Также очень важно, чтобы ребенок научился осознавать свои собственные эмоции и чувства, научился ими управлять. Маленькому ребенку в этом может помочь родитель, например, уходя, родитель может сказать: «Не реви, ничего страшного, я быстро» или «Тебе грустно от того, что я ухожу? Мне тоже. Но это очень важно. Я скоро вернусь, и мы займемся чем-нибудь интересным». Так, он способствует формированию у ребенка понимания различных эмоций: радости, грусти, печали, удивления и др.

Заключительным этапом формирования эмпатии у ребенка выступает осознание того, что чувствует другой человек. Здесь важно как можно больше беседовать с ребенком и обсуждать различные жизненные ситуации, обращать его внимание на окружающих, их чувства и ощущения. Например, если, играя на площадке, у кого-то из детей отобрали игрушку, и из-за этого ребенок начал плакать. Тогда можно сказать: «Знаешь, он очень расстроен. У него отобрали игрушку. Давай предложим ему поиграть с нами? Может быть, ему будет не так грустно». Таким образом, родитель помогает ребенку не только выстроить причинно-следственную связь: отобрали игрушку, поэтому грустно, но и предлагает повлиять на состояние другого ребенка, помочь ему, проявить сострадание. Но стоит отметить, что навязывать сострадание нельзя, ребенок может либо согласиться помочь, либо отказаться, что свидетельствует о том, что прежние уровни еще не усвоены до конца и стоит поработать над ними (Asada, 2015).

Уже сформированное чувство эмпатии характеризуется тремя уровнями проявления. На начальном - первом уровне человек способен различить тон голоса собеседника, понять его истинные, настоящие эмоции и настроение. Второй уровень позволяет различать жесты и мимику другого человека, распознавать то, что на самом деле имеет в виду оппонент. Овладение третьим, верхним уровнем эмпатии предполагает, что эмпат может управлять эмоциями другого человека.

Развитое чувство эмпатии необходимо в любой сфере обыденной жизни человека. Будь то сфера торговли или общественно-политическая деятельность. Важно уметь чувствовать настроение своего оппонента, понимать его потребности и желания. Все это помогает установить контакт и расположить к себе человека, зарядить, заинтересовать его своими предложениями, интересами и ощущениями, удовлетворить его потребности и свои. Эмпатия - ключ к успеху.

Вывод. Подводя итог, можно точно сказать, что эмпатия - способность человека к сопереживанию, чувствованию, пониманию, осознанию и проекции эмоций другого человека на себя. Эмпатия - умение ощущать и разделять с другим человеком его переживания и радости, его эмоции и чувства, является одной из важных составляющих психологического здоровья личности. Здоровье, в свою очередь, подразумевает состояние душевного комфорта, адекватное отношение к окружающему миру и отсутствие различных болезненных психических явлений. Именно психологическое здоровье человека обуславливает становление индивида в обществе и его личный рост, положение и взаимосвязи в коллективе, которые основываются на различных проявлениях симпатий и антипатий, в корне которых лежит чувство эмпатии. В большинстве случаев, для комфортного существования человеку необходим социум, и в том числе, коллектив. Отличительной чертой коллектива выступает чувство единства - чувство «мы», которое как раз-таки невозможно создать без проявления эмпатии между членами коллектива. Эмпатийность важна для коллектива, в общем, и для отдельного индивида, в частности. Она помогает прийти к гармоничному существованию человека в обществе. Именно поэтому для родителя должно быть важно, посредством своего примера, сформировать в ребенке задатки и предрасположенность к состраданию и пониманию других людей, а для взрослого человека важно не только поддерживать свой уровень эмпатии, но и развивать его с годами. Способность человека к эмпатийности – основа комфортной жизни и здоровой психики человека. Здоровая психика – основа физического здоровья. Здоровье – основа полноценной жизни и одна из главных ценностей каждого человека. Здоровый человек – счастливый человек!

Список литературы

1. Гаврилова Т.П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии. Исторический обзор и современное состояние проблемы // Вопросы психологии. 1975. № 2. С. 147-156.
2. Долгова В.И., Мельник Е.В. Эмпатия. М.: Перо, 2014. 185 с.
3. Карягина Т.Д. Эволюция понятия «эмпатия» в психологии : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2013. 35 с.
4. Пономарева М.А. Эмпатия: теория, диагностика, развитие: монография. Минск : Бестпринт, 2006. 76 с.
5. Социология: энциклопедия / сост. А.А. Грицанов, В.Л. Абушенко, Г.М. Евелькин [и др.]. Минск: Интерпрессервис : Книжный Дом, 2003. 1312 с.
6. Asada M. Development of artificial empathy // Neuroscience Research. 2015. Vol. 90. P. 41-50. DOI: 10.1016/j.neures.2014.12.002.

УДК 159.91

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА ПОДГОТОВКИ В СПОРТЕ

Н.К. Гайлис, Ю.В. Живаева

*Центр развития мозга, г. Красноярск, Россия
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье представлены результаты теоретического исследования проблематики психолого-педагогического обеспечения процесса подготовки спортсменов. Проанализированы различные авторские технологии психолого-педагогического обеспечения процесса подготовки спортсменов. Определены некоторые условия и факторы эффективной спортивной подготовки.

Ключевые слова: спортсмен, психологическое обеспечение, психологическое сопровождение, процесса подготовки в спорте, механизм тренерской практики.

Актуальность. Теоретический анализ литературы за последние годы указывает на наличие нарастающего научно-исследовательского интереса к проблемам психолого-педагогического обеспечения процесса подготовки в спорте во всем мире. При этом отсутствие единого взгляда ученых на проблему психологического обеспечения в системе многолетней подготовки спортсменов и систематизации научных знаний по данному вопросу обуславливает актуальность и своевременность изучения данной темы (Высочина, 2015). В отечественной и зарубежной литературе су-

существует множество работ по проблематике психолого-педагогического сопровождения тренировочно-соревновательной деятельности в спорте, что, не снижает актуальности данной темы для целого ряда видов спорта, в связи с реальной невостребованностью технологических механизмов тренерской практики. Существуют теоретические и методические апробированные технологии разных авторов (А.В. Алексеев, 2006; А.В. Родионов, 2008), но, к сожалению функционирующих недостаточно (Алексеев, 2015).

Постановка проблемы. До сих пор существенной проблемой остается то, что термины психологическое обеспечение и психологическое сопровождение используются как синонимы. Специалисты, называющие себя спортивными психологами, не видят в этом разницы. По мнению В.К. Сафонова, о сопровождении уместно говорить только «в плане индивидуальной работы со спортсменом в его психологической подготовке». В то время как психологическое обеспечение представляет собой «комплекс мероприятий по учету психологических особенностей спортсмена в его подготовке». На сегодняшний день не создано системы задач психологического обеспечения, которая устраивала бы в полной мере всех, кто отвечает за психологическое состояние спортсменов и команды в целом.

В своих работах Т.В. Брюховских, Д.А. Шубин отмечают проблему недостаточной изученности частных вопросов влияния психологической устойчивости на спортивную результативность.

А.А. Передельский считает, что если неправильно выстроить психолого-педагогическое обеспечение спортсмена в период соревнований, то все психофизические ресурсы могут быть растрчены впустую, использоваться нерационально. Автор предлагает апробированную за много лет авторскую технологию психолого-педагогического обеспечения оптимального боевого состояния в соревновательный период на примере единоборств. Технология предполагает доскональное изучение спортсменом сильных и слабых сторон противников, моделирование и проигрывание поединков с партнерами, условно замещающими вероятных противников, формирование так называемого запаса прочности с учетом всего диапазона возможных неблагоприятных случайностей. При этом обязательным условием является то, что спортсмен заканчивает накапливать психофизиологические ресурсы не позднее чем за 1-2 дня до старта и не растрчивает его до выхода на ковер, правильно расходует ресурсы по ходу соревнований, а также грамотно выходит из соревновательного периода.

При этом Г.Д. Бабушкин говорит о том, что создание определенного потенциала (физического, технического, психологического и др.) и развитие до необходимого уровня профессионально важных качеств у спортсмена еще не является фактом успешной их реализации в соревновательных условиях. Повышение результативности соревновательной деятельности

спортсмена возможно при такой организации тренировочного процесса, при котором происходит становление спортсмена субъектом своей спортивной деятельности. В свою очередь, управление данным процессом становления может быть эффективно осуществлено в следующих направлениях:

- 1) психодиагностика личности спортсмена;
- 2) формирование спортивно-психологической компетентности;
- 3) обеспечение реализации ресурсов спортсмена в соревнованиях;
- 4) формирование позитивной Я-концепции личности спортсмена;
- 5) пробуждение самостоятельности и интеллектуальной активности спортсмена в планировании и выполнении тренировочных заданий и 33 решении соревновательных ситуаций;
- 6) создание психологических предпосылок самореализации спортсменов;
- 7) предупреждение проблем, препятствующих личностному росту спортсменов. При этом сформированная спортивно-психологическая компетентность предполагает, в том числе, освоение методов и средств выявления и регуляции неблагоприятных предстартовых состояний (Бабушкин, 2008).

Особую важность организации психолого-педагогического взаимодействия в системе «тренер-спортсмен» подчеркивает В.В. Буторин. Эффективность спортивной подготовки нарастает по мере роста конгруэнтности и обратной связи между тренером и спортсменом. Среди психолого-педагогических условий формирования эффективных взаимоотношений в системе «тренер- спортсмен» автор рассматривает обязательный учет тренером возрастной периодизации и сенситивных периодов для развития различных качеств и свойств, знание психологических особенностей каждого атлета, их ближайшее социальное окружение и выполняемые социальные роли (Буторин, 2016).

Критерием разделения задач психологического обеспечения на группы является объект взаимодействия (например, психические состояния или качества личности спортсмена), считает А.Н. Николаев выделяя следующие задачи психологического обеспечения:

1. Задачи общего психологического воздействия – такие, например, как «помощь тренеру и самостоятельное воспитание у спортсменов жизненного и спортивно важных личностных качеств (а реально – их признаков), обучение спортсменов и тренеров средствам профилактики и регуляции собственного психического состояния (особенно предстартового)» и т.д.
2. Задачи специального психологического воздействия – например, «регуляция психического состояния и поведения спортсменов в процессе выступления на соревновании или на учебно-тренировочных занятиях, помощь в психологическом восстановлении работоспособности спортсменов после соревнования (или тренировки)» и т. д.

3. Задачи, косвенно относящиеся к спортивной деятельности, такие, как «поддержание психологического благополучия спортсменов вне спортивной жизни (в его развитии, достижении жизненных целей, в личной жизни), помощь спортсменам и тренерам в налаживании позитивных отношений с другими людьми, помощь в избавлении от пограничных состояний: синдрома хронической усталости, хронических или острых стрессов, неврастении, астении, депрессии, ипохондрии» и т.д. (Довжик, 2016).

В.Ф. Сопов отмечает, что длительная практика применения технологий психологической подготовки инициировала их объединение в «Систему Психологического Обеспечения Подготовки Спортсмена», автором которой является Г.Д. Горбунов, подчеркивает, что на современном этапе данная система рассматривает спортсмена в «структурной целостности и неделимости его с миром». Таким образом, выстроенная по экзистенциальной схеме психодиагностики трех пространственных измерений и возвращения целостности личности через рефлексию объективного и субъективного в факторах спортивной деятельности, психологическая подготовка в элитном спорте осуществляется по следующей схеме, включающей четыре этапа и наполненной конкретным содержанием.

Данные этапы включают в себя:

- 1) психодиагностику места спортсмена в социуме;
- 2) психодиагностику индивидуального состояния спортсмена;
- 3) диагностику соответствия законам хронобиологии в рамках теории о среде обитания;
- 4) рефлексия и интегративная психорегуляция (Сопов, 2013).

Г.А. Хрусталеv, называя условия соревновательной деятельности экстремальными и подчеркивая актуальность проблемы сохранения высокого уровня эффективной работоспособности спортсмена в течение длительного времени, что часто бывает затруднительным из-за высокой «непродуктивной напряженности» спортсмена (автор уточняет, что «непродуктивная напряженность» является наиболее типичным психофизиологическим состоянием квалифицированных спортсменов), что влечет за собой так называемый «спортивный стресс», в результате которого происходят нарушения в работе механизмов саморегуляции, снижается уровень работоспособности, ухудшается здоровье (Хрусталеv, 2012).

В.К. Сафонов выделяет три направления психологического обеспечения:

1. Индивидуальная организация управления спортивной деятельности спортсмена;
2. Психологические средства восстановления функциональной работоспособности и психической свежести;
3. Оптимизация социально-психологического климата спортивной деятельности. Он также предлагает следующую программу психологического обеспечения, с указанием на необходимость постоянной адаптации

программы к специфике вида спорта, квалификации спортсмена, профессионализму тренера и финансовым возможностям:

1. На основании комплекса психологических данных индивидуализация подготовки спортсмена. В том числе контроль переносимости тренировочных нагрузок.

2. Реализация принципов общей психологической подготовки к соревнованию: «информационной определенности», «отсутствия свободного времени», «планки успешного выступления».

3. Программы психотехник развития качеств внимания 4. Программы саморегуляции психического состояния и «пауз отдыха» 5. Средства восстановления психической свежести 6. Оптимизация социального климата в спортивном коллективе (Сафонова, 2015).

По мнению команды разработчиков во главе с Г.Б. Горской, новый подход к организации психолого-педагогического сопровождения спортсменов заключается в следовании принципу опережающей постановки задач, в рассмотрении психики спортсменов как источника ресурсов их самореализации в спорте, а не как препятствия, затрудняющего достижение спортсменами значимых целей; в поддержке субъектной позиции спортсменов по отношению к собственной подготовке, в преимущественной ориентации работы психологов на наращивание психологических ресурсов самореализации, а не на коррекцию неблагоприятных проявлений психики. В рамках реализуемого подхода опосредовано поднимается вопрос сохранения психологического здоровья спортсменов, в частности ведется изучение долговременных факторов риска (внешних и внутренних) психического перенапряжения и профессионального выгорания, уделяется внимание обучению спортсменов профессионально важным психологическим умениям», куда входят саморегуляция, концентрация, адекватное уровню возможностей целеполагание и т.д. (Горская, 2017).

Разрабатывая программу психологического обеспечения детско-юношеского спорта И.В. Бабичев, О.И. Жихарева, А.Ю. Лапин также ставят решение вопросов «сохранения (укрепления) психического здоровья детей» и «обеспечения гармоничного развития воспитанников спортивных школ» в качестве основных (самостоятельных) целей программы, наряду с повышением эффективности деятельности юного спортсмена в ходе тренировочного процесса и на соревнованиях вне зависимости от конкретного вида спорта. А.А. Анохова, рассуждая о проблемах психологической подготовки в ДЮСШ отмечает, что ею начинают интенсивно интересоваться перед соревнованием, забывая о том, что процесс формирования способностей к саморегуляции и эмоциональной устойчивости длителен и требует специально организованных тренингов. Среди основных задач общей психологической подготовки в программах ДЮСШ автор выделяет такие, как развитие личности спортсмена, межличностных отношений, психических процессов и психомоторики, формирование профессио-

нально-важных психологических качеств, в том числе волевых, обучение приемам психической саморегуляции и т.д. (Анохова, 2014).

Е.А. Дергач, Д.А. Завьялов, О.Б. Завьялова особое внимание заостряют на актуальной проблеме массового прекращения занятий профессиональным спортом на этапе совершенствования спортивной карьеры молодыми спортсменами, что свидетельствует о слабой преемственности между процессами подготовки в юношеском и взрослом спорте». Авторами разработано педагогическое обеспечение процесса перехода спортсменов-юношей в спорт высших достижений, раскрывающее педагогические приемы воздействия на выявленные компоненты тренировочного процесса, поддающиеся корректировке, такие как мотивация, уровень физической нагрузки во время перехода, отсутствие роста спортивного результата, спортивный результат после травм, взаимоотношения в команде, взаимоотношения с тренером, совмещение тренировочной и учебной деятельности (Дергач, 2017).

В исследованиях И.И. Симоненкова, приводятся в качестве примера довольно часто встречающиеся ситуации, когда спортсмен, демонстрирующий высокие результаты на тренировках, на соревновании не оправдывает возложенных на него надежд, не может настроиться на старт или вовсе «перегорает эмоционально», связывает неспособность атлетов реализовать свой потенциал и добиться высоких результатов с недостаточностью развитыми психологическими навыками, подчеркивая, что «важность психологических навыков для достижения спортсменом успеха не вызывает сомнений». Так, автор (в том числе ссылаясь на исследования зарубежных коллег) в своих работах поднимает вопрос определения, измерения и последующего приобретения данных навыков, а решение проблемы видит в освоении психологических приемов и техник саморегуляции (релаксация, внутренний диалог, визуализация), например, посредством тренинга психологических навыков (Р. Уэйнберг, Д. Гоулд) (Брюховских, 2015).

Е.А. Дергач определяет список психолого-педагогических проблем, способствующих уходу спортсменов на этапе перехода из юношеского спорта в спорт высших достижений:

- а) отсутствие заработка за счет спорта;
- б) желание иметь профессию вне сферы спорта;
- в) наличие травмы или совокупность старых травм;
- г) наличие перегрузки/перетренированность;
- д) отсутствие/сниженная мотивация; е) отсутствие спортивной команды;
- ж) плохие взаимоотношения с тренером;
- з) влияние мнения родителей;
- и) отсутствие финансирования занятий, учебно-тренировочных сборов, соревнований;

- к) трудность совмещения учебных и спортивных занятий;
- л) потеря интереса к тренировкам/к спорту вообще;
- м) низкая популярность выбранного вида спорта в городе, стране, мире;
- н) отсутствие роста результатов;
- о) семейные обстоятельства;
- п) достижение предельного возраста (Дергач, 2017).

Указывают на проблему высокого физического и психического напряжения, возникающего в результате интенсивных нагрузок на тренировках и соревновательного стресса такие авторы: А.В. Ковалева, Е.А. Бочавер, А.В. Квитчастый и В.Н. Касаткин. В качестве эффективного решения данной проблемы авторы видят проведение целенаправленной психологической работы со спортсменами, в результате чего последние постепенно овладевают навыками саморегуляции, что, в свою очередь, возможно через обучение техниками медитации, освоение элементов медитативных практик, проведения психомышечных и аутогенных тренировок, формированию определенных личностных установок на эффективное преодоление трудностей, а также через технологии «внутреннего совершенствования физических и духовных качеств человека», куда авторы относят биоуправление (в частности, ЭЭГ-БОС-тренинг), как комплекс лечебных, реабилитационных и прогнозирующих процедур и т.д. (Бабушкин, 2008).

По мнению С.Р. Хозиной, А.В. Вошиной, С.Д. Неверковича, особая роль в обучении спортсменов на современном этапе развития спортивной науки отводится рефлексивным процессам. В качестве одной из задач психолого-педагогического обеспечения подготовки спортсменов рассматривается «формирование личности спортсмена, развитие способности к регуляции собственной деятельности». Сама тренировочная деятельность рассматривается в качестве учебно-познавательного процесса, следовательно, помимо тактико-технической подготовки важнейшую роль играют «процессы осознания способов освоения действий на физическом уровне и формирования понятий на мыслительном уровне». В данном контексте навык рефлексивного мышления и эффективная рефлексия рассматриваются как важное условие для того, «чтобы хороший спортсмен или начинающий тренер стали тренерами-профессионалами высокого класса, обладающими профессиональным мышлением» (Хозина, 2016).

В своих исследованиях эффективного совладающего поведения в спорте Л.М. Довжик и К.А. Бочавер анализируют механизмы выбора и применения спортсменами стратегий преодоления стресс факторов, подчеркивая, что из года в год появляются новые стресс факторы, поэтому даже самые заслуженные чемпионы все равно не могут рассчитывать на спокойную и размеренную жизнь. Авторы полагают, что принципиальную важность в психологической подготовке играет формирование навы-

ков эффективного преодоления стресса, которые «должны быть отточенными и разнообразными» и приходят к выводу, что продемонстрировать высокий спортивный результат, извлечь позитивный конструктивный опыт (даже в ситуации поражения) может лишь тот спортсмен, кто научился понимать свое состояние, быть чутким к собственным эмоциональным переживаниям, а также овладел психотехническим минимумом (техниками саморегуляции – релаксацией, самоинструментированием, визуализацией и т.д.) (Довжик, Бочавер, 2016).

Анализ зарубежной литературы показал, что сложившаяся на сегодняшний момент система подготовки спортсменов основывается на междисциплинарном подходе. Уже бесспорен тот факт, что успешность в «соревновательном» спорте и умение выдерживать высокую конкуренцию невозможны без регулярного психологического восстановления для повышения физической и умственной работоспособности. Признается особая роль системной многолетней психологической подготовки для достижения феноменальных результатов на Олимпиаде (в частности, для сборной Австралии по плаванию, завоевавшей в Рио 10 медалей, 3 из которых золотые) (Gangyan, Cruz, Jaenes, 2017). Интенсивно развивается телепсихология – использование видеосвязи и мобильных приложений для непрерывной дистанционной психологической поддержки спортсменов на международных соревнованиях, что повышает доступность изучения психологических профилей (динамики психоэмоционального состояния, уровня стресса и т.д.) спортсменов высокого класса в реальных соревновательных условиях. Активно разрабатываются и внедряются комплексные программы психолого-педагогического обеспечения процесса спортивной подготовки к международным соревнованиям (Чемпионатам Мира, Олимпиадам). Несмотря на специфику каждой из них (исходя из особенностей видов спорта), большинство включают в себя тренировки по выработке базовых психологических навыков (psychological skill training (PST)), обучение и контроль ведения дневников самоотчетов (используются техники и приемы когнитивно-поведенческой терапии (CBT)), индивидуальные и групповые консультации, в том числе направленные на создание «собственной философии спортивной жизни». Большое количество работ посвящено изучению «индивидуальных и общих стресс-факторов», а также «индивидуальных и коллективных эмоций» спортсменов, которые могут повлиять на функционирование спортивной команды. Ключевыми факторами, влияющими на эмоциональный фон спортсменов, названы следующие характеристики: индивидуальные психологические особенности спортсменов, коммуникативная компетентность и взаимоотношения лидеров команд с тренерами, эмоциональный интеллект и соответствие социальным нормам выражения эмоций, социокультурная идентичность спортсменов. С целью оптимизации программ психолого-педагогического обеспечения подготовки спортивных команд

изучается психология спортивных коллективов – феномены сплоченности, социальной идентичности, динамика внутригрупповых конфликтов. Проводятся исследования мотивационного климата в группах «элитных» спортсменов (мирового класса), по результатам которых, например, было показано отсутствие прямой связи между конкретным поведением тренера и мотивацией спортсмена, которая представляет собой «результат сложного контекстуального взаимодействия».

Список литературы

1. Алексеев В.Ю., Маркелов В.В. Системная детерминация надежности соревновательной деятельности юных спортсменами // Спортивный психолог. 2015. № 3(38). С. 52-55.
2. Анохова А.А. Психологическая подготовка в программах ДЮСШ // Спортивный психолог. 2014. № 1 (32). С. 53-58.
3. Бабичев И.В., Жихарева О.И., Лапин А.Ю. Психодиагностика в системе психологического обеспечения детско-юношеского спорта // Спортивный психолог. 2015. № 3(38). С. 67-71.
4. Бабушкин Г.Д., Бабушкин Г.Д., Шумилин А.П. Содержание психолого-педагогического обеспечения подготовки юных дзюдоистов к соревнованиям // Омский научный вестник. 2008. № 1(63). С. 130-133.
5. Брюховских Т.В., Шубин Д.А., Пономарев В.В. Формирование результативности в стрельбе у студентов-биатлонистов // Теория и практика физической культуры. 2015. № 2. С. 79-82.
6. Буторин В.В. Организация эффективного психолого-педагогического взаимодействия в системе «тренер-спортмен» // XII Международная научно-практическая конференция психологов физической культуры и спорта «Рудиковские чтения», 26-27 мая 2016 г. : материалы. М., 2016. С. 167-172.
7. Высочина Н., Безмылов Н. Особенности психологического обеспечения подготовки спортсменов в игровых видах спорта // Наука в олимпийском спорте. 2015. № 3. С. 40-44.
8. Горская Г.Б. Психологические ресурсы и барьеры самореализации спортсменов на разных этапах спортивной карьеры // Рудиковские чтения: материалы XIII Международной научно-практической конференции психологов физической культуры и спорта (11-12 мая 2017 г.). М., 2017. С. 142-146.
9. Дергач Е.А. Педагогическое обеспечение процесса перехода спортсменов-юношей в порт высших достижений: дис... канд. пед. наук. Красноярск, 2017. 207с.
10. Довжик Л.М., Бочавер Л.М. Эффективное совладающее поведение в спорте: что выводит из равновесия и как его снова обрести // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5, № 2. С. 1-22.
11. Передельский А.А. Технология психолого-педагогического обеспечения обс в соревновательный период в ударных видах единоборств // Рудиковские чтения: материалы XIII Междунар. науч.-практ. конф. психологов физической культуры и спорта (11-12 мая 2017 г.). М., 2017. С. 240-245.
12. Сафонов В.К. О направлениях практической психологии спорта // Материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием по психологии спорта и физической культуры «Рудиковские чтения – 2015». М., 2015. С. 34-39.

13. Сопов В.Ф. Теория и методика психологической подготовки в современном спорте : методическое пособие. М.: Департамент физ.культуры и спорта г.Москвы, 2010. 120 с.

14. Хозина С.Р., Вошинин А.В., Лидковская И.Д. Анализ и планирование как основа формирования рефлексивного мышления юных теннисистов // XII Международная научно-практическая конференция психологов физической культуры и спорта «Рудиковские чтения», 26-27 мая 2016 г. : материалы. М., 2016. С. 306-310.

15. Хрусталева Г.А. Оценка уровня тревожности при оперативной диагностике текущего состояния квалифицированных игроков в мини-футболе // Спортивный психолог. 2012. № 2(26). С. 52-58.

16. Schinke R. J. [et al.] Acculturation strategies for relocated elite athletes, their peers, and the integrated support team // Sport Psychology: Linking theory to practice: Proceedings of the XIV ISSP World Congress of Sport Psychology. ISSP 14th.

17. Sport Psychology: Linking theory to practice: Proceedings of the XIV ISSP World Congress of Sport Psychology / eds. S. Gangyan, J. Cruz, J.C. Jaenes. Sevilla: International Society of Sport Psychology, 2017. P. 215.

УДК 159.9.072

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е.С. Гилевич, Е.В. Гуткевич

*Национальный исследовательский Томский государственный университет,
г. Томск, Россия*

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, г. Томск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты анализа 20 современных иностранных статей, позволяющих рассмотреть гендерные различия в речи и социальном поведении лиц с расстройствами аутистического спектра. Выявлены специфические особенности, связанные с полом респондентов, требующие более детального изучения, и проведено сравнение со здоровыми лицами. Помимо отличий, были зафиксированы и общие тенденции. В статье раскрывается проблема диагностики, связанная с фенотипическими проявлениями заболевания, которые необходимо учитывать при работе по психологическому, педагогическому и медицинскому сопровождению пациентов.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра (РАС), диагностика, половые различия, женский фенотип, «лингвистический камуфляж», повторяющееся поведение и интересы.

Актуальность. Изучение расстройств аутистического спектра (РАС) является одной из наиболее важных задач в сфере охраны здоровья лю-

дей. По данным Всемирной Организации Здравоохранения на 2018 г. РАС встречались у одного из 160 детей и, предполагается, что число детей с нарушенными способностями коммуникации, низкими социальными навыками, а также с наличием стереотипности в поведении, будет только увеличиваться. Известно, что число диагностируемых РАС у мальчиков значительно превосходит количество поставленных диагнозов у девочек. Так, пропорция соотношения диагноза РАС у мужчин и женщин равно 4:1. Однако одно из последних проведенных исследований утверждает, что пропорция скорее имеет вид 3:1 (Loomes, Hull, Mandy, 2017). Это может являться очередным подтверждением теории более высокой «генетической защищенности» женщин к развитию РАС (Jacquemont, Сое, Hersch, 2014). В худшем случае может стать поводом к предвзятому отношению при диагностике данных расстройств. Понимание особенностей проявлений аутизма у женского пола является значимым не только для эффективного медико-психолого-педагогического сопровождения лиц данной категории с РАС, но и открывает новое пространство в познании аутизма в целом.

Целью настоящего исследования стало изучение современных научных зарубежных источников из баз данных Pub Med, Cross Ref, Google Scholar, Scopus по вопросам особенностей проявлений мужского и женского аутизма, выявления наиболее значимых фенотипических отличий, способных оказать влияние на постановку диагноза и медико-психолого-педагогического сопровождения лиц с РАС.

Результаты исследования. В результате статистического анализа были обнаружены общие тенденции к постановке диагноза у обоих полов. Так, в среднем впервые становятся заметны первые признаки аутизма в возрасте 3-х лет, причем непосредственно средний возраст постановки диагноза составляет 9 лет (Hiller, Young, Weber, 2016). Но, несмотря на аналогичный уровень проявления аутистических признаков у обоих полов, девушки с отсутствием значительных когнитивных и поведенческих проблем чаще остаются за чертой диагноза РАС (Dworzynski, Ronald, Bolton, Happé, 2012). Это может означать как действительно лучшую приспособленность женского пола, так и возможное игнорирование окружением признаков заболевания или сокрытие симптомов. По оценке клиницистов наиболее явными различия становятся в школьном и подростковом возрасте, причем менее всего отмечаются в социальной коммуникации (Geelhand, Bernard, Klein, van Tiel, Kissine, 2019).

Вне зависимости от результатов проанализированных научных работ по проблеме диагностики и особенностей аутизма у женщин, многие авторы соглашаются с несовершенством использованных диагностических методов (Loomes, Hull, Mandy, 2017; Hiller, Young, Weber, 2016). Большинство используемых инструментов являются универсальными в постановке диагноза и не всегда способны учитывать вероятные гендер-

ные различия, следовательно, требуют доработки. Предприняты попытки создать расширенную версию скринингового опросника ASSQ с включением элементов, характерных для женского фенотипа. По крайней мере, некоторые составляющие данного опросника показали хорошую различимость девушек с РАС и не РАС (Kopp, Gillberg, 2011). В связи с этим наибольшую значимость приобретает выявление более тонких маркеров женского аутизма с целью их дальнейшего применения в диагностике данного расстройства. Особое внимание следует уделить рассмотрению особенностей социально-поведенческого характера и речи, как наиболее доступных для наблюдения.

Отмечается, что на наличие более низкого количества девушек с диагнозом РАС может влиять их способность лучше «маскировать» внешние симптомы, чаще замечаемые у мальчиков (Schuck R.K., Flores R.E., Fung L.K., Brief., 2019). Наиболее явным это становится при наблюдении и анализе речи. Так, «лингвистический камуфляж» характеризуется в два раза меньшим заполнением возникающих пауз нетипичным междометием «эээ» у девушек. При этом они отдают предпочтение использованию «хм» в более чем 70% пауз. Значительно различается частота «хм» при заполнении молчания внутри выборки мальчиков с РАС, позволившая выделить среди них некоторые группы (Parish-Morris, Lieberman, Cieri, 2017). Это делает вероятным возможность наличия признаков женского проявления аутизма у мужчин. Важно то, что само количество пауз одинаково у девушек и юношей, разница лишь в способе заполнения. Так же результаты отрицают связь данного явления с уровнем социальных навыков и когнитивных способностей у исследуемых (Parish-Morris, Lieberman, Cieri, 2017). Недостатком данного исследования может стать неприменимость к языковым особенностям русской речи, требующей отдельного учета специфики языка.

Более практичными могут оказаться данные, сравнивающие употребление объектно-ориентированных слов и слов познавательного процесса у респондентов. Количество первых и общее количество слов при повествовании не отличаются у девушек и юношей с расстройствами аутистического спектра. Но была определена значительная разница в использовании слов, выражающих познавательные процессы. Больше их оказалось у лиц женского пола. Этот факт в очередной раз показывает, что есть некоторые общие проявления как у женщин с аутизмом, так и у мужчин (Boorse, 2019). Но, несмотря на это, существуют более тонкие различия, требующие тщательного анализа. Как и в предыдущем исследовании, до конца не ясна причина, лежащая в основе данных явлений, вероятно способная частично предотвратить упущение диагноза РАС у девушек. Несмотря на наличие определенных особенностей, характерных для девушек, их может и не быть у конкретного индивида. В таком случае можно выдвинуть предположение о мужском фенотипе аутизма у лиц женского пола, который дает возможность диагностировать РАС с большей вероятностью.

Различия у лиц женского и мужского пола с РАС отмечаются не только при повествовании, но и при мультисенсорной обработке воспринимаемых слов (Ross, 2015). Сравнения показали лучшую способность различать слова при аудиовизуальном прослушивании у женщин с РАС. Причем данная особенность присутствует и у детей без диагноза аутизм, но с возрастом мужчины достигают того же уровня восприятия, что и женщины. У мужчин с РАС такого не происходит.

Отмечено, что пол никак не связан с разницей фиксации взгляда. В этом случае важно разработать более удобные методы регистрации, позволившие с лучшей продуктивностью осуществлять верную идентификацию диагноза.

Более явными признаками отсутствия полного соответствия между фенотипами РАС у разных полов обладают поведенческие особенности. У женщин с расстройствами аутистического спектра значительно ниже степень выраженности повторяющегося и ограниченного поведения, являющихся одной из характерных черт аутизма (Antezana, 2018; May, 2012). К тому же в младшем возрасте у мальчиков с расстройством присутствует более высокий уровень гиперактивности-импульсивности по сравнению с девочками этого же возраста (May, 2012). Это может стать еще одной причиной, по которой девушка оказывается уязвимее иметь неверный диагноз в связи с меньшей узнаваемостью. Отдельное изучение элементов поведения обнаружило более выраженную тенденцию к самоповреждению, компульсивности и настойчивости к одинаковости у девушек с РАС (Antezana, 2018). Обнаруженные сведения особенно важно учитывать при коррекционной работе с лицами с РАС не только медицинскому персоналу, но и родителям и педагогам.

Поведение неразрывно связано с интересами и готовностью взаимодействовать, также имеющими выраженные особенности у обоих полов. Несмотря на предпочтение к типичным для биологического пола предметам в целом (Harrop, 2018), сравнения девочек с расстройством и без него показывают, что первые проявляют менее сложное поведение во время игры, как и мальчики с РАС (Harrop, Green, Hudry, 2016). Возникают проблемы с отсутствием однозначного понимания особенностей интересов у девушек. По некоторым данным девушки с РАС имеют менее низкий уровень интересов, по сравнению с юношами (Frazier, 2014). Другое исследование выявило более узкий круг интересов, но при этом респонденты были наиболее социально ориентированными (Fayden, 2018). Это находит подтверждение повышенным вниманием к социально значимым стимулам у девочек от 6 до 12 месяцев (Chawarska, 2016). Девочки с расстройством демонстрируют более высокие показатели взаимности, готовности к сотрудничеству с другими людьми, но все еще значительно меньше, чем здоровые девочки (Backer van Ommeren, 2016). Так же девушки обладают более

сильной мотивацией к социальному взаимодействию и дружбе, но при этом у них чаще отмечают больший уровень агрессии в отношениях (Sedgewick, 2015).

Для лучшего понимания трудностей, возникающих у девушек с РАС, а также разработке наиболее эффективного сопровождения, важно учитывать сами показания пациенток и их интеграцию в обществе. Не было выявлено значительной разницы при анализе занятости, но отношение к безработице чаще обосновывалось девушками их стремлением к воспитанию детей и домашним обязанностям (Taylor, 2019). Это приобретает особую важность при их показателях более низкой социальной интеграции, связанной с разницей предъявляемых требований к процессам социализации, основанной на типичных представлениях о гендере. Это может означать их желание максимально реализоваться в обществе, несмотря на диагноз, важно максимально им в этом содействовать.

Вывод. Таким образом, при анализе современных научных исследований выявлено, что, несмотря на отсутствие разницы в возрасте постановки диагноза и наличии одного уровня проявления аутистических признаков у лиц мужского и женского пола с РАС, существуют иные факторы, влияющие на вероятность диагностирования расстройства у женщин в меньшем количестве. Это частично подтвердили результаты использования расширенной версии одного из скрининговых опросников, учитывающего некоторые известные фенотипические особенности РАС у лиц женского пола. Так, исследования обнаруживают наличие «лингвистического камуфляжа», характеризующегося более типичным способом заполнения возникающих в речи пауз у женщин по сравнению с мужчинами с диагнозом РАС. В речи также отмечаются общие тенденции употребления объектно-ориентированных слов и слов познавательного процесса у респондентов, при этом девушки выделяются большим количеством слов второй категории. Замечена разница и в мультисенсорной обработке слов, не связанной с фиксацией взгляда. При коррекционной работе особенно важно учитывать менее выраженное повторяющееся и ограниченное поведение, а также специфику интересов и готовности к взаимодействию, имеющее свои отличия у девушек с расстройствами аутистического спектра. Следует уделить большое внимание жалобам самих пациенток, процессам их социализации и собственным стремлениям.

Список литературы

1. Antezana L., Factor R.S., Condy E.E., Stregge M.V., Scarpa A., Richey J.A. Gender differences in restricted and repetitive behaviors and interests in youth with autism // *Autism Research*. 2019. Vol. 12, № 2. P. 274-283. DOI: 10.1002/aur.2049.
2. Backer van Ommeren T., Koot H.M., Scheeren A.M., Begeer S. Sex differences in the reciprocal behaviour of children with autism // *Autism*. 2016. Vol. 21, № 6. P. 795-803. DOI: 10.1177/1362361316669622.

3. Boorse J., Cola M., Plate S., Yankowitz L., Pandey J., Schultz R.T., Parish-Morris J. Linguistic markers of autism in girls: evidence of a “blended phenotype” during storytelling // *Molecular Autism*. 2019. Vol. 10. DOI: 10.1186/s13229-019-0268-2.
4. Chawarska K., Macari S., Powell K., DiNicola L., Shic F. Enhanced social attention in female infant siblings at risk for autism // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016. Vol. 55, № 3. P. 188-195. DOI: 10.1016/j.jaac.2015.11.016.
5. Dworzynski K., Ronald A., Bolton P., Happé F. How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012. Vol. 51. P. 788797. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.05.018.
6. Fayden T.C., Albright J., Muskett A.E., Scarpa A. Brief Report: Sex Differences in ASD Diagnosis — A Brief Report on Restricted Interests and Repetitive Behaviors // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018. Vol. 49, № 4. P. 1693-1699. DOI: 10.1007/s10803-018-3838-9.
7. Frazier T.W., Georgiades S., Bishop S.L., Hardan A.Y. Behavioral and cognitive characteristics of females and males with autism in the Simons Simplex Collection // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2014. Vol. 53. P. 329-340. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.12.004.
8. Geelhand P., Bernard P., Klein O., van Tiel B., Kissine M. The role of gender in the perception of autism symptom severity and future behavioral development // *Molecular Autism*. 2019. Vol. 10. DOI: 10.1186/s13229-019-0266-4.
9. Harrop C., Green J., Hudry K. Play complexity and toy engagement in preschoolers with autism spectrum disorder: Do girls and boys differ? // *Autism*. 2016. Vol. 21, № 1. P. 37-50. DOI: 10.1177/1362361315622410.
10. Harrop C., Jones D., Zheng S., Nowell S., Boyd B.A., Sasson N.J. Circumscribed interests and attention in autism: The role of biological sex // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018. Vol. 48, № 10. P. 3449-3459. DOI: 10.1007/s10803-018-3612-z
11. Hiller R., Young R., Weber N. Sex differences in pre-diagnosis concerns for children later diagnosed with autism spectrum disorder // *Autism*. 2016. Vol. 20, № 1. P. 75-84. DOI: 10.1177/1362361314568899.
12. Jacquemont S., Coe B.P., Hersch M. A higher mutational burden in females supports a “female protective model” in neurodevelopmental disorders // *American Journal of Human Genetics*. 2014. Vol. 94. P. 415-425. DOI: 10.1016/j.ajhg.2014.02.001.
13. Kopp S., Gillberg C. The Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)-revised extended version (ASSQ-REV): an instrument for better capturing the autism phenotype in girls? A preliminary study involving 191 clinical cases and community controls // *Research in Developmental Disabilities*. 2011. Vol. 32, № 6. P. 2875-2888. DOI: 10.1016/j.ridd.2011.05.017.
14. Loomes R., Hull L., Mandy W.P.L. What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2017. Vol. 56. P. 466-474.
15. May T., Cornish K., Rinehart N.J. Gender Profiles of Behavioral Attention in Children With Autism Spectrum Disorder // *Journal of Attention Disorders*. 2012. Vol. 20, № 7. P. 627-635. DOI: 10.1177/1087054712455502.
16. Parish-Morris J., Lieberman M.Y., Cieri C. Linguistic camouflage in girls with autism spectrum disorder // *Molecular Autism*. 2017. Vol. 8. P. 48. DOI: 10.1186/s13229-017-0164-6.

17. Ross L.A., Del Bene V.A., Molholm S., Frey H.P., Foxe J.J. Sex differences in multisensory speech processing in both typically developing children and those on the autism spectrum // *Frontiers in Neuroscience*. 2015. Vol. 9. P. 185. DOI: 10.3389/fnins.2015.00185.

Schuck R.K., Flores R.E., Fung L.K., Brief Report: Sex/gender differences in symptomatology and camouflaging in adults with autism spectrum disorder // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019. Vol. 49, № 1. DOI: 10.1007/s10803-019-03998-y.

Sedgewick F., Hill V., Yates R., Pickering L., Pellicano E. Gender differences in the social motivation and friendship experiences of autistic and non-autistic adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015. Vol. 46, № 4. P. 1297-1306. DOI: 10.1007/s10803-015-2669-1.

Taylor J.L., Smith Da Walt L., Marvin A.R., Law J.K., Lipkin P. Sex differences in employment and supports for adults with autism spectrum disorder // *Autism*. 2019. DOI: 10.1177/1362361319827417.

УДК 159.9.072

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА КРАСНОЯРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Я.П. Гойколова, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Целью данной статьи является исследование тревожности студентов различных специальностей в адаптационный период. В работе представлены результаты психологического тестирования студентов лечебного, педиатрического, стоматологического и факультета МПФФ. В данной статье у студентов оценивается выраженность тревожности и депрессии в адаптационный период как факторы, влияющие на успешность освоения дисциплин и образование в вузе. Для меня, как студентки первого курса, эта проблема наиболее актуальна. Можно с уверенностью сказать, что данная работа поможет выявить тревожность и депрессию в адаптационный период у студентов первых курсов медицинского университета.

Ключевые слова: адаптация, тревожность у студентов-первокурсников, адаптационный период, медицинский вуз, тест Спилберга-Ханина.

Актуальность. Высокий уровень тревожности создает угрозу психическому здоровью личности, отрицательно влияет на результаты деятельности. Отмечается корреляция тревожности со свойствами личности, от которых зависит учебная успеваемость.

Адаптация как приспособление человека к изменяющимся условиям его жизни, представляет собой момент его жизнедеятельности. Дезадаптация же проявляется в ощущении внутреннего дискомфорта, напряженности, чувства тревоги, снижении чувства самооценности и уверенности в себе, что блокирует возможность человека успешно взаимодействовать со средой и может служить причиной нарушения психического здоровья.

Для меня, как студентки первого курса проблема адаптации и дезадаптации в частности весьма актуальна, так как необходимым условием успешной деятельности студента является освоение новых для него особенностей учебы.

Постановка проблемы. Одна из главных проблем стоящая в настоящее время перед обществом – это сохранение психологического здоровья. Тревожность – это психологическая особенность, склонность человека к переживанию состояния тревоги. Тревога рассматривается в психологии как неблагоприятное по своей эмоциональной окраске состояние или внутреннее условие, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий. Чаще всего тревожность связана с ожиданием социальных последствий его неудачи или успеха. Тревожность тесно связана со стрессом.

В настоящее время изучение разнообразных проявлений тревоги и тревожности постоянно расширяется. Проявление тревожности оценивается на производстве, в вузе в школе и даже в дошкольных учреждениях. Понятие тревоги и тревожности давно вышли за пределы психиатрии и стали привычными в психологии физиологии и этологии, что подчеркивает общепсихологическую значимость этих понятий объединяя различные их проявления у животных и человека (Бабаев, 2017).

Юность — пора самоанализа и самооценок. Самооценка осуществляется путем сравнения идеального «я» с реальным. Но идеальное «я» еще не выверено и может быть случайным, а реальное «я» еще всесторонне не оценено самой личностью.

Это объективное противоречие в развитии личности молодого человека может вызвать у него внутреннюю неуверенность в себе, и сопровождается иногда внешней агрессивностью, развязностью или чувством непонятности.

В целом, юношеский возраст, по Э. Эриксону, строится вокруг кризиса идентичности, состоящего из серии социальных и индивидуально-личностных выборов, идентификаций и самоопределений. Если юноше не удастся разрешить эти задачи, у него формируется неадекватная идентичность, развитие которой может идти по четырем основным линиям:

- 1) уход от психологической интимности, избегание тесных межличностных отношений;
- 2) размывание чувства времени, неспособность строить жизненные планы, страх взросления и перемен;

3) размывание продуктивных, творческих способностей, неумение мобилизовать свои внутренние ресурсы и сосредоточиться на какой-то главной деятельности;

4) формирование «негативной идентичности», отказ от самоопределения и выбор отрицательных образов для подражания.

У первокурсников, на протяжении первого года обучения происходит вхождение в студенческий коллектив, формируются навыки и умения рациональной организации умственной деятельности, осознается призвание к избранной профессии, вырабатывается оптимальный режим труда, досуга и быта, развиваются и воспитываются профессионально значимые качества личности. Это все сопровождается тревожностью и стрессом. Тревожность с одной стороны – это само переживание тревоги, при котором человек чувствует себя дискомфортно, и поэтому стремится, как можно скорее избавиться от этого чувства. С другой стороны, тревожность сигнализирует о реальных и возможных «неполадках».

В психологии проблемами тревожности занимались такие ученые как: В.М. Астапов, В.Р. Кисловская, Е.В. Новикова, А.М. Прихожан и многие др. Они отмечали, что тревожность, как правило, не является устойчивой чертой характера, но именно с детства высокий уровень тревожности закрепляется и становится чертой личности, что естественно создает угрозу в психическом развитии личности. Проблема тревожности рассматривается в трудах Зигмунда Фрейда. Он отметил, что тревожность – это реакция на опасность, неизвестную и не определенную. Таким образом, понятие «страх» и «тревога» не являются синонимами, но они могут использоваться как взаимозаменяемые в тех случаях, когда речь идет о реактивной, ситуативной тревожности. Страх и тревога - относительно эпизодические реакции, но они имеют свои аналоги в форме более устойчивых психических состояний: страх - в виде боязни (боязливости), а тревога - в виде тревожности. Если страх и отчасти тревога скорее ситуационно, чем личностно-обусловленные психические феномены, то боязнь и тревожность скорее личностно мотивированы и, соответственно, более устойчивы.

Р.С. Немов считает, что «тревожность - это свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства, испытывать страх и тревогу в специфических социальных ситуациях».

Е.В. Кучерова (1995) дает следующее определение: «Тревожность - отрицательное эмоциональное состояние, выступающее в качестве неадекватного обстановке стойкого ощущения страха, ожидание неблагоприятия со стороны окружающих в ситуациях, связанных с измененным или новым содержанием, а также в ситуациях нейтрального характера». Разум - лучшее средство против страхов и тревожности. Тревожность ниже у людей, ведущих разумный: деловой и упорядоченный образ жизни.

Больше всего тревог у людей, имеющих свободное время, живущих в комфорте, неорганизованных и не любящих дисциплину. Меньше других тревожатся люди занятые и дисциплинированные. В частности, уменьшению тревог способствует контроль мышления - это привычка думать, о чем нужно, и не думать, о чем не следует, чтобы себя же не пугать.

Лучше всего успокаивает дело. Разумные действия отвлекают от страхов того, кто тревожится, и меняют саму ситуацию на более благополучную. При этом, многим людям помогают такие простые, домашние средства, как в тревожной ситуации поглаживать мягкую игрушку. Мягкие движения ладони успокаивают, настраивают на ощущение благополучия. К подобным же рекомендациям относится совет начать петь песни с плавной мелодией и спокойным текстом, это дает тот же успокаивающий эффект.

Видимо, подобный же механизм у таких исторически проверенных методов, как медитативное чтение молитвенных текстов и успокаивающее дыхание, особенно в сочетании с практикой расслабления и собственно медитацией.

Таким образом, снижение тревожности студентов в процессе обучения является важным фактором их полноценного личностного роста и успешности образования в целом. Решение указанной проблемы видится нам на пути всесторонней гуманизации образовательного процесса, основным проводником на котором является личность педагога, способного принять идею человека как высшей ценности в качестве ключевого смысла своей деятельности.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе для реализации поставленной цели использовался метод психологического тестирования, а именно шкала оценки тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина.

В тестировании приняло участие 40 студентов – 10 студентов-первокурсников лечебного факультета, 10 студентов-первокурсников педиатрического факультета, 10 студентов-первокурсников стоматологического факультета и 10 студентов-первокурсников факультета МПФФ. Место исследования – город Красноярск, КрасГМУ.

Результаты исследования.

Таблица 1

Результаты ситуативной тревожности студентов первого курса факультета «МПФФ»

Общее количество (10 человек)	Показатели (%)	Уровень тревожности
3 человека	30%	Средняя ситуативная тревожность
6 человек	60%	Высокая ситуативная тревожность
1 человек	10%	Низкая ситуативная тревожность

Средняя ситуативная тревожность – 30%; высокая ситуативная тревожность – 60%; низкая ситуативная тревожность – 10%.

Таблица 2

Результаты исследования ситуативной тревожности у студентов первого курса факультета «Лечебное дело»

Общее количество (10 человек)	Показатели (%)	Уровень тревожности
3 человека	30%	Средняя ситуативная тревожность
5 человек	50%	Высокая ситуативная тревожность
2 человек	20%	Низкая ситуативная тревожность

Средняя ситуативная тревожность – 30%; высокая ситуативная тревожность – 50%; низкая ситуативная тревожность – 20%.

Таблица 3

Результаты ситуативной тревожности студентов первого курса факультета «Педиатрия»

Общее количество (10 человек)	Показатели (%)	Уровень тревожности
3 человека	30%	Средняя ситуативная тревожность
5 человек	50%	Высокая ситуативная тревожность
2 человек	20%	Низкая ситуативная тревожность

Средняя ситуативная тревожность – 30%; высокая ситуативная тревожность – 50%; низкая ситуативная тревожность – 20%.

Таблица 4

Результаты ситуативной тревожности студентов первого курса факультета «Стоматология»

Общее количество (10 человек)	Показатели (%)	Уровень тревожности
3 человека	30%	Средняя ситуативная тревожность
6 человек	60%	Высокая ситуативная тревожность
1 человек	10%	Низкая ситуативная тревожность

Средняя ситуативная тревожность – 30%; высокая ситуативная тревожность – 60%; низкая ситуативная тревожность – 10%.

Исходя из результатов исследования, можно сделать вывод, что на факультете МПФФ и Стоматологии уровень ситуативной тревожности выше,

чем у студентов других специальностей. Самый низкий уровень ситуативной тревожности на факультете Педиатрии и Лечебного дела. Далее приводилось исследование личностной тревожности, и в результате исследования мы получили следующие данные представленные в таблицах.

Таблица 5

Результаты личностной тревожности студентов первого курса факультета «МПФФ»

Общее количество (10 человек)	Показатели (%)	Уровень тревожности
3 человека	30%	Низкая личностная тревожность
4 человека	40 %	Средняя личностная тревожность
3 человека	30%	Высокая личностная тревожность

Средняя личностная тревожность – 40%; высокая личностная тревожность – 30%; низкая личностная тревожность – 30%.

Таблица 6

Результаты исследования личностной тревожности у студентов первого курса факультет «Лечебное дело»

Общее количество (10 человек)	Показатели (%)	Уровень тревожности
2 человека	20%	Низкая личностная тревожность
4 человека	40 %	Средняя личностная тревожность
4 человека	40%	Высокая личностная тревожность

Средняя личностная тревожность – 40%; высокая личностная тревожность – 40%; низкая личностная тревожность – 20%.

Таблица 7

Результаты личностной тревожности студентов первого курса факультета «Педиатрия»

Общее количество (10 человек)	Показатели (%)	Уровень тревожности
3 человека	30%	Низкая личностная тревожность
4 человека	40 %	Средняя личностная тревожность
5 человека	50%	Высокая личностная тревожность

Средняя личностная тревожность – 40%; высокая личностная тревожность – 50%; низкая ситуативная тревожность – 10%.

**Результаты личностной тревожности студентов первого курса
факультета «Стоматология»**

Общее количество (10 человек)	Показатели (%)	Уровень тревожности
1 человека	10%	Низкая личностная тревожность
5 человека	50 %	Средняя личностная тревожность
4 человека	40%	Высокая личностная тревожность

Средняя личностная тревожность – 50%; высокая личностная тревожность – 40%; низкая личностная тревожность – 10%.

Исходя из результатов исследования, можно сделать вывод, что на факультете Лечебного дела уровень личностной тревожности выше, чем у студентов других специальностей. Самый низкий уровень ситуативной тревожности на факультете МПФФ.

Вывод. Обобщая результаты исследования можно сказать, что в процессе проведенного исследования и выявления тревожности у студентов первых-курсов, и по полученным результатам видно, что чем выше уровень тревожности, тем более студенты подвержены всевозможным стрессам.

Список литературы

1. Бабаев Т.М. Психологические особенности тревожности студентов в первый год обучения // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2017. Т. 6, № 2А. С. 39-48.
2. Каргина Н.В. Сравнительное исследование любознательности, настойчивости и общительности студентов : дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. 159 с.
3. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности. СПб.: Речь, 2006. 198 с.
4. Прохоров А.О. Практикум по психологии состояний : учебное пособие / под ред. А.О. Прохорова. СПб.: Речь, 2004. 480 с.

УДК 316.65

ПРОБЛЕМЫ В МЕЖЭТНИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЯХ

Н. Гуандегно Нгонгуэ Шамбазов Сузи, С.М. Колкова

Сибирский федеральный университет, г. Красноярск, Россия

Аннотация. В статье описывается отношение авторов к этническим конфликтам. Рассматриваются причины и возможности не вхождения в конфликт. Приводятся примеры и мнение автора, проживавшего в разных странах мира.

Ключевые слова: социальные конфликты, этнорелигиозно-территориальные конфликты, общественные противоречия, политическая нестабильность.

Актуальность. Под этническим конфликтом понимается конфликт между представителями разных народностей или этнических групп, возникающий в результате различий в быту, традициях, культуре, а также в результате социального неравенства. Проблема этнических конфликтов в течение последних десятилетий является одной из наиболее актуальных тем для исследователей, представляющих различные сферы науки.

Один из важных аспектов исторического развития состоит в неуклонном расширении межэтнических контактов. Развитие коммуникаций, рост мобильности населения, совершенствование средств массовой информации – все это разрушает замкнутость этносов, расширяет сферу их взаимодействия и взаимозависимости. Наряду с этим наблюдается и противоположная тенденция. В настоящее время в мире насчитывается свыше 2 тыс. этносов, среди которых 96,2% населения составляют этносы численностью в один миллион и более человек (их в мире 267). Происходит увеличение численности этносов и уменьшение малочисленных народов. Этнические общины стремятся сохранить себя, свой исторический опыт, культуру, самобытность.

По мнению ряда политиков, географов, социологов, существующие границы государств будут терять свое значение, если они не соответствуют языковым и территориальным границам проживающих там этносов. Результатом этой тенденции может стать увеличение числа независимых государств со 190 (в настоящее время) до 300 с лишним (через 25-30 лет). Нередко вторая тенденция оказывается определяющей в системе межэтнических отношений и часто приводит к межэтническим конфликтам.

Постановка проблемы. Межэтнические конфликты представляют собой конфликты, происходящие между отдельными представителями, социальными группами различных этносов, и конфронтацию двух или нескольких этносов. В качестве типов межэтнических конфликтов можно выделить: межличностные, этносоциальные и межэтнические конфликты в строгом смысле термина.

По мере разрешения главных идеологических конфликтов XX в. затяжные этнические конфликты непременно станут заметными и ожесточенными. Важно уметь разобраться в истоках межэтнических конфликтов, знать и пути их урегулирования.

Межэтнический конфликт – тип социального конфликта, выражающийся в противоречии интересов, взаимной неприязни, эмоциональной вражде, противоречивом состоянии и действиях этносов по отношению один к другому.

Основные особенности межэтнических конфликтов.

Эти конфликты имеют исторические корни, вытекают из элементов этнической культуры.

Нередко приобретают религиозный оттенок.

Наряду с социальными и политическими целями имеют национальный аспект.

Принимают резкий характер при резком и существенном изменении сложившейся этнической, экономической и социальной ситуации.

Носят чаще всего более острый, непримиримый характер, чем другие социальные конфликты.

Активное участие в разрешении конфликтов и в самом конфликте принимает государство.

Разрешение межэтнического конфликта является более трудным и течет более медленно, чем многие другие социальные конфликты.

Последствия межэтнического конфликта проявляются длительное время, откладываясь в исторической, этнической, коллективной памяти и национальной психологии этноса.

Межэтнические конфликты особенно разгораются после достижения независимости государств, т.к. возникают споры о границах для угнетаемых ранее наций.

Этнические права уже изначально заключают в себе элементы социального расизма.

Тенденция к демократии вступает в противоречие со стремлением этносов к самоутверждению и даже к самоизоляции.

Субъектом межэтнического конфликта является этническая группа.

«Этническая группа — это общность людей, разделяющих определенные нормы поведения и составляющая часть более широкого социального слоя, важной особенностью которой является выраженная групповая принадлежность»¹.

Как и всякий конфликт, межэтнический конфликт играет как конструктивную, так и деструктивную роль.

Конструктивная роль межэтнического конфликта: может привести к решению значимой этнической проблемы; усиливает адаптационные возможности этноса. «Чем чаще и слабее происходят конфликты в социальной системе, тем вероятнее, что изменения в системе в результате приведут к повышению степени ее адаптированности и интегрированности» (А. Козер).

Деструктивная роль межэтнического конфликта заключается в том, что он приводит к разрушению государства.

Факторы, усиливающие межэтнический конфликт:

- отсутствие национальной политики;
- крайности, непоследовательность в национальной политике;
- рост национальной элиты;
- бездействие власти в ответ на акции насилия;

- давние исторические корни межэтнического конфликта;
- отрицательный образ центральной власти.

Цели сторон в межэтническом конфликте:

- обретение политической власти;
- получение доступа к ресурсам;
- решение социально-экономических, территориальных, культурных, языковых проблем в пользу своей этнической группы.

Возможные результаты межэтнического конфликта:

- победа одной стороны над другой;
- сохранение конфликтного состояния;
- взаимное поражение;
- взаимный выигрыш.

Решающие факторы в межэтническом конфликте:

- позиция государства;
- зрелость этнической элиты (интеллигенции);
- образ (имидж) власти в глазах населения;
- характер личности лидеров сторон;
- позиция средств массовой информации.

Главная причина столь пристального внимания к данному вопросу заключается в трудно разрешимости подобного рода конфликтов, которые к тому же стали одним из наиболее распространенных источников общественных противоречий и политической нестабильности. Большинство существующих в настоящее время конфликтов можно идентифицировать как этнорелигиозно-территориальные. Для Российской Федерации данная проблема является серьезной.

Одной из наиболее четко проявляющихся форм межличностных отношений, выстроенных по этническому основанию, выступает конфликт. Возможно, это связано с тем, что именно в конфликтной ситуации наиболее ярко проявляются этнические маркеры и наиболее жестко «держатся» этнические границы.

В теоретической социологии исследователи давно разделились на две группы – функционалистов и конфликтологов. Такое размежевание произошло по кардинальной проблеме – выделению источников и характера социальных трансформаций. Функционалисты в лице П. Сорокина, Т. Парсонса, Р. Мертонса, Н. Смелзера делали акцент на слаженности функционирования социальной системы, в условиях которой конфликтность – проявление патологии. Об этом свидетельствует также иррациональный характер конфликтов, сопровождающихся вспышками не объяснимого насилия, ненависти и кровопролитиями. Теоретики – конфликтологи, наиболее известные из которых К. Маркс и Р. Дарендорф, интерпретируют конфликт как важнейший источник социальной динамики, внутренне (имманентно) присущий социуму. А поэтому регулирование конфликтов предполагает использование социальных технологий, которые включают

институционализацию как субъектов конфликта, так и самой конфликтной ситуации (введение правил игры, переговорного процесса, института посредников и пр.).

Основное большинство исследователей сходится на том, что этнический (межэтнический) конфликт является частным случаем конфликта социального, обладая при этом специфическими особенностями. К ним можно отнести характер субъектов (конфликтующие группы сформированы по этническому основанию) и эмоционально-иррациональный характер протекания конфликта.

Для предупреждения конфликтов необходимо, прежде всего, иметь как можно больший объем информации, материалов о ценностных ориентациях, жизненных ценностях этнических групп. В русле профилактики напряжения в отношениях этнического и религиозного характера, остановимся на одном из предназначений социологии - изучении людей в обществе.

«Изучать и анализировать общество – это больше, чем читать ему мораль». По этой цитате Висента Ван Гога выходит, что тем больше мы знаем обрядов и обычаев определённого народа, тем лучше его понимаем, тем меньше будем критиковать его действия. И даже это меняет их восприятие нас.

Один из авторов статьи из Габона, о Наоми пришлось жить один год в Бенин, другая страна Африки. Несмотря на то, что обе страны бывшие колонии Франции, у них разная культура, которая сильно отличается. Наоми смотрела на некоторые ситуации как неприемлемые (например, есть в одной тарелке с кем то), но пока Наоми критиковала, пыталась объяснить, почему это плохо, у Наоми было мало друзей. А когда Наоми стала интересоваться их традициями, изучать один из местных языков, Наоми открыла на протяжении моего проживания много положительных аспектов. Стала одеваться как все, говорить «почти» как все и у Наоми появились друзья. Когда теперь Наоми думает об этом эпизоде, где она отказалась есть руками из одной тарелки с подругой, Наоми смешно. Мы все когда-нибудь ели из чужой тарелки - «что тут такого?», если соблюдены правила гигиены.

Из этого примера Наоми делает вывод, что знания социологии можно использовать с целью «профилактики» напряжений в межэтнических и религиозных отношениях.

По нашему мнению конфликт зависит не столько от знания человека, его культура и т. д, сколько от способности принять человека таким какой он есть. Есть арабская пословица «нет хуже слепого, тем тот, кто не хочет видеть». Если некто не готов уступить медиатору тот, к сожалению, не поможет.

Исследователи, занимающиеся проблемами религиозности, отмечают, что религия, разделяя этнические группы, в то же время способствуют сохранению толерантности. Важен также факт, что в России «кистинно верующих» людей немного. Для доминирующей части основой религиозной веры является самосознание («внутреннее ощущение принадлеж-

ности»). И в то же время ощущение принадлежности к конфессии или течению внутри нее – одна из опор для этнической идентификации, а нередко – и идеологической ориентации.

Приводим пример: Наоми жила 1 год с сыном и его няней. Она из Узбекистана, мусульманка. Наоми из Габона, выросла в семье пятидесятников. Нечего не знала об её стране, кроме названия, а для пятидесятников бог в мусульманской религии не бог. Но мы все больше узнавали друг о друге, относились с уважением друг к другу, и проявили толерантность. Поэтому у нас не было ни конфликтов, ни проблем связанных с нашими национальностями и религиями.

В итоге можно сказать, что знания социологии могут положительно влиять на стереотип и, следовательно, улучшать отношения между людьми. А отсутствие знаний о той или иной культуре может стать поводом конфликтовать. Конфликт рождается, когда мышление не критическое, когда человек хочет навязать свои ценности и мнения всем.

Помимо важности социологических знаний, изучая психологию, я все больше прихожу к выводу, что путь к разрешению межэтнических и религиозных конфликтов, лежит также в самопринятии, которое приводит к принятию других и толерантности. «Ты будешь любить своего ближнего как самого себя».

Содержание политических конфликтов в отдельной стране зависит от структурных и функциональных характеристик политической власти, потребностей политического развития общества, состояния идеологии, традиций и опыта политической борьбы, особенностей политической культуры. Политическая конфликтность в России определяется влиянием исторических и политических традиций, господствующих норм морали и политической ментальности, привычек политического поведения граждан и стереотипов сознания. Эта зависимость проявляется как на индивидуальном, так и на групповом уровнях.

Вывод. На межличностном уровне в ряде культур акцент делается на факторе соответствия другим, внимательного отношения к ним, близости и гармоничной взаимозависимости с другими. Такой тип личностного взаимоотношения присущ восточным, азиатским, латиноамериканским культурам. В отличие от них в западноевропейской и североамериканской культурах никогда не ценилось такое открытое единение с другими. В этих культурах люди стремятся поддержать свою независимость от других путем выражения своих индивидуальных особенностей. Политически это находит отражение в стремлении к равенству и справедливости коллективных форм жизнедеятельности в первом случае, и в стремлении к правовой защищенности частной инициативы и индивидуальности – во втором.

Политическая конфликтность на групповом уровне определяется сложившимися ценностями и нормами общения, специфическими для определенного этноса.

Список литературы

1. Абдулатипов Р.Г. Этнополитические конфликты в СНГ: наднациональные механизмы урегулирования. М., 1996.
2. Авксентьев А.В., Авксентьев В.А. Этнические проблемы современности и культура межнационального общения. Ставрополь : СГПИ, 1993. 222 с.
3. Авксентьев В.А. Этническая конфликтология. Ставрополь, 1996.
4. Аклаев, А.Р. Проблема насилия в межнациональных конфликтах // Социальные конфликты. Ч. 2. М., 1993.
5. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология: теория, история, библиография. М.: Дом Советов, 1996. 143 с.
6. Видоевич З. Общественные конфликты в контексте нового переходного времени. М., 1996.
7. Дарендорф Р. Элементы теории социального конфликта // СОЦИС. 1994. № 5. С. 142-147.
8. Доронина Н.И. Международный конфликт : О буржуаз. теориях конфликта : Критич. анализ методологии исслед. М. : Междунар. отношения, 1981. 181 с.
9. Доронченков А.И. Межнациональные отношения и национальная политика в России: актуальные проблемы теории, истории и современной практики : Этнополитол. очерк. СПб. : Центр. ин-т повыш. квалификац. руководящ. работников и специалист. проф. образования М-ва образования Рос. Федерации, 1995. 199 с.
10. Здравомыслов А.Г. Социология конфликта : Россия на путях преодоления кризиса. М. : Аспект-пресс, 1994. 316 с.
11. Козер Л. Функции социального конфликта. М. : Идея-Пресс Дом интеллектуал. кн., 2000. 205 с.
12. Скворцов Н.Г. Проблема этничности в социальной антропологии. СПб.: Издательство Санкт-Петербургского государственного университета, 1997. 183 с.
13. Скворцов Н.Г. Этничность и трансформационные процессы // Этничность. Национальные движения. Социальная практика: Сб. статей. СПб., 1995.
14. Тишков В.А. Очерки теории и политики этничности в России. М. : Информ.-изд. агентство «Русский мир», 1997. 531 с.

УДК 159.9

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АКЦЕНТУАЦИЯМИ ХАРАКТЕРА

Л.С. Давыдов, Р.В. Мельников, В.Б. Чупина

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В данной статье рассмотрены теоретические аспекты аддиктивного поведения среди подростков с акцентуацией характера, влияние акцентуаций характера на аддиктивное поведение. а также методы профилактики аддиктивного поведения и работы с подростками склонными к аддикциям.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, акцентуации характера, профилактика, подростки, зависимость.

Актуальность. Одной из наиболее актуальных и социально значимых проблем современного мира является проблема аддиктивного поведения. Особенно беспокоит здесь то, что в последние годы отмечается значительный рост числа детей и подростков склонных к аддикциям. Аддиктивное поведение может проявляться в употреблении всевозможных психоактивных веществ: наркомании, токсикомании, алкоголизме, курении и пр., а также в нехимических зависимостях, например, в зависимости от сети Интернет или азартных игр. Склонность к зависимости как от алкоголя и наркотиков, так и от Интернета препятствует эффективной социализации, которая играет важную роль в период подросткового возраста. Значительную роль на формирование аддиктивного поведения играют и акцентуации характера.

Постановка проблемы. Считаю важным обратить внимание на выявление мер и методов профилактики аддиктивного поведения среди подростков с акцентуацией характера.

Исследование носит сугубо теоретический характер, поэтому целью явилось: изучение в теоретическом аспекте причин аддиктивного поведения акцентуированных подростков, и, выявление методов профилактики.

Методы и материалы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: теоретический анализ источников, анализ, синтез, реферирование, составление библиографии по проблеме исследования.

Аддиктивное поведение – форма девиантного поведения, которая выражается в стремлении уйти из реальности посредством изменения своего психического состояния. Этот механизм реализуется путем употребления определенных веществ (алкоголь, запрещенные препараты) или повторением какого-либо вида деятельности – игромания, трудовогоголизма, переедание и так далее. Деструктивный характер подобной активности определяется, во-первых, вредоносным воздействием на организм (если речь идет о химических аддикциях) и, во-вторых, деятельностью индивида, которая, как правило, способствует разрыву его отношений с социумом.

Акцентуация характера – это крайний вариант нормы, при котором отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей устойчивости к другим.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в начале 21 в. распространение у людей различных зависимостей принимает характер эпидемии, затрагивающей более 400 млн. человек. Большинство иссле-

дователей отмечают, что в последние два десятилетия существенно расширилось пространство девиации, к химическим зависимостям сегодня прибавился список социокультурных девиаций и аддикций, таких как зависимость от азартных игр, зависимость от риска, интернет-зависимость и многие другие. Стремительный рост ненормативной активности и зависимых форм поведения особенно остро отмечается среди молодёжи, что ведёт к разрушению физического и психического здоровья будущего поколения. Многие исследователи, изучающие особенности зависимости от психоактивных веществ среди молодёжи, отмечают влияние акцентуации характера личности на возможность формирования склонности к химическим аддикциям (алкоголизм, наркомания), а так же к интернет-зависимости (Карабинская, 2014).

К аддиктивному поведению склонны акцентуации характера по неустойчивому типу, такие как гипертимные, циклоидные, шизоидные, эпилептоидные и истероидные, причем в зависимости от типа акцентуации проявления алкогольной и наркотической аддикции будут носить разный характер. Особенности гипертимного, эпилептоидного и истероидного характеров позволяют таким личностям занимать лидирующие позиции в группе. Опасность данной ситуации состоит в том, что потенциальные лидеры - наркоманы и алкоголики - будут способствовать вовлечению в аддиктивное поведение других подростков.

Анализ научной литературы показал, что взаимосвязь акцентуаций характера и склонности к алкогольной и наркотической зависимости изучалась преимущественно у подростков, в рамках клинической психологии и наркологии. Целенаправленная психолого-педагогическая работа с подростками, имеющими высокий уровень склонности к зависимости от психоактивных веществ, позволит его снизить и будет способствовать более успешной социализации таких детей в период обучения в образовательных учреждениях (Палицкая, 2016).

К основным признакам аддиктивного поведения относят:

1. предвосхищение аддиктивного поведения;
2. зависимое поведение продолжается дольше, чем ожидалось;
3. необходимость увеличивать продолжительность зависимого поведения, чтобы достичь того же эффекта;
4. повторяющиеся попытки сократить либо остановить зависимое поведение;
5. социальная или профессиональная активность страдают по причине зависимого поведения;
6. зависимое поведение продолжается, несмотря на социальные, профессиональные проблемы.

Несмотря на то, что в данной статье мы обращаем особое внимание на влияние акцентуаций характера в формировании аддиктивного поведения, нельзя не отметить и другие факторы, способствующие его раз-

витию. В целях улучшения профилактики педагогам и родителям следует учитывать, что в группе риска развития аддиктивного поведения может оказаться не только подросток с некоторыми типами акцентуаций, но и любой подросток, имеющий один или несколько факторов риска, включающих биологические, социальные и психологические факторы.

К таким факторам относят:

1. Нарушения внутрисемейных отношений, факты духовного, физического, эмоционального или сексуального насилия;

2. Перманентное состояние тревоги, сниженный фон настроения, выраженные суицидальные тенденции; дезадаптация, склонность к саморазрушающему поведению;

3. Конфликтность, выраженная агрессивность, вспыльчивость, раздражительность;

4. Трудности выражения собственных эмоций, чувств, низкий уровень сформированности самосознания, саморефлексии, планирования собственных поведенческих стратегий относительно достижения поставленных целей, отказ от перспектив личностного развития, нарушения в мотивационно-потребностной сфере;

5. Низкий уровень сформированности навыков эмоционально-волевого контроля.

6. Генетические предрасположенности.

Профилактика аддиктивного поведения в России осуществляется разными федеральными структурами (ФСКН, Министерство образования и науки, Министерство здравоохранения и социального развития) и другими организациями, каждая из которых имеет собственное видение цели, задач и реального участия.

Деятельность данных структур является недостаточно скоординированной в связи с отсутствием единого государственного подхода, что препятствует повышению эффективности проводимых профилактических воздействий. Особенности организации финансирования профилактических служб в этих структурах пока не позволяют проводить профилактических вмешательств всех четырех указанных выше видов на трех уровнях (семья, школа, местожительства). Возникающие в результате этого дефекты профилактики приводят к развитию новых случаев развития зависимости от психоактивных веществ, необходимости их лечения и реабилитации, что достаточно дорого стоит государству.

Современные представления о профилактике аддиктивного поведения предполагают проведение профилактических вмешательств четырех видов:

1. Универсальные профилактические вмешательства. Этот тип профилактики аддиктивного поведения ориентирован на население в целом или на его отдельные большие однородные группы, члены которых идентифицируются как личности, не имеющие предшествующего риска развития аддиктивного поведения. В целом, они определяются как имеющие

усредненную вероятность риска развития болезни, и критерии риска развития заболевания не являются основанием для выделения каких - либо определенных групп населения при данном виде профилактических вмешательств.

2. Универсальные профилактические вмешательства осуществляются на уровнях: а) семья, б) школа (учебное заведение), в) место жительства (вне семьи и вне школы). Например: проводимые в рамках школьных программ профилактические меры, направленные на выработку социальных навыков отказа от употребления психоактивных веществ.

3. Выборочные, избирательные профилактические вмешательства. Селективные профилактические вмешательства ориентированы на отдельные группы населения, подверженные риску аддиктивного поведения. Селективные профилактические вмешательства осуществляются на аналогичных уровнях. Например: вмешательства, ориентированные на детей, имеющих факторы риска развития аддиктивного поведения (ситуации развода родителей, смерти близкого родственника, психического заболевания родителей).

4. Профилактические вмешательства по индивидуальным показаниям. Индивидуально-ориентированная профилактика аддиктивного поведения нацелена на лиц, у которых имеется высокий риск развития заболевания. Например, воздействия, ориентированные на детей, имеющих признаки депрессии, высокой тревоги и склонных к агрессии. Имеющиеся у них в настоящее время симптомы расстройств не достигают уровня выраженности, необходимого для постановки диагноза. Профилактические вмешательства по индивидуальным показаниям осуществляются на уровнях: а) семья, б) школа (учебное заведение), в) место жительства (вне семьи и вне школы).

5. Профилактика аддиктивного поведения, ориентированная на окружающую среду. Профилактические действия по предупреждению аддиктивного поведения, направленные на окружающую среду - это предупреждающие вмешательства, нацеленные на изменение социальной, экономической, физической и культуральной сред обитания, в которых люди делают свой выбор использования психоактивных веществ или отказа от их употребления. На результат выбора влияют не только особенности личности человека, но и такие особенности среды обитания, как доступность табака, алкоголя и наркотиков, особенности налогообложения и политики ценообразования, рекламы.

Профилактическая работа может быть индивидуальной или групповой. В случае групповых форм, это, прежде всего тренинги личностного роста с элементами коррекции отдельных личностных особенностей и форм поведения, включающие формирование и развитие навыков работы над собой.

Кроме этого можно работать и над отдельными навыками, необходимыми этим детям. К примеру, это могут быть всевозможные тренинги, направленные на коррекцию и развитие навыков общения, преодоления стрессовых ситуаций, у этих детей необходимо вырабатывать уверенность в себе, обучать их целеполаганию и целедостижению. Эти дети часто страдают неумением распознавать свои чувства. Это может быть работа с личностными границами, работа над умением разделять свои и чужие чувства и проблемы. Самое важное, о чем следует помнить при работе с этими детьми, это то, что наша главная задача - вытащить в центр сознания этого ребенка его самого, вместе с его чувствами и потребностями.

Для эффективной реализации профилактической программы предполагается работать с личностными характеристиками, приводящими к формированию аддикций. Необходимо делать акцент на формировании адекватной, стабильной самооценки, развитии умения контролировать свои эмоции и поступки, умения брать на себя ответственность, определять свои цели, принимать решения и последовательно их реализовывать. Очень важно формировать позитивное отношение к самим себе, к другим людям, к жизни в целом.

При работе по снижению уровня склонности к зависимому поведению важно обращать внимание на такие аспекты, как формирование коммуникативных навыков, навыков эффективной деятельности, навыков концентрации. Важно развивать у подростков целеустремленность, доброжелательное отношение к людям, дисциплинированность, нормативность поведения и следование этическим нормам.

Вывод. Резюмируя вышесказанное, очевидно, что проблема аддиктивного поведения среди подростков как никогда актуальна в современной России, и данная проблема требует большой работы. Существующие методы профилактической работы с аддиктивным поведением значительно способны помочь педагогам и родителям в воспитании акцентуированных подростков, но, в данный момент, не в каждом образовательном учреждении применяются систематизированные меры в области выявления и профилактики аддиктивного поведения.

Стабильно высокий уровень распространенности алкоголизма, зависимости от наркотиков, рост поведенческих аддикций (склонность к азартным играм, интернет-зависимость и т.д.); низкая эффективность проводимого лечения, низкий уровень системы реабилитации являются основаниями для создания новой системы профилактики аддиктивного поведения. Эффективность этих профилактических мероприятий, может быть достаточно высокой, если государство будет осуществлять профилактические мероприятия, ориентированные на окружающую среду, влияя на доступность табака, алкоголя и наркотиков, используя механизмы налогообложения и политики ценообразования, рекламы и т.д.

Список литературы

1. Иванов Д.В. Профилактика склонности к аддиктивному поведению подростков с акцентуациями характера // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2014. № 3. С. 48-51.
2. Карабинская О.А. Факторы, влияющие на формирование аддиктивного поведения у студентов медицинского вуза с учётом этнических особенностей / О.А. Карабинская // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2014. № 3. С. 84-88.
3. Палицкая А.С. Влияние акцентуации характера на аддиктивное поведение подростков // Символ науки. 2016. № 2-3. С. 217-218.
4. Пономарев В.И. Характеристика акцентуаций характера у детей и подростков с зависимостью от летучих органических соединений // Мир медицины и биологии. 2009. № 2. С. 56-61.
5. Чевекина Е.А. Влияние акцентуаций характера на социализацию аддиктивной личности // Научный диалог. 2012. № 11. С. 72-83.

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГИГИЕНЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СОТРУДНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР

И.Р. Демченко, О.В. Волкова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности психогигиены у сотрудников силовых структур при профессиональном выгорании. Имеющиеся исследования дают возможность сказать о том, что данная проблема нуждается в рассмотрении для сохранения психологического здоровья и предотвращения развития синдрома профессионального выгорания у сотрудников силовых структур. Также в статье рассматривается и распространенные задачи, которые решают в процессе профилактики профессионального выгорания.

Ключевые слова: психогигиена; профессиональное выгорание; сотрудники силовых структур.

Актуальность. На современном этапе становления психологической науки проблема сохранения психологического здоровья, в частности, полноценного функционирования личности представителей силовых структур приобрела особую остроту с точки зрения фундаментального и прикладного аспектов. Находясь в условиях постоянного взаимодействия с людьми, с девиантными формами поведения, конфликтующими с законом и отказавшихся от самореализации, они регулярно попадают в ситуации, правовое

и нравственное содержание которых не только не совпадает, но и противоречит друг другу, в которых требуется оставаться человеком и выполнять профессиональные обязанности, ежедневно сталкиваясь с проявлениями государственного закрепленного и «незаконного» насилия, репрессий, иногда стирающих грань между пытками и «условиями содержания».

Подобная ситуация увеличивает риск появления нервно-психического напряжения у человека, что приводит к возникновению невротических расстройств и, в том числе, психосоматических заболеваний.

Соответственно, значимость исследования феномена профессионального выгорания специалистов разных отраслей профессиональной деятельности является в высшей степени актуальной в последние годы. Особая важность данного вопроса обуславливается высокой вероятностью возникновения у сотрудников силовых структур форм профессиональной деформации, в том числе профессионального выгорания, под влиянием особенных условий профессиональной деятельности; а также недостаточной изученностью проблемы выгорания у представителей этой профессии в рамках современной медицинской психологии.

Постановка проблемы. Психогигиена — это отрасль психологии, которая изучает факторы и условия окружающих для сохранения и достижения психологического здоровья. Психологическое здоровье прежде всего представляет состояние полного душевного равновесия, умение владеть собой, способность быстро приспосабливаться к сложным ситуациям и их преодолеть. Профилактика неадекватных психических реакций при профессиональном выгорании у сотрудников силовых структур - серьезная задача психогигиены (Забегалина, 2014).

Сотрудники силовых структур имеют сложности с переключением профессиональной деятельности на личностные сценарии. Карьера это сознательно выбранный и реализуемый силовиком путь профессионального продвижения к намеченному статусу, что обеспечивает профессиональное и социальное самоутверждение в соответствии с уровнем его квалификации (Канунникова, 2016).

Большое значение такие психологические качества, как самоконтроль, самооценка, стрессоустойчивость, а также физическая натренированность, умение переключаться и управлять своими эмоциями. Чрезвычайно важным для силовиков является навык самообладания. Следует подчеркнуть, что самообладание это не столько качество личности, сколько процесс управления своим поведением в экстремальной ситуации. В связи с тем, что сотрудники силовых структур часто приходится бывать именно в таких ситуациях, ему необходимо развивать в себе способности и навыки самообладания (Жовнерчук, 2014).

К распространенным задачам, которые решают в процессе профилактики профессионального выгорания работников силовых структур можно отнести:

- выработку у сотрудников профессионального иммунитета и высокой культуры в работе;
- развитие нравственно-психологической устойчивости и деловой направленности у всех работников;
- формирование у работников установки на следование в работе кодексу профессиональной чести;
- формирование оптимально-психологического климата в службах и подразделениях органов правопорядка (Крук, 2016).

Профессиональный подбор сотрудников оказывает психогигиеническое значение в профессиях, связанных с большим риском и тяжелыми условиями. Важным критерием психогигиены считается изучение и предотвращение воздействия психотравмирующих факторов, связанных с особенностями профессиональной деятельности сотрудников.

Имеется большое число определенных методов профилактики синдрома эмоционального выгорания:

- поддержание собственного физиологического самочувствия (соблюдения режима сна и питания);
- удовлетворенность общественной жизнью;
- открытость новому опыту;
- хобби, приносящее удовольствие;
- участие в работе с группой, которая дает возможность обсудить возникшие индивидуальные проблемы, связанные с профессиональной деятельностью (Кобозев, 2016).

Методы и материалы. Для реализации поставленной проблемы был использован теоретический метод исследования (анализ и синтез научной литературы согласно теме исследования).

Результаты и их обсуждение. Таким образом, чтобы предотвратить синдром профессионального выгорания, сотрудники силовых структур обязаны оценивать свою жизнедеятельность (живет ли он так, как ему хочется). Только лишь заботясь о качестве своей жизни, можно оставаться эффективным сотрудником.

Неотъемлемым условием профессионального формирования личности является осознание ею способов самосохранения, которое рассматривается, как умение личности противодействовать неблагоприятно складывающейся социально-профессиональными условиями, максимально актуализировать профессионально-психологический потенциал, противостоять профессионально обусловленным кризисам, деформации, а также стремление к профессиональному изменению.

Особый интерес уделяется приему самосохранения, обозначенному как осуществление запланированного профессионального плана. Индивидуальный профессиональный план считается главным регулятором профессионализации личности, заключая ее представления о целях и перспективах профессиональной деятельности, ключевых стадиях, пу-

тях и средствах ее достижения, возможных препятствиях и методах их преодоления. Наличие точной и актуальной жизненной перспективы дает человеку сильные стимулы к творчеству, появляется оптимистичное мировосприятие, создается заинтересованность к будущему как полю самореализации. В работе по формированию личностно- и социально-значимых стратегий профессиональной деятельности большое значение имеет использование биографического метода, побуждающего человека к анализу собственной жизни, деятельности, планов на будущее, позволяющего вносить поправки в жизненную программу (Judge, 2018).

Основным профилактическим критерием профессиональных деструкций личности обязаны являть непрерывный креативный подход в деятельности, увлечение альтернатив в профессиональных задачах, разнообразие круга общения. В период профессионального обучения следует формировать как бы дополнительную уровень независимости, никак не замыкаясь в узких рамках предстоящих профессиональных заданий. Следует отметить, что значительные профессиональные деформации негативно сказываются на профессиональной деятельности, снижая ее результативность, но и на других сферах жизнедеятельности (Влах, 2017).

Основными способами защиты от деформации являются:

- рост осознания - посредством повышения информации о собственной личности и стоящих перед ней профессиональных вопросов;
- переоценка собственной личности и своего профессионального статуса - через оценку того, что сотрудник правоохранительных органов думает о себе и своей профессии согласно с проблемными условиями;
- трансформация когнитивных компонентов коммуникативных установок - через информационно-мотивационное осознания значимости коммуникаций в системе повышения квалификации и переподготовки сотрудников;
- самоосвобождение от когнитивных стереотипов - посредством презентации смысла коммуникативной деятельности;
- освоение новых способов коммуникативного действия в роли обучающегося через специальный коммуникативно-игровой тренинг (Вишняков, 2016).

Особый интерес необходимо сосредоточит на развитие защитных механизмов у каждого работника правоохранительных органов. Как правило, это получается сделать только с помощью серии тренинговых групп. Основные защитные механизмы формируются при осознании и принятии целей, методов, своей роли (и ее границ).

Способность преодолевать собственные отрицательные переживаниями, с агрессией, ощущение отвращения, раздражительностью: умение никак не отвечать эмоционально на открытую провокацию со стороны правонарушителей, не принимать ее на свой счет – это способности, помогающие избежать «выгорание».

Имеется еще значимое условие, вызывающее «выгорание» - фактор отсутствия положительного подкрепления (Акименко, 2017)

Уменьшить процесс данного фактора, скорее всего, способен только лишь социальное принятие, выраженное более или менее конкретно - увеличение престижа этого рода деятельности, больше статей, передач по радио и телевидению, посвященных сотрудникам правоохранительных служб, специфике их деятельности, достижениям.

Необходимо подчеркнуть, что личность формируется не только под влиянием социального окружения. Значительную роль представляют тенденции саморазвития, когда качества личности формируются исходя из потребностей самой личности, направленных на результат конкретного уровня самореализации. В данном значении особенно важным считается принятие индивидуального своеобразия каждого профессионала и его права на самостоятельный поиск своего профессионального пути (Дашко, 2015).

Вывод. Психогигиена сотрудника правоохранительных органов гарантирует его толерантностью к синдрому профессионального выгорания. Сотрудник обязан владеть должен обладать психологической стабильностью, быть готовым к психическим перегрузкам, остерегаться вероятных отклонений в личных оценках и поступках.

По этой причине важной задачей органов управления, в ведении которых находятся правоохранительные службы и учебные центры, осуществлять подготовку и переподготовку сотрудников силовых структур для сохранения здоровья работников, профилактики их профессиональных заболеваний, а также проведения консультаций о профессиональных рисках в работе.

Список литературы

1. Акименко А.К. Динамика рефлексивных характеристик личности в структуре профессионального выгорания // Известия Сатаровского университета. Серия: Акмеология образования. Психология развития. 2017. Т. 6, № 4. С. 367-374.
2. Вишняков А.И. Психологические особенности трудовой мотивации и ценностных ориентаций сотрудников организаций. Возрастной аспект // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 3. С. 77-86.
3. Влах Н.И., Данилов И.П. Система психологической профилактики и помощи лицам с синдромом эмоционального выгорания // Медицина в Кузбассе. 2017. Т. 16, № 4. С. 55-63.
4. Дашко М.Н., Виноградов М.В. Профессиональный психологический отбор на службу в органы внутренних дел: новый подход к изучению личных и деловых качеств граждан, поступающих на службу в подразделения МВД // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2015. № 3. С. 103-108.
5. Жовнерчук И.Ю., Еремицкий И.В. Особенности психического здоровья военнослужащих, несущих боевое дежурство // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2014. № 1. С. 93-99.
6. Забегалина С.В., Вискалина Я.А. Психологический стресс и его последствия // Симбирский научный вестник. 2014. № 2. С. 51-55.

7. Канунникова Н.В., Седелкова В.А., Демченко А.С. Особенности синдрома профессионального выгорания среди специалистов экстремального профиля // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2016. Т. 12, № 1. С. 30-33.
8. Кобозев И.Ю. Психопрофилактика и коррекция профессионального стресса сотрудников ОВД // Вестник СПб Университета МВД России. 2016. № 1. С. 205-209.
9. Крук В.М., Караваев А.Ф. Актуальные проблемы психологической работы с сотрудниками ОВД и профессионального психологического отбора на службу (обзор материалов координационно-методического совета) // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2016. № 3. С. 80-83.
10. Judge P.D., Haynes D.S., Tawfik K.O. Professional Disappointment as a Cause of Burnout // Otolaryngology–Head and Neck Surgery. 2018. Vol. 158, № 6. P. 977-978.

УДК 159.96

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДА СРЕДИ СОТРУДНИКОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

И.Е. Демченко, Л.С. Гавриленко

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В данной статье рассмотрены теоретические аспекты суицида среди сотрудников внутренних дел, а так же методы профилактики суицидального поведения и работы с сотрудниками внутренних дел, совершившими суицидальную попытку.

Ключевые слова: самоубийство, суицид, конфликт, суицидальный риск, профилактика, антисуицидальный барьер, психолог.

Актуальность. Упоминания самоубийств появились одновременно с появлением человеческой цивилизации, что говорит нам о древности проблемы самоубийств. На протяжении веков различные аспекты самоубийства рассматривались философами, психологами, религиозными деятелями и представителями социальных наук.

Самоубийство в разные времена рассматривалось по-разному: от полного порицания и отторжения, до признания самоубийства как достойный способ закончить жизнь. В разные исторические эпохи в различных обществах, а иногда и в разных слоях одного общества самоубийству давались противоположные моральные оценки. Отношение к акту самоубийства в различных обществах было задано философскими, религиозными или иными воззрениями (Сухинин, 2011).

Постановка проблемы. Важным является выявление мер и методов профилактики суицида среди сотрудников внутренних дел.

Исследование носит сугубо теоретический характер, поэтому целью явилось: изучение в теоретическом аспекте причин суицида среди сотрудников внутренних дел, и, выявление методов профилактики.

Методы и материалы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: теоретический анализ источников, анализ, синтез, реферирование, составление библиографии по проблеме исследования.

Суицид – акт самоубийства, совершаемый человеком в состоянии сильного душевного расстройства либо под влиянием психического заболевания. При этом под воздействием острых психотравмирующих ситуаций жизнь человека как высшая ценность теряет для него смысл.

Суицидальное поведение - есть завершённый или незавершённый суицид, а также все формы активности, которые создают деструктивное средство разрешения личностного кризиса.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире лишают себя жизни около полумиллиона человек, то есть более 1 000 в день, а число пытавшихся покончить с собой превышает 5 миллионов в год. Уровень самоубийств более 20 случаев на 100 тыс. населения является критическим. На 2016 год, по данным ВОЗ, в России на 100 тысяч населения заканчивают жизнь суицидом 26,5 человек (данные усреднены по половозрастному признаку).

По последним данным, от 50 до 400 полицейских в год оканчивают жизнь самоубийством. Цель данной статьи состоит в том, чтобы осветить проблему самоубийств среди сотрудников внутренних дел, а так же осветить способы решения данной проблемы.

По статистике А.В. Сухинина (2011 г.) основное количество суицидов (53.1%) совершено сотрудниками рядового состава, а так же младшего и среднего начальствующего состава. Самым суицидоопасным возрастом среди сотрудников внутренних дел считается период с 31 до 45 лет (40.7%), стаж службы при этом не превышает 3-х лет (Сухинин, 2011).

По статистике, составленной Т.Н. Левашовой в 2009 году, почти треть (29.6%) всех сотрудников внутренних дел совершили суицид в состоянии искажённого сознания в момент болезненного состояния (психического расстройства), либо приёма психоактивных веществ (Левашова, 2009).

Кроме того, по заключению психиатров, 31.5% суицидов совершены в состоянии аффекта: физического, кумулятивного (по 13%) и алкогольного (5.6%). (Левашова, 2009)

Основными причинами суицида у сотрудников внутренних дел являются конфликты разного рода:

1. Конфликты, обусловленные спецификой деятельности (индивидуальные адаптационные трудности; трудности или негативные результаты выполнения конкретной служебной задачи; служебные и межличностные конфликты со своими начальниками (подчиненными)).

2. Конфликты, обусловленные спецификой лично-семейных взаимоотношений сотрудника органов внутренних дел (измена, развод; тяжелая болезнь, смерть близких; интимно-сексуальные конфликты).

3. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением служащего (боязнь позора в связи с асоциальным проступком).

4. Конфликты, связанные с состоянием здоровья сотрудника (хронические, соматические (телесные) заболевания; физические недостатки).

5. Конфликты, обусловленные материально-бытовыми трудностями. (Сухинин, 2011)

Факторами суицидального риска могут являться:

1. Условия семейного воспитания (отсутствие отца в раннем возрасте; в семье присутствуют психически больные; отсутствие внимания, отверженность в детском и подростковом возрасте; развод родителей; частые скандалы в семье).

2. Особенности поведения, личностные факторы (убегал из дома; часто менял место учебы, работы; злоупотреблял алкоголем, другими наркотическими веществами; совершал суицидальные попытки; жалобы на нервно-психическое здоровье; признаки депрессии; признаки навязчивостей).

3. Другие биографические характеристики (в решении подростковых проблем была серия «провалов»; неудачи в обучении, изоляция в коллективе, имел друзей, совершивших самоубийство или попытку самоубийства) (Табурца, 2014).

Все перечисленные факторы могут привести к социально-психологической дезадаптации, которая характеризуется преобладанием негативных эмоций, беспокойством, тревогой и депрессивными состояниями, вплоть до дезорганизации личности.

Под воздействием конфликтных ситуаций возникают:

1) смешанные суицидальные мысли (представления о ничтожности ценности собственной жизни, потеря жизненного смысла, но конкретных размышлений о своей смерти еще нет);

2) инертные суицидальные мысли (человек начинает фантазировать о собственной смерти, без размышления о лишении себя жизни);

3) суицидальные замыслы, направленные на планирование совершения самоубийства;

4) суицидальные намерения (в данный период человек принимает окончательное решение совершения самоубийства);

5) суицидальные действия (непосредственные действия по лишению себя жизни каким-либо путем) (Иванова, 2014).

Важным является изучение возможных вариантов избегания самоубийств среди сотрудников внутренних дел, а так же выявление вариантов работы с суицидентами с незаконченным суицидом.

Стоит начать с того, что большинство начальников и руководителей отделов ОВД высказывают сомнения по поводу возможности предупреждения

дения суицида. Они говорят: «Если человек хочет покончить с собой, то ничто и никто не сможет его остановить». Но, в то же время, считается, что человек, который «во весь голос кричит» о том, что хочет совершить суицид, никогда его не совершит (Табурца, 2014).

Так же, стоит сказать о том, что у большинства начальников и командиров есть очень простое представление о том, как предупредить суицид: нужно нагрузить подчинённых работой, чтобы не было времени даже думать о чём-то, кроме работы.

В таком случае истощаются все силы человека, и повышается уровень агрессии, что может привести к самоубийству или попытке самоубийства.

Нужно поддерживать определённый баланс между работой и отдыхом, чтобы состояние сотрудников не ухудшилось (Табурца, 2014).

Определение сотрудников, склонных к суицидальному поведению, чрезвычайно сложно. Само понятие «суицидальный риск» подразумевает несколько значений. Во-первых, общий суицидальный риск (предрасположенность к возникновению любой из форм суицидного поведения), во-вторых, риск суицидальных действий (вероятная реализация существующих суицидальных мыслей), в-третьих, риск повторных суицидов (вероятные рецидивы суицидов) (Иванова, 2014).

Для предупреждения самоубийств среди сотрудников руководители различных подразделений полиции и различных служб совместно с психологами и психиатрами должны разрабатывать систему первичной и вторичной профилактики (Човдырова, 2003).

Первичная профилактика состоит из двух частей: общей и частной.

Основное содержание первичной общей профилактики состоит в ослаблении влияния социальных и психосоциальных факторов, которые способствуют формированию суицидального поведения, то есть, устранение стрессогенных причин.

Частная профилактика выстраивается на основе индивидуальных и групповых факторов суицидального риска. Она направлена на своевременное распознавание кризисных состояний и оказание им первичной психологической помощи.

В содержательном плане, профилактическая работа включает меры профессионального отбора, медико-психологической диагностики, психологической коррекции в пресуициде и постсуицидальной реабилитации личности при незавершённом суициде (Човдырова, 2003).

Одна из важнейших частей профилактики суицида – профессиональная ориентация, итогом которой является принятие обоснованного решения пригодности или непригодности кандидата к той или иной деятельности. Для повышения эффективности профессионального отбора необходимо проводить психологическую экспертизу всем новичкам, прибывшим на службу. Это поможет своевременно выявить лиц с латентной психической патологией, определить предрасположенность к видам де-

структивного поведения, а так же спрогнозировать успешность сотрудника в конкретном виде деятельности (Човдырова, 2003).

Вторичная профилактика должна проводиться с сотрудниками, военнослужащими, уже совершившими аутоагрессивные действия, для чего необходимо:

1. Поставить на учёт к психиатру.
2. Определить основные тактики психокоррекции.
3. Определение условий несения службы или увольнения (Човдырова, 2003).

Один из вариантов профилактики суицида сотрудников внутренних дел – индивидуальная работа с психологом лиц, входящих в состав «группы риска» для помощи образовать антисуицидальный барьер.

Антисуицидальный барьер – способность личности противостоять суицидальным намерениям на основе социальных ценностей, установок (Иванова, 2014).

Выявляются определенные социальные факторы, определяющие наличие у человека антисуицидального барьера. Данные факторы могут выступать в виде: сильной эмоциональной привязанности к родным; родительских обязанностей; выраженного чувства долга, обязательности; концентрации внимания на собственном здоровье; боязни причинить себе физические страдания или ущерб; зависимости от общественно значимого мнения и избегания осуждения со стороны окружающих; представления о неиспользовании жизненных ресурсов; наличия творческих замыслов.

Важную роль для формирования антисуицидальных барьеров играет деятельность психолога на основании «единообразной системы ценностей». Данная система способствует сплочению служебного коллектива и помогает осознать служебное объединение как референтную, значимую группу. Существует совокупность факторов, влияющих на характер единообразных ценностей группы, в частности: представления членов группы о своей собственной группе, ее общая оценка на основе принимаемых ею ценностей. Таким образом, факт воздействия ценностей группы на ценностное поле личности сотрудника полиции позволяет психологу использовать не только индивидуальные, но и групповые методы профилактики и коррекции суицидального поведения.

Вторая группа факторов, влияющая на формирование антисуицидальных барьеров, требующая постоянной активности, поддерживается психологом через деятельность, которая связана не только со служебными обязанностями, но и с возможностями творческой реализации личности. Таким образом, совокупность факторов, влияющих на формирование антисуицидальных барьеров, может использоваться психологом в качестве профилактики прединцидального поведения, а также коррекции поведения сотрудников полиции, склонных к суициду.

Индивидуализация деятельности психолога по формированию анти-суицидальных барьеров сотрудника полиции затрагивает несколько сфер его сознания. Во-первых, психолог работает в сфере интеллектуального осознания ценностей и установок. В результате работы психолога сотрудник полиции способен: осознать мотивы своего поведения, особенности своих отношений, эмоциональных и поведенческих реакций; осознать неконструктивный характер ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов; осознать связь между различными психогенными факторами и соматическими расстройствами; осознать меру своего участия в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций; осознать глубокие причины своих переживаний и способы реагирования, а также условия формирования своей системы отношений.

В эмоциональной сфере психолог реализует не только диагностическую, но и коррекционную функцию, в частности, он может ориентировать сотрудника полиции: на получение эмоциональной поддержки от психолога, способствующей развитию саморегуляции; стремление к пониманию и вербализации собственных чувств. Так же психолог может научить испытывать более искренние чувства к самому себе, раскрыть свои проблемы с соответствующими им переживаниями, часто скрытыми от самого себя и модифицировать способ переживания, эмоционального реагирования. Также психолог влияет на поведенческую сферу. В результате психолого-педагогической деятельности сотрудник полиции может научиться корректировать свои неадекватные реакции и овладеть новыми формами поведения (Иванова, 2014).

Вывод. Резюмируя вышесказанное, очевидно, что проблема суицида среди сотрудников внутренних дел актуальна уже не первый десяток лет, и данная проблема требует большой работы. Существующие методы профилактики суицида, такие как: профессиональный отбор, первичная и вторичная профилактика, образование антисуицидальных барьеров, помогают, но не в каждом отделе полиции или другого подразделения существует полностью рабочая система по профилактике суицида.

Кроме того, необходима работа не только с сотрудниками внутренних дел, но так же необходимо качественно подбирать кадры на должность работы психолога, который сможет профессионально работать и решать те проблемы, которые ставятся перед психологом в отделе внутренних дел.

Список литературы

1. Иванова М.В. Психологическая работа по формированию антисуицидальных барьеров у сотрудников полиции // Вестник Краснодарского Университета МВД России. 2014. № 4 (26). С. 216-220.
2. Левашова Т.Н. Факторы суицидального риска у сотрудников ОВД // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2009. № 1 (36). С. 71-75.

3. Сухинин А.В. Суицидальное поведение сотрудников полиции: проблемы причинности и доказывания // Вестник Волгоградского государственного университета. 2011. № 1 (14). С. 181-185.

4. Табурца В.А., Никифоров Н.М. Факторы суицидального поведения сотрудников органов внутренних дел // Вестник Краснодарского университета МВД России. 2014. № 2 (24). С. 96-99.

5. Човдырова Г.С. Особенности суицидального поведения сотрудников внутренних дел и его профилактика // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2003. № 1 (19). С. 94-99.

УДК 159.9

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

А.Д. Ильюшенкова, Ж.Г. Василькова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Статья посвящена достаточно актуальной проблеме клинической психологии, а именно такому нарушению пищевого поведения как нервная анорексия. В данной статье описывается распространенность расстройства, его клинические признаки и раскрываются психологические особенности девушек, страдающих нервной анорексией.

Ключевые слова: нервная анорексия, психологические особенности девушек с нервной анорексией.

Актуальность. Еще лет 30 назад ученые считали, что нервной анорексией страдают около 2–3 процентов населения Земли. Через 10 лет количество случаев анорексии выросло вдвое. А результаты последних исследований показывают, что в наше время это заболевание встречается уже у 16–20 процентов людей. В России при обследовании студенток трех крупных российских ВУЗов симптомы расстройств пищевого поведения обнаружили у 46% девушек (Гладышев, 2015).

Нервная анорексия, несмотря на сравнительно низкий уровень распространенности в общих когортах населения, является часто встречающимся заболеванием в женской популяции, особенно среди девушек-подростков (12-17 лет) и женщин молодого возраста (18-25 лет). По различным данным распространенность нервной анорексии у женщин в течение жизни составляет 1,2-2,2%, при этом у мужчин нервная анорексия встречается в 10 раз реже (Пичиков, Попов, 2018).

Постановка проблемы. Это еще не говорит о массовой распространенности анорексии, но означает, что почти половина девушек уже успела поси-

деть на строгих диетах, использовала мочегонные средства, вызывала рвоту после приема пищи или изнуряла себя сильными физическими нагрузками.

Поэтому анорексия стала очень модной – она активно пропагандируется в средствах массовой информации. В этом возрасте психика еще недостаточно окрепла. Постоянное социальное давление, навязывающее стандарты внешности как неперемное условие жизненного успеха, действует на них быстро и эффективно. Многим молодым людям проще всего пойти к успеху по пути наименьшего сопротивления – то есть похудеть. Ведь для этого не надо учиться или работать – достаточно просто перестать есть. Количество еды – это то, что зависит только от человека и не поддается влиянию внешних факторов. Анорексия – это «модная» болезнь, навязываемая принятыми в обществе стандартами красоты. Ее основным симптом – попытка похудеть при отсутствии лишнего веса и даже его дефиците. Чтобы подобное совершенствование тела не стало причиной смерти, больной анорексией должен вовремя попасть к врачу и пройти лечение.

Впервые нервную анорексию описал Р. Мортон в 1689 г. под названием «нервная чахотка», хотя упоминание об этой патологии встречалось и раньше. В частности, в трудах Авиценны от 1155 г. можно найти описание психического состояния юноши, весьма напоминающего клинику нервной анорексии. Позднее об этом писал С. Хаммонд (1542), Н. Хоббес (1668), Дж. Рейнолдс (1669). Однако начало интенсивного изучения этого заболевания связано с работами В. Гелл (1868), Ч. Ласег (1873), которые почти одновременно и независимо друг от друга опубликовали статьи о нервной анорексии. В. Гелл предложил термин «нервная анорексия» (*anorexia nervosa*). Во французской литературе чаще используется термин Ч. Ласега «*anorexie mentale*». В России одна из первых публикаций на эту тему принадлежит А. А. Киселю. В 1894 г. он описал нервную анорексию истерического генеза у 11-летней девочки.

Нервная анорексия является одной из форм нарушения пищевого поведения. Пищевое поведение – это совокупность паттернов поведения человека, включающих режим, темп и другие особенности приема пищи, предпочтительность потребления отдельных видов продуктов, побудительные причины (не только появление чувства голода и аппетит) и поводы к приему пищи, субъективное отношение к процессу питания (Василькова, 2015).

Пищевое поведение человека направлено на удовлетворение не только биологических и физиологических, но также психологических и социальных потребностей. Самой простой формой пищевого поведения является прием пищи с целью удовлетворения потребности в питательных веществах, когда еда становится средством поддержания энергетического и пластического равновесия.

Нарушение пищевого поведения – это комплекс симптомов пищевого поведения, которые возникают из-за длительного отрицательного воздей-

ствия поведенческих, эмоциональных, психологических, межличностных и социальных факторов (Матусевич, 2013).

У больных нервной анорексией самоограничение в питании связано с дисморфоманическими переживаниями – болезненной убежденностью в чрезмерной, уродливой полноте. Больные самостоятельно проводят «коррекцию» пищевого рациона. Ограничение в еде сопровождается мучительной борьбой с голодом. Чтобы заглушить чувство голода, больные используют жевательную резинку, длительное время разжевывают пищу. Наряду с голоданием для снижения массы больными используются интенсивные физические нагрузки, мочегонные и слабительные препараты, искусственная провокация рвоты с последующим промыванием желудка большим количеством воды. Дисморфоманические переживания сочетаются с эмоциональными нарушениями (тревожность, апатия, депрессия). Настроение зависит от того, насколько успешно идет коррекция внешности: незначительное увеличение массы тела вызывает усиление тревоги, углубление депрессии. Диагностику нервной анорексии затрудняет стремление больных к диссимуляции.

Больные нервной анорексией отличаются излишним перфекционизмом и хорошей силой воли. Убежденность в излишней полноте и желание похудеть тщательно скрываются. Больные отрицают сведения, сообщаемые родственниками, стремятся по мере возможности психологически мотивировать свое поведение. Большое значение для диагностики имеет наблюдение среднего медицинского персонала. Больные обращают на себя внимание постоянным стремлением взвешиваться, отказом есть за общим столом, частыми посещениями ваннных комнат и туалета.

Чрезмерная озабоченность и неудовлетворенность внешностью находят отражение в формировании сверхценных идей, тревожных или навязчивых опасений: больные опасаются прибавки в массе, убеждены в необходимости жесткого контроля за ней. После относительно непродолжительного периода голодания большая часть больных переходит на альтернативные способы поддержания массы, так как попытки ужесточения диеты провоцируют учащение приступов переедания.

Тенденция к диссимуляции симптомов при нервной анорексии во многом обусловлена депрессивными и тревожными переживаниями больных, страхом перед родственниками, что они узнают о «запретных» действиях.

Для страдающих нервной анорексией характерна ригидность, высокий уровень притязаний на фоне сниженной самооценки, аутоагрессивные тенденции.

Сложности терапии нервной анорексии связаны с часто неудовлетворительным ответом на оказываемые медикосоциальные вмешательства, высоким риском хронического течения и смерти. Манифестация расстройства в подростковом возрасте, как правило, имеет более благоприятный прогноз. Сообщается (Пичиков А.А., Попов Ю.В., 2018), что около 70-80% пациентов в этой возрастной группе достигают ремиссии. Однако выздоровление

может занять несколько лет, при этом оно связано с высоким риском развития других психических нарушений, в основном аффективных, тревожных, невротических расстройств, различных видов зависимостей.

Было выявлено, что семьи девушек характеризовались высоким уровнем конфликтности (42,9%), при этом сфера конфликта, предшествовавшего манифестации нервной анорексии, могла быть связана с нарушениями в отношениях на разных уровнях семьи, в частности, в некоторых случаях она определялась дисфункциональными отношениями между родителями, которые могли находиться на грани развода (Пичиков, Попов, 2017).

Вывод. Таким образом, для девушек, страдающих нервной анорексией характерны такие психологические особенности как болезненная убежденность в чрезмерной, уродливой полноте, излишний перфекционизм, хорошая сила воли, ригидность и высокий уровень притязаний на фоне сниженной самооценки.

Список литературы

1. Василькова Ж.Г. Клиническая психология детей и подростков : учебное пособие. Красноярск : Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2015. 156 с.
2. Гладышев О.А. Анорексия статистика по России. Текст: электронный // Детские судьбы. 2018. URL: <https://sgpress.ru> (дата обращения: 12.10.2019).
3. Матусевич М.С. Особенности формирования пищевых нарушений у подростков // Молодой ученый. 2013. № 12. С. 814-817.
4. Алгоритмы оказания стационарной помощи девушкам-подросткам с нервной анорексией : методические рекомендации / сост. А.А. Пичиков, Ю.В. Попов. СПб., 2018. 27 с.
5. Пичиков А.А., Попов Ю.В. Нервная анорексия у девушек-подростков: варианты течения, факторы рецидива и суицидальный риск на ранних этапах терапии // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. 2017. № 4. С. 41-49.

УДК 159.9

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ САМООТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СРЕДАХ

А.В. Катасанова, М.Д. Лобанова, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье представлены результаты исследования показателей самоотношения студентов – психологов, обучающихся в разных образовательных средах (на примере клинических психологов КрасГМУ

и студентов факультета психологии СФУ). В ходе исследования раскрывается вопрос влияния самопринятия на развитие гуманистических качеств личности будущих психологов при реализации их психологических механизмов, а также раскрывается сущность понятий самоотношения и самопринятия.

Ключевые слова: самоотношение, самоуверенность, саморуководство, внутренняя честность, отраженное самоотношение, самооценность, самопринятие, самопривязанность, внутренняя конфликтность, самообвинение.

Актуальность. Отношение человека к себе является базовым конструктом личности, оказывает регулирующее влияние практически на все аспекты поведения, играет важнейшую роль в установлении межличностных отношений, в постановке и достижении целей, в способах формирования и разрешения кризисных ситуаций (Пантिलеев С.Р., Столин В.В., Хусаинова Н.Ю.). По мнению А.П. Корнилова, позитивное устойчивое самоотношение лежит в основании веры человека в свои возможности, в свою самостоятельность, энергичность, обуславливает оптимизм в отношении ожидания успешности своих действий в ситуациях неопределенности. С.Г. Якобсоном и Г.И. Моревой показано, что люди с позитивным самоотношением менее поглощены своими внутренними проблемами, гораздо реже страдают психосоматическими расстройствами. Негативное же самоотношение, по мнению С. Куперсмита, является источником психологических проблем, являющихся причиной обращения за помощью к психологу. В современной психологии проблеме самоотношения уделяется пристальное внимание. Среди зарубежных и отечественных исследований можно назвать работы Р. Бернса, С. Куперсмита, С.Р. Пантилеева, М. Розенберга, Н.И. Сарджвеладзе, Е.Т. Соколовой, В.В. Столина, Р. Щавельзона, изучавших особенности строения самоотношения. Д.В. Желателев, А.П. Корнилов, М.И. Лисина, Г.И. Морева, К. Роджерс, И.Г. Чеснова, С.Г. Якобсон исследовали взаимосвязи самоотношения с другими проявлениями личности. Н.Н. Авдеева, А. Адлер, Р. Берне, Г.К. Валицкас, Ю.Б. Гиппенрейтер, Е.И. Савонько, В. Сатир, Э. Эриксон выделяли факторы, оказывающие влияние на формирование самоотношения.

В отечественной психологии понимание «самоотношения», как установочного образования, нашло свое отражение в работах тех исследователей, которые выстраивают свои представления о данном феномене на базовых положениях теории диспозиционной регуляции социального поведения В.А. Ядова и теории установки Д.Н. Узнадзе. В традиции школы Д.Н. Узнадзе концептуальная модель самоотношения как социальной установки была наиболее детально разработана Н.И. Сарджвеладзе. Этот исследователь впервые ввел понятие «самоотношении» в научный обиход, классифицируя его как подкласс социальной установки. Самоотно-

шение определяется им как отношение субъекта потребности к ситуации ее удовлетворения, которое направлено на самого себя. В целом, можно отметить, что исследователи, определяющие самоотношение личности как установочное образование, акцентируют свое внимание на его важном месте в системе саморегуляции.

Теоретические основы понимания самоотношения как компонента самосознания были заложены И.И. Чесноковой, которая ввела в научный обиход понятие «эмоционально-ценностное самоотношение». Она определила эмоционально-ценностное самоотношение как «специфический вид эмоционального переживания», в котором отражается собственное отношение личности к тому, что она узнает, понимает, «открывает» относительно самой себя.

Наиболее полно и целостно, на наш взгляд, категория самоотношения в отечественной психологии была разработана в трудах В.В. Столина и С.Р. Панталева. Этими авторами понятие самоотношения рассматривается в русле концепции о личностном смысле «Я» А.Н. Леонтьева. И в соответствии с данным пониманием, определяется как «лежащее на поверхности сознания непосредственно-феноменологическое выражение (или представленность) личностного смысла «Я» для самого субъекта. При этом специфика переживания смысла «Я» производна от реального бытия субъекта, его объективной позиции в социуме». В своей работе мы придерживаемся именно этого определения самоотношения. Методологической основой исследования выступили положения С.Л. Рубинштейна о признании человека субъектом собственной жизни и теоретические представления об уровне организации системы самоотношения, изложенные в работах В.В. Столина (Столин, 1988).

Методы и материалы. При построении схемы эмпирического исследования учитывались: принцип единства теории, эксперимента и практики Б.Ф. Ломова, принцип целостного изучения личности во всем многообразии ее проявлений (Ананьев Б.Г., Мясищев В.Н., Платонов К.К., Штерн В.) и концепция психологической организации человека как субъекта саморазвития (Попов Л.М.).

Исследование было организовано и проведено на базе: ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» и ФГАОУ ВО «Сибирский федеральный университет». В исследовании принимали участие студенты-психологи в возрасте 19-21 года, в количестве 20 человек в каждой группе. В качестве диагностического инструментария нами были использованы: «Опросник самоотношения» В.В. Столина и С.Р. Панталева, направленный на выявление уровня самоотношения испытуемого к самому себе (Панталева, 1993).

Показатели исследования по методике «Опросник самоотношения» В.В. Столина, С.Р. Панталева представлены на рисунке 1.

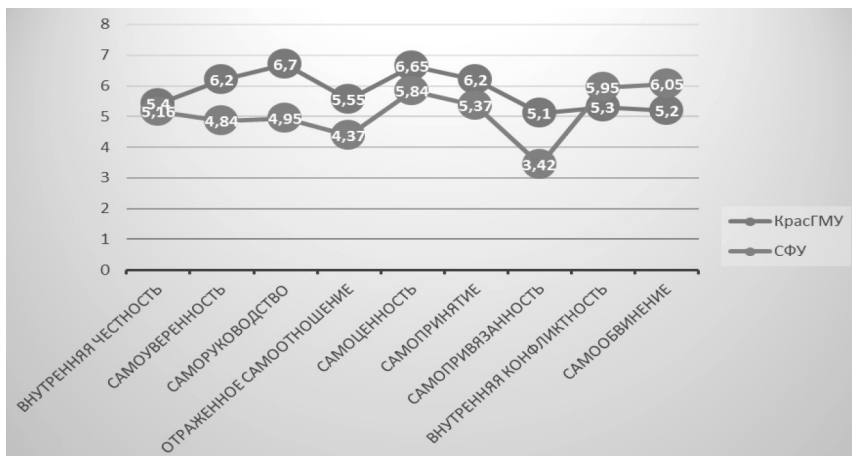


Рис.1. Показатели соотношения результатов исследования по методике «Опросник самоотношения» В.В. Столина, С. Р. Панталева

Результаты исследования. Анализируя результаты исследования по шкалам важно отметить основное содержание. Внутренняя честность или закрытость – открытость. Утверждения, вошедшие в данный фактор, по замыслу формулировались так, чтобы в них содержались некоторые качества (в первую очередь, негативные с точки зрения обыденной морали), в определенной степени присущие каждому человеку, но требующие достаточных навыков рефлексии и обладания определенной внутренней честностью для их признания. Отсюда ответы на данные пункты определяются преобладанием одной из двух тенденций: либо критичностью, глубоким осознанием себя, внутренней честностью и открытостью, либо – конформностью или выраженной мотивацией социального одобрения. Фактически в шкале выражено глубокое или поверхностное проникновение в себя, открытое или закрытое (защитное) отношение к себе. «Закрытость» соответствует высокому полюсу шкалы. Низкие значения шкалы говорит о глубокой осознанности «Я», повышенной рефлексивности и критичности, способности не скрывать от себя и других значимую неприятную информацию. Крайне низкие значения могут свидетельствовать о самообнаженности, порой граничащей с цинизмом. Высокие значения говорят о закрытости, неспособности или нежелании осознавать и выдавать значимую информацию о себе, в крайнем выражении – о прямой лжи и фальсификации результатов в сторону социально желательных ответов.

Самоуверенность. Данный фактор задает отношение к себе как к уверенному, самостоятельному, волевому и надежному человеку, которому есть за что себя уважать. Средние значения свойственны тем, кто в привычных для себя ситуациях сохраняет работоспособность, уверенность

в себе, ориентацию на успех начинаний. При неожиданном появлении трудностей уверенность в себе снижается, нарастают тревога, беспокойство. Высокие значения шкалы соответствуют высокому самонадеянию, самоуверенности, ощущению силы своего «Я», отсутствию внутренней напряженности. Низкие значения говорят о неудовлетворенности собой и своими возможностями, о сомнениях в способности вызвать уважение.

Саморуководство. Данный фактор можно интерпретировать как отражающий представление о том, что основным источником активности и результатов, касающихся как деятельности, так и собственно личности, является она сама. Высокий балл по шкале характеризует человека, который отчетливо осознает, что его судьба находится в его собственных руках, что он сам интегрирует и организует свою деятельность, общение и поведение. Кроме того, ряд пунктов отражает мнение индивида о способности эффективно управлять своими эмоциями и переживаниями по поводу самого себя, а также контролировать их. Противоположный полюс фактора связан с верой субъекта в подвластность его «Я» внешним обстоятельствам, с плохой саморегуляцией, размытым локусом «Я», отсутствием тенденции искать причины поступков, результатов и собственных личностных особенностей в себе самом. Очевидна связь этого фактора с личным контролем, однако если последний выражает обобщенное представление субъекта об управляемости и предсказуемости мира, включая и результаты деятельности самого субъекта, то рассматриваемый фактор самоотношения отражает прежде всего чувство субъекта по поводу управляемости и предсказуемости собственного «Я». Средние значения раскрывают особенности отношения к своему «Я» в зависимости от степени адаптированности в ситуации. В привычных для себя условиях существования, в которых все возможные изменения знакомы и хорошо прогнозируемы, человек может проявлять выраженную способность к личному контролю. В новых для себя ситуациях регуляционные возможности «Я» ослабевают, усиливается склонность к подчинению средовым воздействиям. Человек с высоким баллом по шкале отчетливо переживает собственное «Я» как внутренний стержень, интегрирующий его личность и жизнедеятельность, считает, что его судьба находится в его собственных руках, и испытывает чувство обоснованности и последовательности своих внутренних побуждений и целей. Низкие баллы свидетельствуют о вере субъекта в подвластность его «Я» временным обстоятельствам, о неспособности противостоять судьбе, плохой саморегуляции, размытом локусе «Я», отсутствии тенденции искать причины поступков и результатов в себе самом.

Отраженное самоотношение. Содержание данного фактора отражает представление субъекта о том, что его личность, характер и деятельности способны вызвать у других уважение, симпатию, одобрение, понимание или противоположные им чувства. Важно подчеркнуть, что речь идет не о действительном отношении других людей, а о предвосхищаемом, от-

раженном отношении других людей, т. е. о самоотношении самого субъекта. Вместе с тем ожидаемое отношение других – один из важнейших аспектов самоотношения. Средние значения означают избирательное восприятие человеком отношения окружающих к себе. С его точки зрения, положительное отношение окружающих распространяется лишь на определенные качества, на определенные поступки; другие личностные проявления способны вызывать у них раздражение и непринятие. Высокие значения шкалы соответствуют представлению субъекта о том, что его личность, характер и деятельность способны вызвать у других уважение, симпатию, одобрение и понимание. С низкими значениями связано ожидание противоположных чувств от обобщенного другого, «Я» как ценность. Положительный полюс фактора отражает ощущение ценности собственной личности и одновременно предполагаемую ценность своего «Я» для других. Шкала отражает эмоциональную оценку себя, своего «Я» по внутренним, интимным критериям духовности, богатства внутреннего мира, способности в других вызывать глубокие чувства. Высокие оценки по шкале отражают заинтересованность в собственном «Я», любовь к себе, ощущение ценности собственной личности и одновременно предполагаемую ценность своего «Я» для других.

Средние значения отражают избирательное отношение к себе. Человек склонен высоко оценивать ряд своих качеств, признавать их уникальность. Другие же качества явно недооцениваются, поэтому замечания окружающих могут вызывать ощущение малоценности, личной несостоятельности. Низкие баллы по шкале говорят о недостатке своего духовного «Я», сомнениях в ценности собственной личности, отстраненности, граничащей с безразличием к своему «Я», потере интереса к своему внутреннему миру.

Самопринятие. В основе фактора лежит чувство симпатии к себе, согласия со своими внутренними побуждениями, принятия себя таким, какой ты есть, пусть даже с некоторыми недостатками. Фактор связан с одобрением своих планов и желаний, снисходительным, дружеским отношением к себе. Данный фактор, так же как и предыдущий, не имеет противоположного полюса – утверждений, связанных с негативным отношением к себе. Чувства и переживания, лежащие в основе данного фактора, не ассоциируются испытываемыми с их личностными проявлениями. Высокий полюс соответствует дружескому отношению к себе, согласию с самим собой, одобрению своих планов и желаний, эмоциональному, безусловному принятию себя таким, каков ты есть, пусть даже с некоторыми недостатками. Низкий полюс свидетельствует об отсутствии перечисленных качеств – недостаточном самоприятии, что является важным симптомом внутренней дезадаптации. Средние значения отражают избирательность отношения к себе. Человек склонен принимать не все свои достоинства и критиковать не все свои недостатки.

Самопривязанность – «кристаллизация» – легкость или трудность изменения индивидом представлений о самом себе. Отрицательный полюс по данному фактору связан с сильным желанием изменений, неудовлетворенностью самим собой, тягой к соответствию с идеальным представлением о себе. Высокий же балл, соответственно, характеризует человека, не желающего изменить отношение к себе, полностью удовлетворенного собой; фактор отражает некоторую ригидность Я-концепции, консервативную самодостаточность, отрицание возможности и желательности развития собственного «Я» (даже в лучшую сторону). Высокие значения шкалы говорит о ригидности «Я»-концепции, привязанности, нежелании меняться на фоне общего положительного отношения к себе. Данные переживания часто сопровождаются привязанностью к неадекватному «Я»-образу. В последнем случае тенденции к сохранению такого образа – один из защитных механизмов самосознания. Средние значения указывают на избирательность отношения к своим личностным свойствам, на стремление к изменению лишь некоторых своих качеств при сохранении прочих других. Низкие значения фиксируют высокую готовность к изменению «Я»-концепции, открытость новому опыту познания себя, поиски соответствия реального и идеального «Я».

Внутренняя конфликтность. Содержание пунктов по этой шкале связано с наличием внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой. В них просматривается тенденция к чрезмерному самокопанию и рефлексии, протекающих на общем негативном эмоциональном отношении к себе. Отрицание данных качеств может говорить о закрытости, поверхностном самодовольстве, отрицании проблем. По общему психологическому содержанию данный аспект самоотношения можно обозначить как чувство конфликтности собственного «Я». Высокие значения по данной шкале свидетельствуют о наличии внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой, тревожно-депрессивных состояний, сопровождаемых переживанием чувства вины. Умеренное повышение по шкале говорит о повышенной рефлексии, глубоком проникновении в себя, осознании своих трудностей, адекватном образе «Я» и отсутствии вытеснения. Крайне низкие значения шкалы свидетельствуют об отрицании проблем, закрытости, поверхностном самодовольстве.

Самообвинение. В данный фактор вошли пункты, связанные с интрапунитивностью, самообвинением, отрицательными эмоциями в адрес «Я». Это однополюсный фактор, имеющий самостоятельное значение в системе самоотношения. Высокие значения говорят о самообвинении, готовности поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки. Шкала является индикатором отсутствия симпатии, что сопровождается негативными эмоциями в свой адрес, даже несмотря на высокую самооценку качеств и достижений. Средние значения указывают на избирательное отношение к себе. Обвинение себя за те или иные

поступки и действия сочетается с выражением гнева, досады в адрес окружающих. Низкие значения обнаруживают тенденцию к отрицанию собственной вины в конфликтных ситуациях. Защита собственного «Я» осуществляется путем обвинения преимущественно других, перенесением ответственности на окружающих за устранение барьеров на пути к достижению цели (Пантилеев, 1993).

Вывод. Таким образом, самоотношение и самопринятие являются одним из главных факторов, влияющим на трудоспособность психолога. Психолог, как развивающаяся личность, начинается с безусловного самопринятия как осознания и признания своих чувств, принятия себя в целом. Личностные характеристики будущего психолога должны выступать в роли непосредственных показателей его профессиональной зрелости, профессионального развития. Вопросы профессионально - личностного развития будущих психологов являются ключевыми в теории и практике совершенствования работы психологических факультетов современных высших учебных заведений.

Список литературы

1. Живаева Ю.В., Никифорова С.В., Стоянова Е.И. Гендерный аспект исследования самоотношения женщин в зрелом возрасте // Теория и практика современной науки. 2019. № 5. С. 1-8.
2. Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья. М. : Изд-во Института Психотерапии, 2011. 352 с.
3. Пантилеев С.Р. Методика исследования самоотношения. М. : СМЫСЛ, 1993. 32 с.
4. Скиннер Р., Клииз Дж. Жизнь и как в ней выжить. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2011. 368 с.
5. Столин В.В., Пантилеев С.Р. Опросник самоотношения. М., 1988. С. 123-130.

УДК 159.9

К ВОПРОСУ О СТРЕССОВОЙ НАГРУЗКЕ, ОКАЗЫВАЕМОЙ НА ДЕТЕЙ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА

Д.А. Кизянов, И.О. Логинова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В данной статье рассматриваются проблемы современного технологического подхода к ЛОР-диагностике детей. Показано, что данный подход сам по себе оказывает стрессовую нагрузку на психику детей и, в связи с этим, обоснована необходимость разработки и применения способов снижения стресса, путем воздействия на внимание пациентов детского возраста.

Ключевые слова: ребенок, стрессовая нагрузка, врач, коммуникативное взаимодействие.

Актуальность. На сегодняшний день для медицинского исследования детей врачами той или иной специальности применяются различные подходы, для повышения продуктивности работы. А. Е. Чириковой было отмечено, что состояние российского здравоохранения, его социально-экономические проблемы привлекают растущее внимание граждан, средств массовой информации, экспертного сообщества, исследователей. В центре этого проблемного поля – взаимодействие пациентов с врачами (Чириков, Шишкин, 2014).

Одной из основных преград для продуктивной врачебной работы является тот факт, что зачастую дети испытывают страх как перед врачами, так и перед самой процедурой, в ходе которой специалистами применяется различный инструментарий. Сама по себе природа страха носит условно-рефлекторный характер, так как в той или иной мере он является эмоциональной реакцией на возможную опасность, которую таит в себе кабинет врача. К примеру, В.А. Молофеева выделяет следующие основные аспекты, на которых базируется данная фобия:

- Страх неизвестности, обусловленный отсутствием какой либо информации об особенностях процедуры, а так же особенностями поведения взрослых и их директивными установками, таких как «Не бойся», «Не переживай, это не больно»
- Недоверие, это фактор неуверенности ребенка в ком-то, включая врача и родителей;
- Страх боли;
- Непосредственный опыт, связанный с тем, что ребенок, ранее был на процедуре или испытал на себе вышеперечисленные негативные аспекты процедуры (Молофеева, 2013).

Исходя из вышесказанного, становится ясно, что современный технологический подход к медицинскому обследованию детей сам по себе является дополнительным стрессором для них, что негативно сказывается на продуктивности процесса. С точки зрения К.В. Павлова, важно понимать, что качество медицинской помощи необходимо рассматривать с разных позиций: эффективности, адекватности и морально-этических норм. Необходимо учитывать данные аспекты при работе с детьми для снижения стрессовой нагрузки данной процедуры на психику ребенка, путем оптимизации процесса взаимодействия врача с пациентом. Для этих целей, специалистами предлагаются способы воздействия на внимание ребенка: игрушки в руках, дублирующая игрушку фигурка на врачебном инструменте, доброжелательность со стороны врача, взаимодействующего с ребенком, а так же осведомленность врачей о социокультурных и психических особенностях ребенка.

Для успешной профессиональной деятельности врач, помимо обладания обширными познаниями в медицине и опытом терапии, должен уметь установить контакт с пациентом. По мнению Л.В. Сычевой, профессиональное общение с ребенком несет определённые педагогические функции и должно быть направлено на создание благоприятного психологического климата, а также на оптимизацию отношений между врачом и маленьким пациентом (Сычева, 2015).

Так как лечение связано с эмоциональными и психологическими факторами, то умение врача понимать ребенка, тем самым находя с ним адекватный межличностный контакт, основанный на доверительных отношениях, в целом, окажет благополучное влияние на сохранность психологического здоровья и взаимного доверия как между врачом и родителями пациента, так и между врачом и ребенком.

При этом, Д.С. Шмелева делает акцент на том, что формально пациентом на приеме педиатра выступает ребенок, однако по сути коммуникация врача происходит со взрослым, который выступает как идентифицированный пациент. Таким образом, родитель в такой ситуации принимает на себя несколько ролей: пациента, посредника и ответственного взрослого, который отвечает за правильность выполнения всех медицинских предписаний, любых назначенных манипуляций.

В то же время, в своей работе Л.А. Цветкова отмечает, что в практике работы с «маленькими пациентами» отношения в диаде «врач – ребенок» приобретают особую значимость, связанную с психическими особенностями детей. Прежде всего, ребенок является человеком, находящимся на этапе физического и психического формирования, исходя из этого, они нуждаются в обеспечении благоприятных для их развития условий. Врачи создают первую безопасную среду для детей, поэтому некомпетентность в установлении контакта между врачом и пациентом может препятствовать формированию подобного рода среды для развивающегося человека (Цветкова, 1996).

Г.С. Абрамова выделяет три главные цели врача при коммуникативном взаимодействии с пациентом: установление контакта с больными, диагностика болезни, оценка эффективности лечения (Абрамова, Юдичиц, 1998). В свою очередь С.В. Смирнова отмечает, что помимо возложенных на врача задач коммуникативного взаимодействия, врач, выполняя свою профессиональную роль, должен выполнять следующие обязанности:

1. Прилагать высокую степень мастерства и знаний к решению проблемы (данной болезни);
2. Действовать во благо пациента и общества, а не в соответствии с выгодой, ради денег или продвижения по службе;
3. Быть объективным и эмоционально отстраненным; обязан руководствоваться правилами профессиональной практики (Смирнова, 2014).

Вышеперечисленные аспекты, включающие в себя стрессогенные составляющие, оказывают воздействие на психику ребенка и их, так же, возможно применить и к другим типам врачебного взаимодействия, например, таким как ЛОР обследование. Е.А. Лизунова отмечает, что для ребенка, любое событие, факт или сообщение может в стать стрессором. Стрессорами могут быть самые разнообразные факторы: его болезненное состояние, высокая или низкая температура окружающей среды, грубое слово, обида, внезапное препятствие потребностям. При этом, выступит та или иная ситуация причиной стресса или нет, так же зависит и от возрастных особенностей личности, её опыта, ожиданий. Стрессы, особенно, если они часты и длительны (например, у ребенка уже был не приятный опыт взаимодействия с врачом) оказывают отрицательное влияние на психологическое состояние (Лизунова, Лизунова, 2016).

Опираясь на опыт отдельно взятых детских клиник, заметна динамика в вопросе снижения стресса у детей, находящихся в кабинете врача. Используются различные методы воздействия на внимание ребенка, с целью снижения его сосредоточенности на процедуре. Так же, это влияет на восприятие ребенком медицинского кабинета и самого врача, чем достигается снижение страха, которое ребенок испытывал ранее перед походом в больницу. И. И. Абрамчук с соавторами отмечает практическую безопасность многих процедур, потому все связаны с этим страхом, по логике вещей, должны остаться в прошлом, однако, невзирая ни на что, страх перед «белыми халатами» не слабеет, а иногда даже усиливается, перерастая в очень сильную фобию (Абрамчук, 2017).

Вывод. Таким образом, можно сделать вывод о необходимости в овладении врачами знаний о межличностной коммуникации с ребенком пациентом, особенностях его психического развития и онтогенезе его страхов. Так же, на фоне необходимости оптимизации взаимодействия в рамках процедуры или медицинского исследования важно сделать акцент на снижении стрессовой нагрузки на маленького пациента. С точки зрения С.В. Трушкиной, младенцы и дети раннего возраста страдают от воздействия стресса, так же как взрослые люди. При этом события-стрессоры и конкретные проявления расстройств у них могут отличаться, а наличие стрессового расстройства у ребенка может негативно сказываться на ходе и качестве его развития, отражаясь как на познавательных процессах, так и на социальных отношениях (Трушкина, 2018).

Следовательно, имеет место факт, что современные подходы к врачебному воздействию на пациента нуждаются в доработках, связанных со снижением уровня стресса у детей на приеме у врача, что, в свою очередь благополучно скажется на продуктивности взаимодействия между ними и проведением процедуры без отягощения детским страхом перед врачом.

Список литературы

1. Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений // Мир России. Социология. Этнология. 2014. № 2. С. 154-182.
2. Молофеева В.А. Дентофобия: почему дети боятся стоматолога? // Проблемы стоматологии. 2013. № 3. С. 63-66.
3. Павлов К.В., Степчук М.А. Пинкус Т.М., Абрамова С.В., Боженко Д.П. Методические подходы к оценке качества медицинских услуг // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2011. № 30. С. 61-69.
4. Сычева Л.В. Истоки социально-эмоционального развития ребенка раннего возраста // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2015. № 6. С. 47-49.
5. Психология общения с родителями на педиатрическом приеме. Текст: электронный. URL: psyhelp-shmeleva.com URL: <https://psyhelp-shmeleva.com/> (дата обращения: 08.10.2019).
6. Цветкова Л.А. Компетентность в общении врачей-педиатров // Ананьевские чтения, 1996. Психология: перспективы. М., 1996. С. 125-126.
7. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине: учебное пособие. М.: ЛПА «Кафедра - М», 1998. 272 с.
8. Смирнова С.В. Психологическое сопровождение в педиатрической практике // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по материалам XXXVI междунар. науч.-практ. конф. № 1(36). Новосибирск: СибАК, 2014.
9. Лизунова Е.А., Лизунова Е.В. Стресс как фактор риска здоровья детей младшего школьного возраста // Юный ученый. 2016. № 1.1. С. 30-32.
10. Анурова А.Е. Аспекты адаптации пациентов на приеме врача стоматолога // Здоровье и образование в XXI веке. 2015. Т. 17, № 1. С. 62-63.
11. Абрамчук И.И. Дентофобия (обзор литературы) // Молодой ученый. 2017. № 30. С. 12-15.
12. Трушкина С.В. Стресс и его последствия у детей первых лет жизни // Современное дошкольное образование. Теория и практика. 2018. № 3 (85). С. 24-31.

УДК 159.9.07

ОБЗОР МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ДИАГНОЗОМ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Я.Д. Краснопеева, Н.В. Попенко

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье анализируются методы диагностики агрессивного поведения при работе с подростками, имеющих диагноз умственная отсталость. Отображены задачи и методы коррекционно-развивающей программы, применяемой для решения проблем поведенческих нарушений

у умственно отсталых подростков. Новизна данной статьи заключается в обзоре и подборе методов диагностики агрессивного поведения, подходящих для работы с умственно отсталыми подростками. Целью данной статьи является теоретическое изучение возможных методов диагностики агрессивного поведения умственно отсталых подростков. Результатами являются составление списка методик, которые можно применить для диагностики агрессивного поведения у подростков с диагнозом умственная отсталость. Выделены задачи и методы для проведения коррекционно-развивающей работы с умственно отсталыми подростками.

Ключевые слова: подростки с умственной отсталостью, агрессивное поведение, методы диагностики агрессивного поведения.

Актуальность. Умственно отсталые подростки представляют группу риска по возникновению дезадаптивных форм поведения и совершению правонарушений в силу слабости саморегуляции поведения, зависимости, внушаемости, подверженности отрицательному влиянию, в связи с этим требуется диагностика и дальнейшая коррекция агрессивного поведения у данной группы детей. Согласно данным Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ), умственная отсталость широко распространена во всем мире и составляет до 3% всего населения, в России это заболевание встречается в 1% случаев. Умственная отсталость занимает ведущее место среди других инвалидизирующих заболеваний, имеющих комплексные необратимые последствия. Умственная отсталость это - необратимые изменения в психическом развитии, связанные с врожденным или приобретенным органическим поражением головного мозга. Наиболее значительные трудности у детей с умственной отсталостью вызывает формирование правильного поведения. В процессе общения этим детям присущи немотивированные колебания настроения: раздражительность, озлобленность, агрессивность с разрушительными действиями, двигательная расторможенность (Исаев, 2003). Интеллектуальное снижение, ограниченный жизненный опыт затрудняют понимание и оценивание ситуаций, в которых они порой оказываются в неадекватной их психическому развитию социальной среде, где такие дети и подростки, как правило, подвергаются «отрицательной социализации». Дети с умственной отсталостью чаще совершают преступления, зачастую групповые. Опасность группирования со сверстниками может достичь степени крайних проявлений. Однако у детей с умственной отсталостью особенности поведения имеют свои коренные отличия, которые определяются не только внешними факторами (семья, школа, отношения со сверстниками), но и внутренними - особенностями психики: недостаточность развития интеллекта, отсутствие или слабость борьбы мотивов, инертность психических процессов, более высокая внушаемость, аффективная неустойчивость, недоразвитие эмоционально-волевой сферы. Функциональные отклонения в развитии ребенка, различные нару-

шения психического и физического развития, возникающие в результате органического поражения центральной нервной системы. Подросток с умственной отсталостью – это особый ребенок, который в силу своих психических особенностей иначе воспринимает окружающий мир. Незрелость основных нервных процессов, неустойчивость психики делают такого ребенка уязвимым для действия многих отрицательных факторов, нарушающих формирование поведенческих актов. Зачастую данная категория детей сталкивается с трудностями во взаимоотношениях с окружающими людьми, родителями, учителями, с нормально развивающимися сверстниками, которые в большинстве случаев не знают психических особенностей детей, в результате чего возникают конфликты. Такие дети начинают проявлять агрессию в своем поведении, которая выступает как защитная реакция на возникающие трудности. Таким образом, тема эффективности психологических методов воздействия на проявления агрессивного поведения умственно отсталых детей подросткового возраста на сегодняшний день актуальна. (Шаповалова, 2006)

Методы и материалы. Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки.

Назначение. Опросник направлен на выявление уровня таких видов агрессии, как физическая, вербальная и косвенная агрессия, а также уровня раздраженности, негативизма, обиды, подозрительности к другим людям, угрызения совести и чувства вины. Результаты записываются в любой форме путем подсчета положительных и отрицательных ответов на вопросы.

Обработка данных опросника Басса-Дарки производится при помощи индексов различных форм агрессивных и враждебных реакций, которые определяются суммированием полученных ответов.

Прочитывая или прослушивая зачитываемые утверждения, примерайте, насколько они соответствуют вашему стилю поведения, вашему образу жизни, и отвечайте одним из возможных ответов: «ДА» или «НЕТ».

Методика «Агрессивное поведение» (Е.П.Ильин, П.А.Ковалев)

Назначение. Методика предназначена для выявления склонности респондента к определенному типу агрессивного поведения. Шкалы: склонность к вербальной агрессии: прямой и косвенной, склонность к физической агрессии: прямой и косвенной, уровень несдержанности. Варианты ответов – да/нет.

Обработка результатов. За каждое совпадение с ключом начисляется 1 балл. Чем больше сумма набранных баллов, тем выше склонность испытуемого к данному виду агрессивного поведения. Сумма баллов за прямую и косвенную физическую агрессию дает возможность судить о несдержанности или о сдержанности данного человека. Количество баллов по косвенной вербальной агрессии говорит только о степени склонности к данному виду агрессии.

Тест руки Вагнера

Назначение. Тест руки Вагнера предназначен для диагностики агрессивности. Методика может использоваться для обследования как взрослых, так и детей. Выделены следующие основные оценочные категории: активность, пассивность, тревожность, агрессивность, директивность, коммуникация, демонстративность, зависимость, физическая дефицитарность (ущербность).

Стимульный материал: 10 карточек: 9 с фиксированным изображением кисти и одна чистая; бланк результатов, часы для замера начала времени реакции.

Обработка результатов. После категоризации сначала подсчитывается число высказываний в каждой категории. После того, как подсчитано количество ответов, относящихся к каждой категории. Затем подсчитывается процент ответов каждой категории по отношению к общему количеству ответов. Шкалы: Агрессия (Адд), директивность (Dir), аффектация(эмоциональность) (Aff), коммуникация (Com), зависимость (Dep), страх (F), эксгибиционизм, демонстративность (Ex), увечность (Crip), описание (Des), напряжение (Ten), активные безличные ответы (Act), пассивные безличные ответы (Pas), галлюцинации (Bas). (Астапов, 2002)

Программа коррекции агрессивного поведения умственно отсталых подростков. В психокоррекционной работе с умственно отсталыми детьми большое внимание уделяется формированию высших психических процессов, особенно — мышления, совершенствованию эмоционально-волевой сферы

Цель коррекционной программы: научить подростков системе управления своим агрессивным поведением, ослаблению негативных эмоций, поиску альтернативных способов удовлетворения собственных потребностей.

Методы психологической коррекции:

Беседа. Метод беседы, как исследовательская процедура, основан на сборе и анализе словесных высказываний испытуемых. При адекватном его использовании он позволяет выявлять индивидуально-психологические особенности личности: склонности, интересы, вкусы, отношения к жизненным фактам и явлениям, другим людям, себе. Другая особенность беседы заключается в том, что это – не только метод психологического исследования, но и метод психологической коррекции. Реализуется на основе вербальных взаимоотношений между людьми, ориентирована, прежде всего, на личность другого человека. В ней важны не столько универсальные свойства, наличествующие у всех, сколько индивидуально-психологические особенности человека.

Аутогенная тренировка. Распространенный метод саморегуляции психических состояний с помощью самовнушений, разработанный И.Г. Шульцем (1932).

Игровой тренинг (психоигры, предметные игры). На тренинге игры бывают разные. Самый простой вариант – это разминки, разогревы. Это игры для «встряхивания» аудитории. Если долго нет никакой активности или она однообразна, без разминок никак не обойтись. Разминки дают возможность размяться, переключают внимание.

Система упражнений по развитию познавательных процессов. Введение в коррекционную программу комплексов заданий, упражнений специально направленных на развитие личностно-мотивационной и аналитико-синтетической сфер ребенка, памяти, внимания, пространственного воображения и ряд других психических функций, является неотъемлемой частью программы для получения лучшего результата.

Элементы арт-терапии. Метод психологической коррекции, основанный на применении в терапии искусства и творчества. В узком смысле слова, под арт-терапией обычно подразумевается терапия изобразительным творчеством, имеющая целью воздействие на психоэмоциональное состояние пациента.

Метод интерпретации (Л. М. Крыжановская). Данный метод предназначен для коррекционной работы с подростками, имеющими разнообразные формы отклоняющегося от нормы (девиантного) поведения. Метод интерпретации поведения основывается на знании причин поведения. В условиях дефицита информации люди начинают приписывать друг другу как причины поведения, так иногда и сами образцы поведения или какие-то более общие характеристики. Приписывание осуществляется либо на основе сходства поведения воспринимаемого лица, с каким-то другим образцом, имевшимся в прошлом опыте субъекта восприятия, либо на основе анализа собственных мотивов, предполагаемых в аналогичной ситуации. Мера и степень приписывания в процессе межличностного восприятия зависит от двух показателей – от степени уникальности или типичности поступка и от степени его социальной «желательности» или «нежелательности».

Метод «Дебрифинг». Данный метод коррекции предназначен для подростков, юношей и взрослых с нарушениями эмоционально-волевой сферы, взрывчатости, плаксивости, агрессивности. Этот метод был разработан Т. И. Булавиной, и направлен на проработку последствий поведения и социального взаимодействия, последствий искаженных социальных установок личности. Работа над собой решает проблемы психического и личностного здоровья.

Коммуникативные техники (К. Роджерс). Метод интеракционно-коммуникативный. Данный метод предназначен для подростков, молодежи и взрослых, имеющих нарушения эмоционально-волевой сферы личности, межличностных отношений. Коммуникативные техники призваны облегчить протекание встречи с психологом. Можно выделить следующие техники: молчание – активизирует, помогает лич-

ности осмыслить свои проблемы; эмпатическое слушание (психолог внимательно слушает клиента, выражая вербально и невербально свое согласие и поддержку мыслей и чувств клиента); прояснение и интерпретация (раскрытие для клиента смысла его собственных действий); самораскрытие (подтверждение переживаний клиента); конфронтация (обнажение противоречий); подведение итогов (наиболее предпочитаемая техника завершения консультации).

Метод интеракционно-коммуникативный. (Метод психодрамы Дж. Морено). Гештальт-техника, направлены на изменение установок личности под влиянием психодраматического разыгрывания ролей, которые оказывают положительное воздействие на личность. (Крыжановская, 2015)

Задачи коррекционной программы:

1. Знакомство подростков с особенностями агрессивного поведения, факторами, влияющими на формирование агрессивного поведения, способами «борьбы с агрессией».

2. Снижение уровня агрессивности.

3. Снижение эмоционального напряжения, тревожности.

4. Развитие способности понимать эмоциональное состояние другого человека и умение адекватно выразить своё.

5. Обучение релаксации

1 этап. Установочный. (Создание положительного эмоционального фона в группе; принятие правил работы в группе)

2 этап. Коррекционный. (Формирование нормативных навыков поведения; формирования адекватных эмоциональных реакций; расширение представлений о правилах поведения).

3 этап. Закрепляющий. (Закрепление новых форм переживаний, чувств по отношению к сверстникам, к самому себе, к взрослому; закрепление уверенности в себе, приёмов общения) (Крыжановская, 2015).

Список литературы

1. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития / сост. В.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. СПб.: Питер, 2002. 256 с.

2. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. 389 с.

3. Крыжановская, Л.М. Методы психологической коррекции личности. М.: Владос, 2015. 237 с.

4. Шаповалова О.Е. Современные подходы к изучению эмоционального развития умственно отсталых школьников // Коррекционная педагогика. 2006. № 3 (15). С. 35-43.

5. Шилова Л.В. Агрессия подростков с умственной отсталостью: психологический конспект: учебное пособие. Саратов, 2015. 202 с.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

И.Р. Ликин, Д.Р. Ташкинов, В.Б. Чупина

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В данной статье рассматривается теоретический аспект формирования суицидального поведения больных шизофренией, а также методы диагностики и профилактики суицида.

Ключевые слова: суицид, шизофрения, суицидальное поведение, суицидальный риск.

Актуальность. Важным является выявление мер и методов профилактики суицида среди пациентов с диагнозом шизофрения. Исследование носит теоретический характер, поэтому целью явилось: изучение в теоретическом аспекте причин суицида среди больных шизофренией и выявление методов профилактики.

Многообразие подходов к изучению проблемы суицида связано с тем, что самоубийство является «сложным медикосоциальным феноменом», имеющим многофакторный характер. Результаты ряда исследований в рамках биопсихосоциального подхода согласуются с гипотезой о том, что суицид является результатом суммации или взаимодействия факторов психического заболевания, социальных факторов и других факторов внешней среды с генетической предрасположенностью, специфичной в отношении суицидального поведения.

При оценке суицидальных тенденций принято выделять факторы риска и защитные факторы. К предикторам совершения суицида при шизофрении относят частые госпитализации в течение последнего года, страх ухудшения состояния здоровья, переживания из-за нежелательных явлений терапии. Также повышают вероятность самоубийства коморбидные аффективные расстройства, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, особенно при наличии в статусе таких симптомов как безнадежность, подавленное настроение, идеи малоценности, тревога и агитация, панические атаки, позитивные психотические симптомы (особенно императивные галлюцинации), импульсивное поведение, гнев. К социо-демографическим факторам риска относят: мужской пол, молодой возраст (15–35 лет) и возраст старше 65 лет, социальную изоляцию и разрыв межличностных отношений. Резко повышают риск суицида наличие суицидальных мыслей, суицидальных намерений и плана самоубийства, наличие в анамнезе суицидальных действий, доступ к летальным методам. К факторам защиты относят на-

личие семьи, детей, чувство ответственности перед семьей или обществом, сложившиеся морально-этические и религиозные убеждения, стремление человека к выживанию и страх самого акта самоубийства, а также трудовую занятость, высокий уровень удовлетворенностью жизнью, социальную поддержку, хорошую приверженность пациента к лечению.

Методы и материалы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: теоретический анализ источников, анализ, синтез, реферирование, составление библиографии по проблеме исследования.

Проблема изучения суицидального поведения пациентов, страдающих шизофренией, обусловлена высоким уровнем самоубийств в данной группе: 40–50% пациентов с диагнозом шизофрения сообщают о наличии суицидальных мыслей в некоторые моменты их жизни, а 4–13% из них совершают самоубийство. По данным В.А. Palmer и соавт. 4,9% суицидов – это завершённые самоубийства. Среди суицидентов, страдающих психическими заболеваниями, частота встречаемости пациентов с шизофренией составляет от 10% до 40%. В одном из последних исследований суицидального поведения психически больных показано, что пациенты, страдающие шизофренией, шизотипическим и шизоаффективным расстройствами составили более половины всех случаев – 58,2%.

Согласно исследованию, проводимому ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», в котором изучались факторы риска суицида у больных шизофренией при помощи шкал TASSR и SSI, а также опросника RFL, была установлена связь между полом и определёнными защитными факторами, которые предохраняют человека от суицидальной попытки. Для женщин характерна связь с такими факторами как: «беспокойство о детях», «моральное осуждение», «ответственность перед семьёй», «вера в способность выжить». У мужчин же защитным фактором является «страх самоубийства. Также установлено, что у мужчин риск совершения суицида выше, чем у женщин (Касимова, Втюрина, Святогор, 2014).

Исследование, проведённое ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» показало, что чем более факторов риска выявлено – тем выше реальный риск суицида. Важно учесть кумуляцию ряда факторов: клинических (приказывающие «голоса», депрессивные симптомы, злоупотребление ПАВ), социально-демографических (одинокий, молодой инвалид) и актуального психосоциального дистресса (лично значимого для больного). Последний может стать триггером суицидального поведения, ремитированного больного шизофренией или очередного рецидива (обострения) психоза как фактора риска самоповреждающего поведения (Любов, Цупрун, 2013).

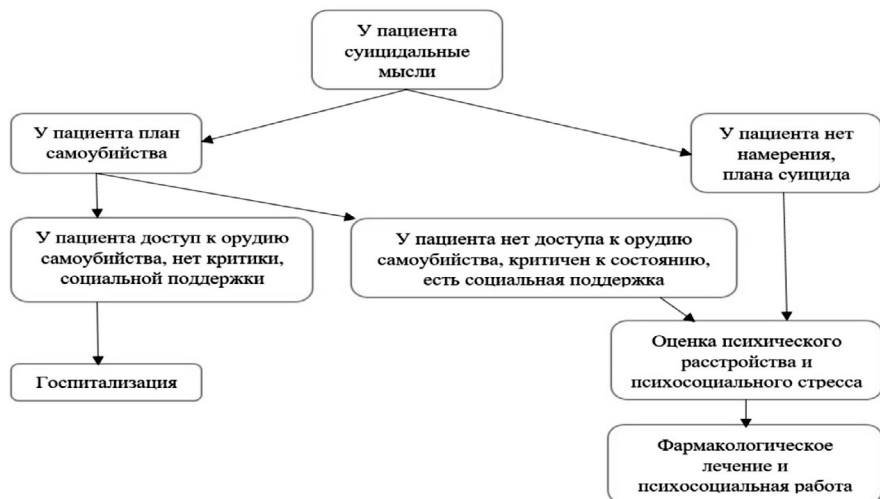


Рис. 1. Алгоритм оценки суицидального риска и выбора условий лечения больных шизофренией (по J. Kasckow et al., 2011)

В ходе исследования проведённого в ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» была установлена значительная частота внутренних форм суицидального поведения, которая различалась в зависимости от клинического типа и синдромальной характеристики депрессии в период ремиссии шизофрении. В развитии суицидальных тенденций принимают участие биологические, психологические и социальные факторы, соотношение которых определялось типом ремиссии. Молодой возраст и женский пол предрасполагают к развитию депрессии в ремиссии шизофрении, и могут быть сопряжены с развитием суицидальных тенденций. Наличие аффективных расстройств и суицидального поведения у родственников больных параноидной шизофренией, значительная представленность аффективных нарушений на различных этапах течения болезни могут служить основанием для скрининга суицидального поведения (Антонова, Бачило, Барыльник, 2012).

Диагноз шизофрении не предопределяет суицидальное поведение, но является одним из главенствующих факторов, участвующих в формировании суицидального поведения. В связи с изменчивостью суицидального риска необходима динамическая оценка больного шизофренией при каждом осмотре. Ведение суицидального больного шизофренией включает целостную оценку факторов риска, формулировку и выполнение плана биопсихосоциальных мероприятий, касающихся пациента и его окружения. Обученные семьи больного шизофренией составляют интегральную часть лечебного плана. Важна целевая лечебно-профилактическая помощь

в частично пересекающихся группах больных шизофренией (часто госпитализируемые, не соблюдающие режим лечения, молодые инвалиды, одинокие) с высоким риском суицидального поведения в связи с сочетанными клинико-социальными проблемами. После лекарственной терапии, долговременные психосоциальные реабилитационные программы становятся частью дальнейшего внебольничного лечения на фоне оптимизированной фармакотерапии шизофрении, желателно, при полипрофессиональном бригадном подходе. В рутину психиатрических учреждений и новых форм лечебно-реабилитационной помощи как клиник первого эпизода болезни или бригад внебольничного настойчивого лечения следует внедрить анти-суицидальные обучающие модули для больных шизофренией и их близких, вписанные в более широкие программы психосоциальной работы как «Обучение управления болезнью». В структуре психиатрических учреждений следует развивать суицидологическую службу; необходимо целевое непрерывное обучение персонала основам суицидологии.

Результаты психотерапии обнадеживают, но строго не доказаны. Ограниченные данные поддерживают ценность психосоциального и лекарственного подходов. Роль когнитивной составляющей депрессии более мощный предиктор суицида, чем общие ее симптомы, подчеркивая роль когнитивной терапии в кризисных состояниях. Отсюда когнитивно-поведенческая терапия полезна при депрессии больных шизофренией. Больные шизофренией из группы суицидального риска особо нуждаются в эмпатической психотерапевтической поддержке. Обращенная к реальности психотерапия – оптимальный подход при продолжающемся обсуждении меры вмешательства терапевта в кризисную ситуацию. Важно понимание отчаяния пациента, его потерь и тягот повседневной жизни, отсутствие реальных целей, социальной изоляции, бедности и стигмы и понимания путей их преодоления как факторов риска суицида. Обсуждение индивидуальной переносимости и эффекта лекарств, необходимости приверженности режиму лечения как средству достижения выявленных лично значимых жизненных целей, понимание отчаяния, беспомощности как обратимых и преходящих проявлений депрессии у больных шизофренией входит в модули группового обучения управления болезнью, одной из целей которого служит вселение надежды. Показаны когнитивно-поведенческая терапия, интерперсональная и семейная терапия. Реабилитация, социальная поддержка и трудоустройство уменьшают деморализацию больных шизофренией. Обучение навыкам преодоления типовых житейских и социальных проблем больных шизофренией способствуют контролю и профилактике депрессий больных шизофренией и надежде на выздоровление. Депрессивные симптомы больных шизофренией облегчены вероятнее при подключении психосоциального вмешательства. Психосоциальная работа включает поддерживающую занятость и обучение, семейное вмешательство, психообразование, обучение социальным навыкам. Так, взрослых близких суици-

дента следует контролировать и мотивировать приверженность к лечению, обосновав тот факт, что несоблюдение лекарственного режима – фактор повышающий риск суицида. Большинству суицидентов предстоит восстановить сети формальной и неформальной поддержки. Любые изменения в жизни больных шизофренией, как лиц с низкой стрессоустойчивостью, могут привести к обострению состояния и суицидального поведения больных шизофренией. Больные шизофренией и их близкие привлечены к индивидуальной и семейной терапии, особенно если личностные факторы, стрессы и напряжение в семейных отношениях провоцируют суицидальное поведение и препятствуют лечению основного или сопутствующего (соматическая болезнь) расстройства. Важно обеспечить сеть социальной поддержки и обучить позитивным навыкам совладания. Интегративный биопсихосоциальный подход, включающий оптимизированную фармакотерапию и модули эффективной психосоциальной работы – стандартная практика ведения больных шизофренией и особенно с хроническим суицидальным риском. Многодисциплинарная мобильная бригада настойчивой помощи, включающая психиатра, психолога, социального работника, специалиста по занятости как стационарзамещающая форма и соответствует модели интегративного лечения наиболее тяжелых больных шизофренией.

Проанализировав различные источники, мы можем сделать вывод, что суицидальное поведение у больных с диагнозом шизофрения является следствием влияния совокупности различных факторов (социальных, психических и т.д.). Было выявлено, что комплексная психолого-психиатрическая терапия в совокупности с социальным сопровождением больного и его родственников оказывает положительное влияние на предотвращение и профилактику суицидального поведения больных шизофренией.

Список литературы

1. Антонова А.А., Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б. Факторы риска развития суицидального поведения // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. № 2. С. 403-409.
2. Вишневецкая О.А., Петрова Н.Н. Суицидальное поведение больных в ремиссии шизофрении // Суицидология. 2014. № 1. С. 35-41.
3. Касимова Л.Н., Втюрина М.В., Святогор М.В. Оценка факторов суицидального риска у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 10-13.
4. Климова И.Ю., Овчинников А.А. Выявление риска суицидального поведения у больных шизофренией коморбидной каннабиноидной зависимостью // Journal of Siberian Medical Sciences. 2015. № 3. С. 58.
5. Кутько И.И., Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: монография. Днепропетровск: Пороги, 2006. 472 с.
6. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике // Суицидология. 2013. № 3 (12). С. 3-16.
7. Положий Б.С., Смагулов Б.С. Этнокультуральные особенности клинических факторов риска суицидального поведения у больных шизофренией // Российский пси-

ВОВЛЕЧЁННОСТЬ СОТРУДНИКА ОРГАНИЗАЦИИ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

М.С. Мантрова, Н.Н. Демиденко

Тверской государственный университет, г. Тверь, Россия

Аннотация. В статье представлен анализ состояния современной психологии профессионального здоровья с точки зрения исследования проблематики вовлечённости сотрудника как психологического фактора профессионального здоровья субъекта труда. Сделан вывод о том, что вовлечённость персонала - комплексный показатель, характеризующий состояние корпоративной культуры организации, удовлетворенность работой сотрудника, его внутренней мотивацией, организационной приверженностью сотрудника.

Ключевые слова: психология профессионального здоровья, субъект труда, ценности, смыслы, организационный стресс, вовлечённость персонала, удовлетворённость сотрудников, эффективность организации.

Актуальность. В настоящее время профессиональная деятельность сотрудника организации характеризуется целым рядом факторов, таких как высокий уровень неопределенности, ответственность за принимаемые решения, необходимость одновременного выполнения нескольких видов работ, конкурентоспособность, что актуализирует потребность сохранения и развития их профессионального здоровья как главного залога работоспособности.

Многие государства сегодня смещают акценты своих усилий с темпов роста экономики страны на развитие здоровой личности, воспитание здорового населения. В этой связи здоровье личности выступает как мера качества жизни людей и политики государства (Демиденко, 2016). Вопросы профессионального здоровья особенно необходимо исследовать в условиях, когда человеческий капитал становится единственной «изменяемой переменной» - все остальные факторы производства унифицированы.

М.А. Сокольская перечисляет целый ряд противоречий, обуславливающих актуальность развития психологии профессионального здоровья, например, между: потребностью общества в активных, успешных профессионалах - и отсутствием научно разработанной психологической концепции развития личностного здоровья профессионала; между потребностью в разработке технологий оптимизации жизнедеятельности профессионалов - и отсутствием концептуальных оснований для этого; между возрастающими требованиями общества к профессионалам - и сложившейся консер-

вативной образовательной и профессиональной средой (Долженко, 2018).

Сегодня психология профессионального здоровья (occupational health psychology) выступает как новое научно-практическое направление, которое возникло и развивается на стыке таких прикладных дисциплин, как психология здоровья, организационная психология и психология труда. Ее цель - изучение социально-психологических и организационных аспектов сложного динамического взаимодействия между работой и здоровьем человека, а также содействие в создании здоровых рабочих мест (Коновалова, 2017). При этом «здоровыми» считаются рабочие места, которые предполагают «использование талантов и способностей человека для достижения высокой эффективности деятельности, высокого уровня удовлетворенности работой и благополучия».

Ее характеризует переориентация на позитивное направление исследований – исследуются ресурсы личности профессионала и элементы его индивидуального здоровья, сохранение здоровья в профессии, профессиональной удовлетворенности в контексте возможностей их развития, а не последствия стресса и факторы нездоровья.

Один из основателей российской психологии профессионального здоровья Г.С. Никифоров определяет профессиональное здоровье как некую грань феномена здоровья, непосредственно связанную с профессиональной работоспособностью, включающую в себя клинический, психический и физический статус субъекта, его профессиональные компетенции и функциональную устойчивость, проявляющуюся в надежности деятельности, высоком уровне компетенций и активности, в профессиональном долголетии и успешности (Коновалова, 2017).

Тяжелые условия труда, специфичные для каждой профессии, относятся к физическим факторам профессионального нездоровья. На психологическом уровне профессиональное здоровье работников подвергается сильному негативному воздействию неудовлетворительной организации труда, обуславливающей низкий уровень мотивации и неудовлетворенность своей профессиональной деятельностью, неблагоприятного социально-психологического климата в коллективе; постоянного напряжения и т.д. Следовательно, ни один сотрудник организации не сможет поддерживать профессиональное здоровье без его вовлечённости в организацию, т.е. без приложенных усилий, осознанно направленных на благо компании и полного сосредоточения на своей работе, эмоциональной приверженности к ней.

Таким образом, проблема вовлечённости сотрудника тесно переплетается с фактором профессионального здоровья субъекта труда.

Постановка проблемы. Проблему вовлеченности сотрудников рассматривали и отечественные ученые, и зарубежные. Из самых значимых выкладок можно выделить Н. Бердяева, Ж-Ж Ламбена и Й. Хеллевига. Термин «вовлечение» (engagement) был впервые применён К. Томпсоном

и означает следующее: «Чтобы донести обещание бренда до потребителя, работник должен полностью понимать и разделять ценности бизнеса». Питер Друкер утверждал, что управление персоналом должно строиться так, чтобы сотрудники работали добровольно. Система мотивации не должна быть направлена на удовлетворение мотивов сотрудников. Она должна быть одним из инструментов управления удовлетворённостью и вовлечённостью персонала.

Кан (Kahn, 1990) был первым ученым, определившим вовлеченность как «освоение организационными единицами собственных рабочих ролей: вовлеченные сотрудники используют свои физические, эмоциональные, когнитивные и ментальные ресурсы в процессе работы». Он рассматривал вовлеченность, как уникальное и важное мотивационное понятие. На основе данного определения были выделены когнитивная, эмоциональная и физическая вовлеченность. В настоящее время существуют две школы в отношении организационной вовлеченности. Первая школа, которую представляют Маслак и Лейтер (Maslach, Leiter, 1997), определяет вовлеченность через противопоставление ее с процессом выгорания сотрудников (теории благополучия работников и их эмоционального выгорания). Вторая же школа рассматривает это понятие, как позитивный антитезис выгоранию на работе. В своих работах Шауфели (Schaufeli, Bakker, 2004), относящийся ко второй школе, определяет вовлеченность как позитивный исполнительный подход к работе, который включает в себя: энергичность, целеустремленность и «впитывание» работы.

Мы считаем, что на сегодняшний день существующей научной литературы по данному вопросу критически мало, но все же, есть достойные труды. В основу нашей работы будет положено определение вовлеченности Й. Хеллевига, которое гласит: «Вовлеченность - это отношение сотрудника к организации, ее руководству, обязанностям и условиям труда, при котором он проявляет неподдельный интерес к успехам организации и стремится выполнять свои обязанности, превосходя установленные стандарты» (Коновалова, 2017).

По его словам, вовлеченность сотрудников с большой вероятностью позволяет организации воплощать в жизнь свои цели и задачи, а также создавать необходимые условия для максимальной работоспособности сотрудников и поддержания их профессионального здоровья. Хеллеви́г утверждает, что сотрудник, максимально вовлеченный в деятельность своей организации чувствует собственную важность в ней и, исходя из этого, по его мнению, процесс вовлеченности является основополагающим и одним из самых значимых, влияющим на результативность и эффективность организации.

Обозначенная еще Э. Фроммом (1992), проблема зависимости работника от коллектива, ограничивающая его в проявлениях своего творчества и самостоятельности; проблема все большего распространения тех-

нократического мышления, приводящая к появлению технократического человека, лишённого главного - совести и способности сострадать другим людям, тем самым быть вовлечённым в жизнь своей собственной организации, также быть равнодушным к процессам, происходящим в ней.

Таким образом, с нашей точки зрения вовлечённость сотрудника организации можно рассматривать только во взаимосвязи с профессиональным здоровьем, что наименее подверглось исследованию в научной области литературы организационной психологии.

Р.А. Березовская, описывая основную проблематику зарубежной психологии здоровья, не упоминает такую сферу, как нравственное (духовное здоровье) профессионала (Сокольская, 2012). Однако в той же статье автор среди перспективных, новых направлений называет «нравственно-этические аспекты профессионального здоровья» и отмечает роль организационного обеспечения справедливости в сохранении здоровья работника, что не должно оставить нас равнодушными в контексте нашего исследования. Сюда же можно причислить и проблемы изучения позитивных последствий процесса профессионального взаимодействия и взаимосвязи работы и личной жизни человека; и проблему роли досуговой активности в сохранении профессионального здоровья.

Драйверы вовлеченности можно разделить на основные группы: факторы, связанные с политикой организации: стратегия, миссия, ценности организации; факторы, связанные с климатом в коллективе: отношения с руководителем и коллегами, взаимодействие в команде; факторы, связанные с организацией труда: система мотивации, должностные обязанности, условия труда и факторы, связанные с самореализацией сотрудника (Сокольская, 2012). При грамотном воздействии на каждую из этих областей можно добиться роста производительности и эффективности труда и поддержания профессионального здоровья сотрудника.

Для профессионала недостаточно иметь высокие профессиональные знания и навыки. Он руководствуется особой системой своих ценностей и ценностей организации, которая является для него более важной, чем индивидуальные житейские потребности. Выстраивание такой системы ценностей – это суть пути к профессионализму и грамотному поддержанию своего профессионального здоровья. Таким образом, профессионал руководствуется в поведении не своими потребностями, а ценностями, миссией, стратегией организации. Центральным в сфере профессионального здоровья сотрудника организации, является осознание им личного смысла профессиональной деятельности в контексте общей миссии организации, своего места в ней, что позволит ему быть вовлечённым в организацию, позволит сохранить баланс между адаптационной и ценностно-смысловой составляющими профессиональной деятельности.

Е.Ю. Коржова разрабатывает типологию субъект-объектных ориентаций как базовых ориентаций жизнедеятельности, указывающих на

специфику включенности человека в жизненную ситуацию. Субъектные характеристики, способствующие сохранению профессионального здоровья, соотносятся с характеристиками вовлечённого сотрудника организации, поскольку связаны с интересом к профессиональной деятельности как таковой и способностью получать удовлетворение от самого процесса деятельности (Сорочан, 2005).

Основной предпосылкой стресса в профессиональной деятельности, являются перемены, нарушающие баланс, поддерживаемый в повседневной жизни и деятельности. К системным предпосылкам стресса мы относим те, которые обусловлены факторами внешней среды (экономическая и политическая ситуация в стране, уровень безработицы, климатические условия, семейные проблемы и т. д.). В качестве организационных предпосылок выступают те, которые связаны с организационной структурой, философией, стратегией компании, всеми процессами, протекающими на уровне отдельно взятой организации, что непосредственно касается области нашего исследования, степенью вовлечённости сотрудника в организации.

Анализ исследуемой литературы, показывает, что чаще всего в западных компаниях программы укрепления профессионального здоровья представляют собой комплекс мер организационного и индивидуального характера, направленных на профилактику стресса и выработку способов борьбы с их последствиями (Сорочан, 2005).

К организационным мерам относятся: создание благоприятного организационного климата, предоставление работникам возможности самим организовывать их работу, четкое определение должностных обязанностей работников; устранение причин, ведущих к перегруженности и незагруженности работой; социальная поддержка, программы управления стрессами (предусматривающие проведение в организациях специального консультирования), фитнес-программы (программы общего оздоровления) (Сорочан, 2005).

К индивидуальным методам предотвращения стресса и борьбы с ним относятся: программы физических упражнений, обучение технике релаксации, биологическая обратная связь, модификация поведения. Следовательно, вовлечённый сотрудник организации может поддержать профессиональное здоровье, тем самым справляясь с различными стрессорами профессиональной деятельности.

Таким образом, на основе теоретических выделены основные положительные характеристики вовлечённых сотрудников:

- 1) неподдельная заинтересованность в деятельности компании;
- 2) полная заинтересованность в успехе компании;
- 3) определение общественных перспектив;
- 4) удовлетворение трудовой деятельностью, высокая эмоциональная вовлечённость;
- 5) неформальная и формальная вовлечённость;

- 6) умение создать рабочую атмосферу;
- 7) умение воспринимать критику и также давать конструктивную критику.

Вывод. Таким образом, вовлечённость персонала - комплексный показатель, характеризующий состояние корпоративной культуры организации, удовлетворенность работой сотрудника, его внутренней мотивацией, организационной приверженностью сотрудника. В то же самое время вовлеченность как стремление выкладываться на работе, делать свою работу как можно лучше и достигать большего, является неотъемлемым фактором профессионального здоровья сотрудника организации.

Список литературы

1. Демиденко Н.Н. Научные психологические исследования в организации: учебное пособие. Тверь: Твер. гос. ун-т, 2016. 266 с.
2. Долженко Р.А. Исследование понятий удовлетворённость, лояльность, вовлеченность персонала // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. 2018. № 9. С. 157-162.
3. Коновалова В.Г. Управление вовлеченностью персонала: факторы успехов и неудач // Кадровик. 2014. № 9. С. 74-84.
4. Сокольская М.В. Личностное здоровье профессионала: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Хабаровск, 2012. 21 с.
5. Сорочан В.В. Психология профессиональной деятельности: конспект лекций. М.: МИЭМП, 2005. 70 с.
6. Воловикова М.И. Тематическая сессия ИП РАН «Психологическое здоровье: постановка проблемы и пути ее решения» // Психологический журнал. 2013. Т. 34, № 5. С. 123-128.

УДК 159.96

ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ТЕЛУ У ПОДРОСТКОВ, КАК ФАКТОР ПОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

В.О. Панкрашкина, Л.С. Гавриленко

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье рассмотрены особенности восприятия подростками собственной внешности как фактора появления неуверенности в себе, и появления нарушений пищевого поведения. Проведен анализ литературы по проблеме психологических особенностей отношения к себе и к своему телу. Отмечено, что отношение к себе и собственному телу может стать причиной возникновения замкнутости и нарушений пищевого

поведения. Представлен качественный и количественный анализ результатов экспериментальной работы по изучению особенностей отношения к своему образу тела у подростков.

Ключевые слова: подростковый возраст, девиантное поведение, пищевое поведение, образ тела, восприятие собственной внешности.

Актуальность. В последнее время в обществе уделяется повышенное внимание сохранению физического и психологического здоровья юношей и девушек. В то же время образовательный процесс чаще всего делает акцент на интеллектуальную сферу развития личности. Психические и биологические процессы остаются в стороне, это приводит к развитию различных стереотипов и неправильных оценок по отношению к себе. Нарушается целостное развитие личности, в дальнейшем это отрицательно сказывается на здоровье и социальной адаптации.

Постановка проблемы. Особо следует подчеркнуть, что психологическая проблема отклонений в пищевом поведении сегодня приобретает все большую актуальность. Ввиду возрастных психологических особенностей отношения к себе и к своему телу, перестройки самооценки, формирования новых интимно-личностных отношений, особенно актуальны вопросы пищевого поведения становятся для подростков. Средства массовой информации активно распространяют идеи о том, что худоба является ключом успеха в жизни. Такие идеи, а также сложившиеся в общественном мнении представления о красоте оказывают влияние на представления подростков о себе и своем теле.

Образ тела и отношение к своей внешности являются одними из самых важных факторов личности, влияющих на поведение индивида. Познание и формирование своего тела происходит на протяжении всей жизни за счет личного опыта и взаимодействия с окружающим миром. Это определяет актуальность темы нашего исследования.

Повышенное внимание подростка к своей внешности, болезненное отношение к отклонению от нормы во внешности, часто приводят к стойкому беспокойству и неуверенности в себе. Чрезмерная обеспокоенность мыслями о себе, своем теле, весе, еде, «поглощает» подростка, и в результате влияет на его эмоциональное состояние. В подростковом возрасте часто наблюдается недовольство своим телом, и это сказывается на самооценке, повышая риск появления нарушений пищевого поведения (Рубан, 2016).

Подростковый возраст – стадия онтогенетического развития, которая находится между детством и взрослостью. Обычно он характеризуется как переходный, переломный, трудный и возраст полового созревания. Подростковый возраст также называется пубертатным периодом. В этом возрасте происходят кардинальные изменения в организме ребенка. У некоторых подростков ростовой скачок и наступление полового созревания наступают слишком рано или позднее, чем у большинства сверстников (Аверин, 1998).

К концу полового созревания наиболее интенсивно происходит увеличение массы мышц и возрастание мышечной силы. Увеличение мышечной силы расширяет физические возможности подростка. Но перестройка организма сопровождается потерей гармонии в движениях, появляются трудности во владении собственным телом. Это может сопровождаться неуверенностью в себе и повышенным интересом к своей внешности, задумываясь о нормах роста, размера пропорций тела и т. д. (Отношение к своему телу и психологическое благополучие в подростковом возрасте, 2014).

Т.В. Драгунова говорит о повышенной значимости внешности в подростковом возрасте. Значимость внешности преувеличена, вследствие это очень остро переживаются все изъяны, как выдуманные, так и действительные, что приводит к снижению самооценки. Кожа, неправильные черты лица, лишний вес, худоба, непропорциональность частей тела расстраивают подростка, а иногда приводят к чувству неполноценности и замкнутости. Темп полового созревания оказывает большое воздействие на образ физического «Я» и самосознание подростка.

Стоит обратить внимание на наличие прямой связи между физической привлекательностью и социальным статусом в подростковом сообществе. Идеи физического недостатка у подростков являются благоприятным фоном для возникновения дисморфомании или дисморфофобии. Важными отличительными признаками подросткового возраста выступают фундаментальные изменения. Эти изменения происходят в сфере самосознания, в структуру которого входят представления о собственном теле, образ тела (Рубан, 2016).

Термин «образ тела» в психологию ввел американский психиатр П. Шильдер. По его мнению, образ тела — это субъективное переживание человеком своего тела как психический пространственный образ, который формируется за счет межличностного взаимодействия. П. Шильдер предположил, что тело формируется за счет впечатлений и стимулов, которые передаются через телесные ощущения, и что между телом и окружающим нас миром существует взаимосвязь (Айвазян, 2009).

Большинство ученых и исследователей рассматривают образ тела в качестве одного из важнейших компонентов самосознания (Бернс Р., Мдивани М.О., Соколова Е.Т и др.)

В отечественной психологии основоположником изучения влияния телесности на формирование личности, является Л.С. Выготский. Он утверждал, что тело человека является частью культурно-детерминированной перспективы. По его мнению, проблемы с нарушением телесности возникают во время отклонения человека от его культурно-исторического пути, что может привести к различным психосоматическим расстройствам.

В.Д. Менделевич под пищевым поведением понимает «ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях

и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию». «Пищевое поведение человека включает в себя не только удовлетворение физиологических и биологических, но также социальных и психологических потребностей». Таким образом, авторы приходят к выводу о необходимости отделения проблемы потребления от проблем изучения процесса пищеварения (Айвазян, 2009).

Подростковый возраст сопровождается цепью противоречий, конфликтов и характерных для этого трудного возраста беспокойств. Одним из них считается беспокойство подростка по поводу своего внешнего вида. Расстройства пищевого поведения у подростков чаще всего связаны с заниженной самооценкой, негативными чувствами и мыслями по поводу своего веса. В следствие этого вырабатывается определенная система питания и привычек, нарушающих нормальное функционирование организма.

Как показывают последние исследования, средства массовой информации также способны спровоцировать рост среди подростков количества расстройств пищевого поведения. Большинство знаменитостей в кино, рекламе, в спортивных программах и на телевидении очень художавы, что наталкивает подростков, в первую очередь девушек, на мысль «худоба – идеал красоты». Молодые люди также подвержены влиянию средств массовой информации и могут пытаться подражать «идеальным образам» мужчин. Они начинают резко ограничивать свое питание или же, наоборот, принудительно наращивают мышечную массу, соблюдая для этого определенные правила пищевого поведения (Отношение к своему телу и психологическое благополучие в подростковом возрасте, 2014).

В большинстве случаев в подростковом возрасте неадекватное восприятие своего тела и озабоченность каким-либо дефектом внешности может привести к нарушениям пищевого поведения, таким как булимия или анорексия (Михайлова, 2018).

Большинство подростков с расстройствами пищевого поведения имеют избыточный вес. Они подвергаются повышенному риску гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний. Многие подростки из-за своих пищевых привычек испытывают сильные чувства стыда и вины. Переедания подростки стараются держать в тайне. Может обнаружиться, что в доме пропадает большое количество пищи, также родители могут находить ее в комнате ребенка.

Выделяют три основных типа нарушения пищевого поведения:

– Экстернальное пищевое поведение – это повышенная реакция больного не на внутренние стимулы к приему пищи, такие как чувство голода, наполнение желудка, а на внешние стимулы (накрытый стол, принимающий пищу человек, реклама пищевых продуктов

– Эмоциогенное пищевое поведение, или гиперфагическая реакция на стресс, эмоциональное переедание, «пищевое пьянство» (по Шелто-

ну): встречается в 60 % случаев. Стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт — человек ест не потому что голоден, а потому что беспокоен, тревожен, раздражителен, подавлен, обижен.

— Ограничительное пищевое поведение — это избыточные пищевые самоограничения и бессистемные строгие диеты. Периоды ограничительного пищевого поведения сменяются периодами переедания. Эмоциональная нестабильность, возникающая во время строгих диет, называется «диетической депрессией» и приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты, новому интенсивному набору веса и рецидиву заболевания (Михайлова, 2018).

Целью нашего исследования являлось выявление особенностей пищевого поведения у подростков, неудовлетворенных собственной внешностью.

Исследование отношения к своему телу у подростков, как фактор возникновения нарушений пищевого поведения было проведено в четыре этапа:

- на первом этапе изучалась, анализировалась и систематизировалась научная и методическая литература по выбранной теме
- на втором этапе осуществлялось планирование эксперимента, производился подбор методик и проведение экспериментального исследования
- на третьем этапе исследования был проведен анализ результатов исследования
- четвертый этап включает в себя формулирование вывода по исследованию.

В экспериментальном исследовании приняли участие 31 подросток в возрасте от 13 до 17 лет. Из опрошенных было 20 девушек и 11 юношей.

Методы и материалы. Методами исследования являлся опрос и психодиагностическое тестирование. В ходе исследования были использованы следующие психодиагностические методики:

1. Опросник образа собственного тела (ООСТ), разработанный О. А. Скугаревским и С. В. Сивухой в Белорусском Государственном Университете;
2. Опросник Спилбергера-Ханина на уровень тревожности;
3. Опросник пищевого поведения (DEBQ – Dutch Eating Behavior Questionnaire), созданный Т. Van Strien, J. E. Frijters, G. Bergers, P. B. Defares в 1986 г. на базе факультета питания человека и факультета социальной психологии Сельскохозяйственного университета (Нидерланды).

Опросник пищевого поведения (DEBQ) позволяет выявлять ограничительное, эмоциогенное и экстернальное пищевое поведение. Ограничительное пищевое поведение – это избыточные пищевые самоограничения и бессистемные слишком строгие диеты, к которым время от времени прибегают люди, имеющие избыточный вес. Экстернальное пищевое по-

ведение – это реакция человека на внешние стимулы, такие как как накрытый стол, принимающий пищу человек, реклама пищевых продуктов и т. п. При эмоциогенном пищевом поведении стимулом к приему пищи становится эмоциональный дискомфорт: человек ест не потому что голоден, а потому что неспокоен, тревожен, раздражен и т.п.

Для изучения удовлетворенности собственной внешности использовался опросник образа собственного тела (ООСТ).

Результаты исследования. Анализ результатов исследования показал, что большинство подростков, а именно 20 человек (64,5 %), удовлетворены собственной внешностью. Это свидетельствует о том, что у подростков нет нарушений самосознания «образа тела». Эти подростки не участвовали в анализе особенностей пищевого поведения. У 11 (35,5%) опрошенных выявлена неудовлетворенность собственной внешностью, что свидетельствует о наличии у подростков нарушений в восприятии своего тела. У этих подростков исследовались особенности пищевого поведения.

При анализе результатов самооценки тревожности надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

- до 30 баллов – низкая;
- 3-44 балла – умеренная;
- 45 и более – высокая.

Таблица 1

Показатели уровней тревожности

Уровни тревожности	Количество человек	Проценты
Низкая	4	13%
Умеренная	13	41%
Высокая	15	46%

Для выявления нарушений пищевого поведения у подростков использовался опросник пищевого поведения (DEBQ).

По результатам диагностики было обнаружено, что ограничительное пищевое поведение у 7 (23%) подростков выражено на уровне нормы. Это свидетельствует о том, что у подростков нет проблем с ограничениями в пище, они позволяют себе принимать пищу свободно и при этом питаться достаточно «разумно», не переедать. У 15 (48%) подростков, неудовлетворенных собственной внешностью, ограничительное пищевое

поведение ниже нормы, из чего можно сделать вывод, что подросток ест бесконтрольно, плохо осознает, что и как ест. Это свидетельствует о нарушении пищевого поведения. У 9 (29 %) подростков обнаружен результат выше нормы. Такие подростки осторожны в выборе еды, руководствуются принципом «полезности» и боятся набрать вес.

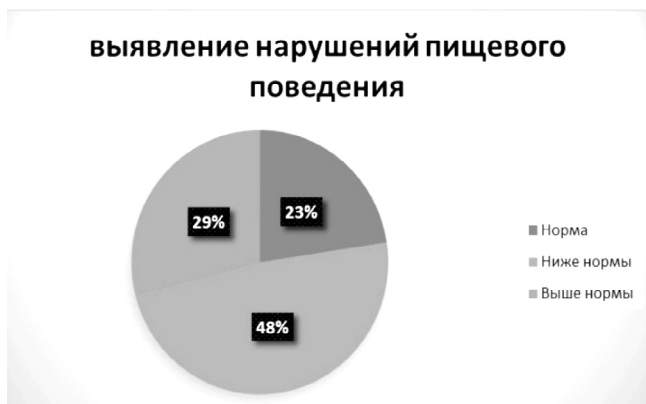


Рис.1. Уровневые показатели нарушений пищевого поведения

Таблица 2

Результаты исследования особенностей пищевого поведения подростков неудовлетворенных собственной внешностью

Виды пищевого поведения.	Уровень выраженности, в %		
	Ниже нормы	Норма	Выше нормы
Ограничительное пищевое поведение	48	23	29
Эмоциогенное пищевое поведение	11	29	60
Экстернальное пищевое поведение	22	23	55

Эмоциогенное пищевое поведение в норме характерно для 29 % испытуемых. Это говорит о том, что подросток не склонен «заедать» эмоции. У 11% испытуемых наблюдается результат ниже нормы – это говорит о том, что подросток не прибегает к еде во время переживания эмоций. У 60 % подростков, неудовлетворенных собственной внешностью, выявленный результат выше нормы. Этим подросткам трудно справиться с эмоциональными переживаниями (как положительными, так и отрицательными). Чтобы справиться с эмоциями подростки прибегают к помощи еды. Эмоциональный дискомфорт, который испытывает подросток, становится стимулом к приему пищи.

Экстернальное пищевое поведение на уровне нормы обнаружено у 23% подростков, и так же у 22 % выявлен показатель ниже нормы. Эти

подростки не реагируют на такие внешние стимулы, как накрытый стол, реклама пищевых продуктов. У 55% подростков, неудовлетворенных собственной внешностью, выявлены показатели выше нормы. Такой подросток – «безотказный» едок, ему сложно остановиться, начав, есть, сложно удержаться при виде вкусной или просто лежащей на виду еды, что является расстройством пищевого поведения.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у подростков, неудовлетворенных собственной внешностью, выявлены особенности пищевого поведения. Было обнаружено, что подростки, неудовлетворенные собственной внешностью, либо принимают пищу бесконтрольно, плохо осознают, что и как едят, либо наоборот, осторожны в выборе еды, руководствуются принципом «полезности» и боятся набрать вес. Они с трудом справляются с эмоциональными переживаниями, и прибегают к помощи еды, чтобы справиться с эмоциями.

Вывод. Эмоциональный дискомфорт является своеобразным стимулом для подростка к приему пищи. Подросткам, неудовлетворенным собственной внешностью, сложно остановиться, начав, есть, сложно удержаться при виде вкусной или просто лежащей на виду еды, что является расстройством пищевого поведения. Таким образом, можно сказать, что склонность к пищевой зависимости зависит от восприятия подростком собственной внешности. Подростки, неудовлетворенные своей внешностью, часто прибегают к ограничительному и экстернальному пищевому поведению.

Список литературы

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: учебное пособие. М. : Академический проект, 2001. 704 с.
2. Аверин В.А. Психология детей и подростков: монография. М. : Изд-во Михайлова В.А., 1998. 379 с.
3. Айвазян Е.Б., Арина Г.А., Зинченко Ю.П. Психосоматика: телесность и культура: учебное пособие. М.: Академический Проект, 2009. 311 с.
4. Куницина В.Н. К вопросу о самооценке подростка // Экспериментальная и прикладная психология. Л. : ЛГУ, 1970. Вып. 2. С. 62-69.
5. Леушина Е.А., Морощенко Е.А., Тукмачева Е.А. Донозологическая диагностика дезадаптивного пищевого поведения у лиц молодого возраста // Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения : сборник статей XII Международной научно-практической конференции. Пенза, 5 марта 2019 г. Пенза, 2019. С. 226-228.
6. Михайлова А.П., Штрахова А.В. Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии: библиографический обзор // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2018. Т. 11, № 3. С. 80-95.
7. Одинцова М.А., Захарова Н.Л. Психология стресса: учебник и практикум для вузов. М. : Юрайт, 2018. 299 с.
8. Волжина А.Ж., Шевеленкова Т.Д. Отношение к своему телу и психологическое благополучие в подростковом возрасте [Электронный ресурс] // Мышление и речь:

подходы, проблемы, решения: материалы XV Междунар. чтений памяти Л.С. Выготского. М., 2014. Т. 2. URL: <http://www.persev.ru/bibliography/otnoshenie-k-svoemu-telu-i-psihologicheskoe-blagopoluchie-v-podrostkovom-voznage> (дата обращения: 12.11.2019).

9. Рубан Т.А. Изучение удовлетворенности подростков своим телом // Молодой ученый. 2016. № 28. С. 829-831.

УДК 159.96

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ АДАПТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ

А.Е. Первушина, Ю.В. Живаева

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Адаптация первокурсников к обучению в вузе, период, через который должен пройти каждый студент. Выявлено, что даже студенты, имеющие высокий адаптационный потенциал, сталкиваются с трудностями адаптационного периода.

Ключевые слова: адаптация, студенты-первокурсники, социально-психологическая адаптированность, обучение.

Актуальность. Адаптация первокурсников – процесс приспособления студента к условиям обучения и воспитания в учебном заведении. Этот процесс сложен для каждого первокурсника, однако избежать его невозможно. Период разрешения возникших трудностей занимает у студентов от одного до трех-четырёх семестров, что снижает эффективность образовательного процесса на первых курсах (Голубева, 2014). Ускорить этот процесс – значит сделать шаг на пути повышения качества образования.

Актуальность рассмотрения проблемы специфики социально-психологической адаптации и субъективного благополучия студентов продиктована необходимостью погружаться и адаптироваться к новым условиям жизненной ситуации. К ним относятся: резкий переход к самостоятельной жизни, установление взаимоотношений с новым кругом людей (новый коллектив), отсутствие контроля со стороны родителей, личная свобода. Обучающиеся усваивают новые формы и методы обучения, отличные от школьных, происходит резкая смена режима дня, его эмоциональная насыщенность

Согласно положениям современной отечественной психологии, развитие личности осуществляется на протяжении всей жизни человека (Б.Г. Ананьев, А.Н. Леонтьев, В.И. Слободчиков и др.). В жизни человека присутствуют моменты, которые вносят в его развитие особый смысл. Один

из таких ответственных моментов приходится на период окончания школы и поступления в специальное учебное заведение (вуз) для получения профессии, вхождения в систему новых социальных отношений.

Обычно адаптация студентов первого курса рассматривается как совокупность трех аспектов, отражающих основные направления деятельности студентов:

- адаптация к условиям учебной деятельности (приспособление к новым формам работы, контроля и усвоения знаний, к иному режиму труда и отдыха, самостоятельности);
- адаптация к группе (поддерживание хороших отношений с сокурсниками, усвоение правил, традиций общежития);
- адаптация к будущей профессии (усвоение профессиональных качеств, умений и навыков).

Постановка проблемы. Проблему вузовской адаптации следует отнести к одной из социальных проблем современного образования, требующей уже не столько углубленного изучения, сколько поисков продуктивного решения на практическом уровне. С серьезными научно-методическими разработками, направленными на создание профилактических программ, включающих приемы психологической коррекции нарушений личностного развития студентов, на поиски эффективных средств психолого-педагогической поддержки педагогов и родителей студентов.

Признаками неуспешной адаптации являются снижение работоспособности, усталость, сонливость, головные боли, доминирование подавленного настроения, возрастание уровня тревожности, заторможенность или, напротив, гиперактивность, сопровождающаяся нарушениями дисциплины, систематическое невыполнение домашних заданий, пропуски занятий, отсутствие мотивации учебной деятельности.

Несмотря на то, что учёные дают различные определения адаптации учащихся, можно с уверенностью говорить о том, что она является одним из главных понятий современного образования, показателем успешности работы педагогического коллектива. Адаптация в широком смысле - это вид взаимодействия личности или группы с окружающей средой, в ходе которого согласовываются ожидания его участников. Адаптация студентов имеет свои особенности. Вхождение молодых людей в систему вузовского обучения, приобретение ими нового социального статуса студента требуют от них выработки новых способов поведения, позволяющих им в наибольшей степени соответствовать своему новому статусу.

Этап перехода «школа - вуз» является наиболее значимым периодом в становлении личности выпускника и его познавательном развитии. Он связан с включением молодого человека в новый для него институт социализации. Успешная, эффективная, оптимальная адаптация первокурсников к жизни и учебе в вузе - залог дальнейшего развития каждого студента как человека, гражданина, будущего специалиста.

Социальный статус студента требует от него выполнения социальных ролей: организации учебной и внеучебной деятельности, принятие социальных норм и правил данного учебного заведения, установление отношений с окружающими.

Исследователи полагают, что адаптация первокурсников должна проводиться в двух направлениях: учебно-дидактическом и социально-психологическом (Федотова, 2015).

Годы учебы в вузе являются процессом наиболее интенсивного развития интеллектуальных, нравственных сил и возможностей студента, в котором происходит становление личности, формирование его мировоззрения, жизненных идеалов и убеждений. Приобретая статус студента, молодой человек входит в новую систему отношений со сверстниками и взрослыми, что требует от него систематического интеллектуального труда, самоопределения и самоконтроля, самодисциплины и самоорганизации.

В существующей литературе по исследуемой нами проблеме студенчество рассматривается как особая мобильная социальная группа, общность людей, объединённых институтом высшего образования. Изучение возрастных особенностей данной группы позволяет нам сделать вывод о том, что для студентов период обучения на первом курсе является сензитивным для формирования образовательных ценностей. Мы не исключаем возможности дальнейшего формирования ценностей образования на следующих курсах, но основа ценности познания, ценности научного поиска и образовательного диалога закладывается на первом курсе обучения в вузе и совпадает с периодом адаптации студентов.

Адаптация первокурсника происходит тогда, когда студент адекватно оценивает ситуацию, выбирает один из социально одобряемых вариантов своих действий и успешно использует возможности их осуществления. Положительный результат при этом заключается в достижении студентом психологической комфортности в образовательном пространстве университета. Процесс социальной адаптации студентов сложен, многоаспектен и зависит от возрастных особенностей данной группы.

Уникальность данного возрастного периода состоит в переходности между детством и взрослостью. В психологическом плане данный этап в развитии является критическим, поскольку вхождение в новую социальную ситуацию развития приводит к трансформации прежних форм взаимодействия с окружающим миром, делает необходимым появление новой структуры личности. Поэтому перед социальной психологией встает задача оптимизации процесса вхождения юношей и девушек в вузовскую жизнь. Первые два года обучения в вузе, на протяжении которых происходит наиболее сложные процессы адаптации, приходится на юношеский возраст (18-21 год), предшествующий взрослости. Это сложный возраст, для которого, вследствие свойственных ему биологических, психологических, психосоциальных проблем, характерно наличие кризисов развития.

Одним из важнейших факторов успешной подготовки в вузе будущих учителей является личностная и социально-психологическая адаптация. В процессе адаптации происходят изменения во внутреннем мире личности (Агаева, 2016). Изменяются, прежде всего, привычные представления о содержании предстоящей ведущей и иной деятельности, об особенностях новой социальной микросреды. Таким образом, отражая реалии изменившихся условий, возникает новая информационная основа адекватности психической и предметно-практической деятельности.

Новые представления, знания о профессиональной деятельности ведут к внутренней коррекции первокурсника. Начинается она с самой динамичной подструктуры – самоопределения. В связи с новой деятельностью и в соотношении с ней, с ее целями, задачами, требованиями и трудностями претерпевает изменения самооценка личности, изменяется уровень притязаний.

Суть процесса адаптации студентов-первокурсников как адаптации социально-психологической определил П.А. Просецкий: «активное, творческое приспособление студентов нового приема к условиям высшей школы, в процессе которого у студентов формируются оптимальные взаимоотношения, призвание к выбранной профессии, рациональный коллективный режим труда и быта». Отсюда следуют важнейшие принципы процесса адаптации: принцип активности, принцип творческого подхода и принцип систематичности.

В традиционном плане адаптация студентов первого курса рассматривается как совокупность трех аспектов, отражающих основные направления деятельности студентов:

- адаптация к условиям учебной деятельности (приспособление к новым формам преподавания, контроля и усвоения знаний, к иному режиму труда и отдыха, самостоятельному образу жизни и т.п.);
- адаптация к группе (включение в коллектив сокурсников, усвоение его правил, традиций);
- адаптация к будущей профессии (усвоение профессиональных знаний, умений и навыков, качеств).

На каждом этапе социальной адаптации студента вуза необходимо стимулировать, прежде всего, его мотивационную сферу (ценностные ориентации профессии, смысл профессии, мотивы, цели, эмоции). И только на ее основе - операциональную сферу (профессиональные знания, умения, навыки, мышление).

Наиболее эффективным видом деятельности в плане адаптации личности студентов-первокурсников является применение социально-психологического тренинга до начала обучения в ВУЗе (в августе). При этом одна из первых и важных задач работы психологов на начальном этапе – знакомство членов группы друг с другом, формирование нормальных отношений, сплоченности в группе.

Тренинг является как эффективным средством, ускоряющим процесс адаптации первокурсников к новым условиям жизни, так и средством развития личностных качеств студентов.

Так же одной из эффективных форм управления адаптационным процессом является кураторство.

На этапе обучения в вузе процесс социально-педагогической адаптации зависит от сознательного выбора педагогической профессии в соответствии со склонностями и способностями, от усилий направленности профессионально-педагогического образовательного процесса в вузе. Личность студента во время обучения в вузе формируется во всех отношениях: социально-психологическом, нравственном, интеллектуальном, физическом, профессиональном, социальном. Процесс социально-педагогической адаптации студентов охватывает все ступени обучения: от первого до пятого курса. Он определяется особенностями студенческого возраста, профессиональным становлением и формированием системы ценностей студента, особенностями приспособления к иной системе обучения, способностью безболезненно вписываться в контекст современных общественных и профессиональных педагогических процессов.

От куратора группы во многом зависит успешность адаптации первокурсников к новой социальной среде, налаживание деловых и личных контактов между членами группы. Успех деятельности куратора группы 1-го курса во многом зависит от четкого осмысления и определения основных направлений, от оптимального выбора форм и методов воспитания, значительно повышающих эффективность управления адаптационным процессом первокурсников к учебному заведению.

Таким образом, можно отметить, что наибольшая эффективность работы по адаптации студентов первого курса достигается использованием сочетания различных форм психолого-педагогического воздействия (Захарова, 2015).

Ускорение процессов адаптации первокурсников к новому для них образу жизни и деятельности, исследование психологических особенностей психических состояний, возникающих в учебной деятельности на начальном этапе обучения, а также выявление психолого-педагогических условий оптимизации данного процесса – чрезвычайно важные задачи. Таким образом, успешная, эффективная, оптимальная адаптация первокурсников к жизни и учебе в колледже – залог дальнейшего развития каждого студента как человека, гражданина, будущего специалиста.

Увеличение адаптационного потенциала личности может быть достигнуто путем овладения студентом навыками самовоспитания и самообразования.

Условия эффективного самовоспитания заключаются в осознании человеком необходимости самовоспитания и в стремлении овладеть его

технологией, во взаимодействии воспитания и самовоспитания, в активной деятельности самих воспитуемых.

Процесс самовоспитания выстраивается от социальных требований к личности через самопознание, планирование работы над собой, реализацию программы, самоконтроль и самокоррекцию, вновь через самопознание; в конце происходит возврат к социальным требованиям к личности.

Вывод. Таким образом, можно сделать вывод, что от того, насколько успешной будет адаптация студента к ВУЗу, зависит его личностное развитие и дальнейшая профессиональная карьера, поэтому нужно уделять больше внимания решению данной проблемы (Исаева, 2017). На сегодняшний день есть множество различных подходов ее решения, возможно в дальнейшем при условии более глубокого изучения как теоретической, так и практической ее сторон, будут найдены новые, более эффективные формы, методы и средства помощи студентам-первокурсникам успешно адаптироваться в вузе.

Список литературы

1. Агаева А.Э. Особенности адаптации студентов I курса к обучению в вузе // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 11. С. 1221-1225.
2. Голубева Н.М., Голованова А.А. Факторы адаптации студентов к образовательной среде вуза / Н. М. Голубева // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. 2014. Т.3, № 2. С. 125-129.
3. Захарова Е.В. Адаптация студентов первокурсников в высшем учебном заведении // Социально-педагогическая деятельность в социуме: теория, практика, перспективы: материалы VI Междунар. соц.-педаг. чтений им. Б.И. Лившица. Екатеринбург, 2014. С. 34-38.
4. Исаева И.С., Грачёва А.В. Адаптивность как свойства личности в современных психологических исследованиях // Педагогика и психология как ресурс развития современного общества: материалы IX Междунар. науч.-практ. конф. Рязань, 2017. С. 251-255.
5. Федотова Л.А. К вопросу о средствах адаптации студентов-первокурсников // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения: сб. материалов XLIII междунар. науч.-практ. конф. (г. Новосибирск, 13 апр. 2015 г.). Новосибирск, 2015. С. 132-135.

УДК 159.9.072

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Е.А. Пчелинцева, Ю.В. Живаева

Сибирский федеральный университет, г. Красноярск, Россия

Аннотация. Цель статьи заключается в исследовании взаимосвязи стрессоустойчивости и психосоматического здоровья. Были рассмотрены основные теории стресса и психосоматики. Благодаря этому были выявлены основные механизмы влияния стресса на психосоматическое здоро-

вье и сформулирована гипотеза о необходимости формирования стрессоустойчивости для улучшения психосоматического здоровья.

Ключевые слова: стресс, стрессоустойчивость, психосоматические заболевания, психосоматическое здоровье.

Актуальность. На сегодняшний день вопросы, касающиеся содержательно-феноменологических характеристик понятия «здоровья» и механизмов его сбережения и формирования вызывают у исследователей большой интерес. Эта волна научного любопытства связана, прежде всего, с наличием статистических данных, указывающих на факты снижения уровня здоровья населения и на фоне общего роста заболеваемости в стране.

Большую популярность набирает психосоматическая теория возникновения заболеваний. Некоторые исследователи возникновения психосоматических заболеваний связывают с тяжелой психологической обстановкой и стрессовыми ситуациями, в которых изо дня в день человек находится.

Таким образом, если же стресс является одним из ключевых причин возникновения психосоматических расстройств, то необходимо уделить внимание изучению механизмов влияния стресса на организм и поиску оптимальных вариантов повышения стрессоустойчивости, которые способствуют излечению и профилактике психосоматических заболеваний.

Постановка проблемы. Цель: рассмотреть механизмы взаимосвязи стрессоустойчивости и психосоматического здоровья человека

Задачи:

1. раскрыть понятия «стресс», «стрессоустойчивость», «психосоматические заболевания», «психосоматическое здоровье»;
2. описать физиологические последствия стресса;
3. определить основные критерии психосоматического здоровья;
4. выяснить каким образом формирование стрессоустойчивости может способствовать формированию психосоматического здоровья.

Понятие «стресс» имеет много различных определений. Прежде всего, это связано с тем, что стресс как объект изучения рассматривается различными научными дисциплинами, такими как физиологией, психологией, социологией и др. Стрессом является психическая напряженность, связанная с адаптацией (приспособлением), психического и физического состояния к изменяющимся условиям жизнедеятельности.

Если рассматривать биологический подход к феномену стресса, то можно сказать, что стресс связан со стремлением организма к поддержанию гомеостаза и комфортного функционирования (У.Б. Кеннон), с изменением физического и эмоционального состояния человека. Г. Селье определял стресс как «неспецифический ответ организма на предъявленное ему требование» – стрессор («фактор, вызывающий стресс»), что вызывает «неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и восстановить нормальное состояние» организма (Питкевич, 2015).

Л.А. Китаев-Смык дает два следующие определения «стрессу»:

1) в узком смысле «стресс» - это неспецифические физиологические и психологические проявления адаптационной активности в условиях сильного или экстремального для организма воздействия;

2) в широком смысле «стресс» - неспецифические проявления адаптивной активности в ситуации воздействия любых значимых для организма факторов.

Он подчеркивал, что индивидуальная выраженность стресса и его негативного проявления по большей части зависит от осознания ответственности за собственные реакции и действия, за значимое окружение и за происходящее в экстремальной ситуации, от психологической установки на личностные проявления (Варданян, 1983).

А.С. Разумов вводит такое понятие как «стрессор». Любое событие, которое связано с возбуждением или напряжением, является стрессором и сопровождается физиологической и психологической реакцией вне зависимости от его природы. Стрессоры могут носить как положительный, так и отрицательный эффект. Среди стрессоров он выделял следующие.

1) Стрессоры активной деятельности – напряжение, возникающее в процессе выполнения человеком какой-либо целенаправленной деятельности. В эту группу входят стрессоры, связанные с участием в ситуациях, связанные с риском для жизни и здоровья, с высоким уровнем ответственности при выполнении определённой работы, с соревновательными ситуациями и т.д.

2) Стрессоры оценок: воздействие социальных оценок, стрессор воздействует на человека вне зависимости от времени получения социальной оценки. В эту категорию входят будущие субъективно-значимые события и негативные воспоминания о прошлом, стрессоры побед и поражений, стрессоры зрелищ.

3) Стрессоры рассогласования деятельности, связанные с конфликтами, неожиданными событиями, психосоциальными и физиологическими ограничениями.

4) Физические и природные стрессоры: например, сторонние вмешательства, чрезмерные нагрузки, экстремальные ситуации. (Александрова, 2004).

Под стрессоустойчивостью понимается совокупность качеств личности, позволяющих переносить стрессовые ситуации без значительных негативных последствий для деятельности, здоровья и взаимоотношений с окружающими (Величковский, 2007).

По определению В.А. Бодрова и А.А. Обознова «стрессоустойчивость» - это интегративное свойство человека, характеризующееся «необходимой степенью адаптации индивида к воздействию экстремальных факторов среды и профессиональной деятельности», которое «детерми-

нируется уровнем активации ресурсов организма и психики индивида и проявляется в показателях его функционального состояния и работоспособности (Бодров, 2000). А.А. Баранов подчеркивает, что стрессоустойчивость определяет внутренний психофизиологический гомеостаз и способствует оптимальному взаимодействию со стрессорами. Обобщая сказанное, отмечаем, что стрессоустойчивость обеспечивает результативность деятельности и сохранение ресурсности индивида.

Современное понимание стрессоустойчивости сводится к тому, что стрессоустойчивость является личностным качеством, состоящим из психофизиологического (свойства нервной системы, темперамент), эмоционального (эмоциональный опыт в преодолении негативных переживаний), мотивационного (устойчивость мотивационной направленности), волевого (способность к сознательному самоконтролю поведения и эмоций), информационного (информированность для успешного разрешения стрессовой ситуации), интеллектуального (способности к оцениванию и прогнозированию деятельности, принятию решений о применимой стратегии поведения) факторов (Катунин, 2012).

Китаев-Смык Л.А. сформулировал факторы, или ресурсы, которые влияют на стрессоустойчивость. К ним он относил физиологические характеристики организма, эмоциональный опыт; особенности личности; мотивационная направленность личности и система ценностей; социальная среда (социальное благополучие и микросреда); когнитивные факторы (уровень эмоциональной чувствительности, прогностические и аналитические способности) (Китаев-Смык, 2009). Указанные факторы стрессоустойчивости изменчивы согласно сложившемуся пониманию о структуре психики, поэтому стрессоустойчивость следует рассматривать как динамическую структуру личности.

Проанализируем место стрессоустойчивости в структуре психического здоровья. Выделяют факторы, влияющие на здоровье: независимые (предшествующие), передающие факторы и мотиваторы поведения (Florian, Mikulincer, Taubman, 1995).

Предшествующие факторы определяют предрасположенность к формированию здоровья или болезни. К ним относят поведенческие паттерны (амбициозность, агрессивность, раздражительность, мышечное напряжение, убыстренный тип деятельности, избегание активности и т.д.), эмоциональные паттерны (определяющие эмоциональное состояние), когнитивные факторы (представления о здоровье и болезни, установки, ценности, самооценка здоровья и т. п.), факторы социальной среды (социальная поддержка, семья, профессиональное окружение), демографические факторы (фактор пола, индивидуальные копинг-стратегии, этнические группы, социальные классы).

Передающие (преципитирующие) факторы поддерживают или ослабляют действия мотиваторов (стрессоустойчивость и совладание со

стрессовыми ситуациями; поведение, способствующее здоровью или болезни (выбор экологической среды, физическая активность; соблюдение правил здорового образа жизни).

Мотиваторами являются поддерживающие факторы (стрессоры, существование в болезни (процессы адаптации к острым эпизодам болезни) (Никифорова, 2003).

Таким образом, стрессоустойчивость представляет собой динамическую структуру личности, которая определяет совладание со стрессовыми воздействиями среды при сохранении работоспособности и ресурсности индивида, включает в себя физиологические, эмоциональные, мотивационные, ценностные, социальные, когнитивные компоненты и является фактором, ослабляющим воздействие стресса, поэтому стрессоустойчивость можно рассматривать как ресурс хорошего психического и здоровья и хорошего физического самочувствия.

В современном мире под понятием «здоровье» понимается нормальное психосоматическое состояние человека, отражающее его полное физическое, психическое и социальное благополучие и обеспечивающее адекватную окружающим условиям регуляцию поведения и деятельности личности.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Впервые термин «психосоматический», появился в 1818 г. (Хайнрот), а термин «соматопсихический» – в 1822 г. (Якоби), но сами вопрос о соотношении соматического (телесного) и психического (духовного) является одним из древнейших в философии, психологии, медицине.

Считается, что родителем психосоматической дисциплины является Фрейд. Хотя сам Фрейд никогда ни в одной из своих работ не использовал термина «психосоматическая медицина».

По мнению Кельнера сегодня под психосоматическими расстройствами понимают прежде всего соматические заболевания, в этиологии которых, по крайней мере у части пациентов, существенную роль играют психологические процессы.

Согласно одному широко распространенному подходу, выделяется 3 категории расстройств: те, которые связаны с общей структурой личности индивида (например, очень тревожные люди демонстрируют более высокую склонность к дыхательным расстройствам), те, которые тесно связаны с образом жизни человека (у людей, деятельность которых связана с большими напряжениями и стрессами, чаще встречается гипертензия и желудочные расстройства), те, которые проявляются, прежде всего, в виде чрезмерного реагирования на какие-то вещества и состояния (аллергии) (Карвасарский, 2014)

Обобщая, можно сказать, что психосоматическое здоровье – это прежде всего состояние душевного благополучия, которое характеризуется отсут-

ствием болезненных психических проявлений и обеспечивающих адекватную условиям действительности регуляцию поведения и деятельности.

Взаимосвязь стрессоустойчивости и психосоматического здоровья

Существуют различные теории психосоматических заболеваний. Согласно одной из них, они являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психическими травмами. Иначе говоря, стресс является одним из детерминантов возникновения психосоматических заболеваний.

Эту теорию развивает Лизунова Е.В., рассматривая в своей статье механизмы возникновения проблем со здоровьем у школьников, обусловленных стрессогенными факторами. Она утверждает, что стресс способен выводить из строя не только обострения хронических болезней, но и провоцировать возникновение нового заболевания. Организм школьника не выдерживает постоянного нахождения в состоянии стресса, тревожности и сильного напряжения. Так ребенок подчиняется стрессу и меняет свой образ жизни. Психологическое напряжение неразрывно связано с физическим напряжением мышц. Это происходит из-за угнетения обмена веществ в организме, таким образом, возникает боль в спине, животе, шее и наблюдается нервный тик. Лизунова приводит пример: мышечный зажим в области груди грозит ребенку сутулостью, и нарушением работы дыхательной и пищеварительной систем. (Лизунова, 2016)

Также, в случае серьезного психологического напряжения, вызванного стрессом, страдают органы человеческого организма, имеющие вегетативную иннервацию и гладкую мускулатуру. К таким органам относятся органы пищеварения желудок и кишечник, и, человек страдает от таких психосоматических расстройств как язвы, гастриты, тошнота, запор, диарея, метеоризм и др. Аналогично страдает и сердечно-сосудистая система. Большинство сердечно-сосудистых заболеваний также является психосоматическими расстройствами, возникающих из-за сильных эмоциональных переживаний. И, наконец, страдают органы дыхания, вследствие чего, возникают такие заболевания как астма, ларингит, тонзиллит и др. (Елисеев, 2003)

Кроме того, есть и другие последствия стресса, которые имеют более выраженный психический характер. Отмечаются нарушения на уровне личности, которые приводят к полной дезорганизации поведения и отрыву от реальности.

В повседневной жизни мы испытываем стресс довольно часто и даже не задумываемся о том, что он является одним из факторов развития наших соматических и психических заболеваний. Поэтому, мы считаем, что формирование стрессоустойчивости и развитие навыков избавления от стресса будет являться одним из ключевых факторов, положительно влияющих на наше здоровье и общее физическое самочувствие. Но для того, чтобы доказать этот факт необходимо продолжать дальше вести научные исследования о механизмах влияния стресса на человеческий организм и

о том каким образом формирование стрессоустойчивости может способствовать излечению и профилактике органических заболеваний.

Список литературы

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии. // Сибирская психология сегодня: сборник научных трудов. Кемерово, 2004. Вып. 2. С. 82-90.
2. Бодров В.А. Система психической регуляции стрессоустойчивости человека-оператора // Психологический журнал. 2000. Т. 21, № 4. С. 32-44.
3. Варданян Б.Х. Механизмы регуляции эмоциональной устойчивости // Категории, принципы и методы психологии. Психические процессы. М.: Наука, 1983. С. 542-543.
4. Величковский Б.Б. Многомерная оценка индивидуальной устойчивости к стрессу: автореф. дис. ...канд. психол. наук. М.: Академический проект, 2007. 28 с.
5. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. Полный справочник. М.: Эксмо, 2003. 608 с.
6. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: учебник. 5 изд. СПб.: Питер, 2014. 896 с.
7. Катунин А.П. Стрессоустойчивость как психологический феномен // Молодой ученый. 2012. № 9. С. 243-246.
8. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. М.: Академический Проект, 2009. 943 с.
9. Лизунова Е.В. Формирование стрессоустойчивости как залог психического и физического здоровья детей // Молодой ученый. 2016. № 13-3. С. 53-54.
10. Питкевич М.Ю. Стрессовые состояния и стрессоустойчивость человека // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. 2015. № 1. С. 115-120.
11. Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2003. 607 с.
12. Florian V., Mikulincer M., Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? // Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 68. P. 687-695.

УДК 159.9:616.89

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ В РОССИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ

А.В. Рупека, О.В. Волкова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Государственная антинаркотическая политика Российской Федерации среди своих приоритетных задач выделяет сокращение числа наркопотребителей за счет их успешной реабилитации. В связи с

этим, последние 10 лет в нашей стране активно разрабатываются программы третичной профилактики наркозависимости. Цель данной работы – проанализировать историю развития системы помощи наркозависимым в нашей стране, представить обзор теоретико-методологических оснований современной модели реабилитации, описать актуальное состояние проблемы.

Ключевые слова: наркозависимость, зависимое поведение, реабилитация, государственная антинаркотическая политика, модель реабилитации, полидисциплинарный подход.

Актуальность. Наркомания и сопутствующие ей экономические, социальные и прочие негативные последствия вынуждают правительства большинства стран уделять особое внимание борьбе с этой проблемой. Эта тенденция не обошла и нашу страну: по данным официальной статистики за 2018 год в России зарегистрировано более 6 млн. наркозависимых. Если учесть, что в это число входят только те лица, кто обратился за помощью в государственные наркологические учреждения или стал участником преступлений, можно сделать вывод о том, что реальное количество страдающих наркозависимостью гораздо больше (Синюкова, 2014). Поэтому на сегодняшний день в Российской Федерации активно разрабатывается и реализуется стратегия антинаркотической политики, призванная предотвратить дальнейшее прогрессирование проблемы, снизить её разрушительное влияние на общество. Одна из её сторон – уменьшить спрос на наркотические вещества путём сокращения количества наркопотребителей.

Постановка проблемы. Несколько десятков лет назад решение этой проблемы возлагалось в основном на плечи уголовной и судебно-исполнительной системы: наркозависимый считался преступником и основной мерой воздействия на него считались различные меры наказания. Изоляция потенциально опасного человека от общества – вот что было основным способом решения наркопроблемы. Большинство экспертов сходится во мнении о недостаточной эффективности таких мер, Виктор Петрович Иванов, в прошлом директор ФСКН, отмечал в своих докладах, что «перевоспитать наркомана, посадив его в тюрьму, невозможно. В тюрьме он только может научиться иным видам преступлений». Со временем все больше внимания государственных деятелей было приковано к гражданским правам, пусть и наркозависимого, но человека, одним из которых является право на получение медицинской помощи. Признав наркоманию не как порок или преступление, а в первую очередь, как серьезное заболевание, мировые эксперты смогли увидеть в наркоманах не врагов и изгоев общества, а страдающих психическим недугом людей, нуждающихся в помощи. В связи с этим, наркополитика была переориентирована и по сей день реформируется в сторону превращения из «карательной» в «испра-

вительную» или даже «помогающую». Другими словами, теперь основная задача не изолировать наркомана, а дать ему возможности преодолеть столь сложную проблему и вернуться в общество здоровых людей. Согласно приказу Президента Российской Федерации № 690 от 9 июня 2010 года «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года», одной из приоритетных задач государства является совершенствование системы оказания наркологической медицинской помощи больным наркоманией и их реабилитации. Эту задачу обозначают, как «третичную профилактику» наркомании. Под этим термином подразумевается профилактика, направленная на тех, кто уже является наркозависимым; она включает в себя комплекс мер, нацеленных на остановку развития наркологического заболевания и реабилитацию (восстановление) пациента в основных сферах его жизнедеятельности (Бахтин, Плахов, 2014).

До недавнего времени ведущим звеном в системе третичной профилактики наркозависимости были именно медицинские меры, осуществляемые врачами-наркологами. Мишенями работы в данном случае выступал «физиологический» аспект зависимости, основными задачами было купирование абстинентного синдрома, снятие психотических проявлений заболевания, детоксикационная терапия – восстановление организма после отравления психоактивными веществами. Снижение патологического влечения к веществу достигалось, в первую очередь, периодом воздержания от употребления. Эффективность таких мер, по данным самой официальной наркологии, было и остается невысоким – менее 10 процентов устойчивых ремиссий наблюдаются среди тех пациентов, кого коснулись только медицинские мероприятия (Белокодов, 2014).

Очевидно, что только такой работы для решения проблемы наркозависимости оказалось недостаточно. В конце 90х годов в России при наркологических диспансерах стали открываться реабилитационные отделения, где для работы с пациентами были организованы психологические, психотерапевтические, педагогические мероприятия. Однако, процесс формирования реабилитационной системы происходил не быстро – до 2010 года в России работало 5 государственных наркологических центров реабилитации общей вместимостью до 350 коек.

К этому времени, говоря об избавлении от наркотической зависимости, в литературе все чаще использовался термин «реабилитация», как более точно описывающий мультидисциплинарный подход к этой проблеме. По материалам Всемирной Организации Здравоохранения, реабилитация – это «комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности». Уточняя же понятие «реабилитация наркозависимых», ВОЗ поясняет, что это - «процесс, в результате которого лицо,

употребляющее наркотические средства и психотропные вещества, достигает оптимального состояния здоровья, психологических функций и социального благополучия».

В то же время параллельно «официальным», медицинским методам лечения наркомании в мире развивались направления терапевтических сообществ, духовных общин, в которых сами зависимые объединялись для решения общей проблемы. Среди множества таких сообществ можно выделить наиболее известные, получившие распространение во всем мире. Например, МОНАРы – возникшие в Польше представительства одноименной общественной организации, призванные помогать наркозависимым и другим лицам в трудной жизненной ситуации. Одним из направлений деятельности организации – предоставление условий для совместного проживания лиц, столкнувшихся с проблемой наркотической зависимости. В рамках так называемой «терапевтической общины» пропагандируются принципы доброты, взаимопомощи, возвращения в себе духовных ориентиров и ценностей (Калюгин, 2008).

Стоит также упомянуть наиболее многочисленное сообщество выздоравливающих наркозависимых – «Анонимные наркоманы». Оно базируется на принципах непрофессиональной, нерелигиозной программы выздоровления «12 шагов». В рамках этой программы представления о зависимости основываются не на научных исследованиях, а, в первую очередь, на опыте людей, столкнувшихся с этой проблемой. Сторонники этой системы именуют наркоманию «химической зависимостью», рассматривают зависимость, как «био-психо-социо-духовную болезнь», начинающуюся в детстве под влиянием дисфункциональной семьи и отражающуюся на всех уровнях жизни человека.

Анализируя «непрофессиональные» концепции лечения наркомании можно сделать вывод о том, что мишенями в этом процессе выступают поведенческий, когнитивный (коррекция дезадаптивных стратегий поведения и мышления, так называемых «дефектов характера»), духовный (обретение веры в Высшую силу, формирование альтруистических ценностей) аспекты зависимости. Эффективность такого подхода доказывается многолетним опытом существования и широкой распространенностью сообщества «Анонимные наркоманы» в мире. Также ряд современных исследований подтверждает конструктивный характер этого направления решения проблемы (Валентик Ю.В, Москаленко В. Д Козьяков Р.В).

Огромную роль в становлении современных моделей реабилитации наркозависимых сыграли работы ученых, раскрывающих личность пациентов наркологического профиля. Одним из выдающихся научных деятелей в этой сфере стал Менделевич В.Д, раскрывший в своих трудах понятие «аддиктивной личности», разработавший соответствующие критерии, методику диагностики склонности к зависимому поведению.

Исследования Березина С.В., Пятницкой И.Н, сфокусированные на изучении психологических последствий употребления наркотиков, дали основу для выделения терапевтических мишеней для реабилитационных программ, таких как деформированная ценностно-мотивационная сфера наркозависимых, низкая толерантность к фрустрации и других.

Необходимо отдельно упомянуть психогенетическую теорию и модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ (Валентик, 1993 - 2002) (Валентик, Сирота, 2005). Она лежит в основе реабилитационных и профилактических технологий, развиваемых по сей день Булатниковым А.Н., Козьяковым Р.В, которые реализуются в рамках программ государственных учреждений.

Не остался в стороне опыт «Анонимных наркоманов» - модель работы таких непрофессиональных сообществ лежит в основе формирования терапевтической среды большинства современных реабилитационных центров, реализации в них принципа «равного консультирования», который подразумевает наличие в команде специалистов тех людей, кто сам проходил через проблему наркозависимости, находится в продолжительной ремиссии и делится положительным опытом с новыми участниками реабилитационной программы.

На сегодняшний день, большинство авторов сходятся в необходимости учитывать в системе реабилитации наркозависимости её многофакторную природу. Поэтому современные реабилитационные центры и отделения стремятся использовать как можно больше разнонаправленных методов, организовать синергию специалистов различных профилей, с целью учесть как можно больше терапевтических мишеней и факторов. Важным моментом, требующим внимания, является проблема индивидуальности каждого пациента, основания для её выделения – принцип неповторимости личности в рамках гуманистической парадигмы психологии и медицины (Синюкова, 2018). На сегодняшний день методология организации реабилитации включает в себя способы разработки индивидуально-ориентированных методов реабилитации. Такой подход носит определение ортобиотический (Бонкало, Петрова, 2014) и представляет собой вариант интеграции – комбинации различных технологий и методов, разработанных в медико-социальном, социальнокультурном, информационном, личностно-ориентированном, альтернативнодеятельностном подходах и дополняет их оригинальными технологиями социально-психологической диагностики), социально-психологической коррекции, технологиями социально-психологического включения референтной группы, и др. (Бонкало, 2014).

Если за последнее десятилетие активно развивались и продолжают совершенствоваться теоретико-методологические основы организации реабилитации наркозависимых, то сфера их практического применения остаётся актуальной проблемой. На сегодняшний день существует стандарт оказания помощи наркозависимым - ГОСТ Р 54990-2018 «Реабилитацион-

ные социальные услуги лицам, имеющим опыт злоупотребления наркотическими средствами, психотропными веществами и алкоголем». Согласно нему происходит аттестация учреждений, реализующих программы реабилитации наркозависимых. Существуют государственные программы поддержки некоммерческих организаций данного профиля, программы партнёрства государственных и негосударственных учреждений, однако пока такие инициативы осуществляются на региональных уровнях. Отчёт недавней IV научно-практической конференции по проблемам комплексной реабилитации и ресоциализации наркозависимых, проходившей 6-7 ноября 2019 года в Санкт-Петербурге, подтверждает, что реализация единой эффективной системы оказания реабилитационной помощи наркозависимым в нашей стране остаётся актуальным вопросом.

Вывод. Таким образом, можно сделать вывод о разработанности теоретико-методологической базы для организации системы реабилитации наркозависимых; наличии исследований, подтверждающих эффективность полидисциплинарного подхода к данной теме, описания локальных примеров успешного опыта реализации реабилитационных программ. Сегодняшний этап решения проблемы – накопление практического опыта, оценка, сопоставление и анализ эффективности различных моделей реабилитационных программ. Важными остаются задачи по разработке и совершенствованию методологической базы, созданию универсальных, стандартизированных методик и техник. Научные исследования в пределах обозначенной темы будут актуальны не только для развития медицины, психологии и смежных дисциплин, но и для совершенствования государственной антинаркотической политики Российской Федерации.

Список литературы

1. Указ Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. N 690 (ред. от 23 февраля 2018 года) «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года» // СПС «Консультант Плюс».
2. Бахтин Ю.К., Плахов Н.Н. Модели и формы профилактики злоупотребления психоактивными веществами // Молодой ученый. 2014. № 3. С. 772-775.
3. Белокодов В.В. Приверженность к лечению у наркозависимых / В.В. Белокодов // Вестник Чувашского университета. 2014. № 2. С. 195-198.
4. Бонкало Т.И., Петрова Е.А. Сущность и содержание полидисциплинарного подхода к разработке программ комплексной реабилитации наркозависимых и профилактики их рецидивов // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2014. Т. 2, № 4 (127). С. 126-131.
5. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М.: Литера, 2002. 256 с.
6. Каклюгин Н.В. Религиозная методика коррекции зависимого поведения потребителей наркотиков в терапевтических сообществах «монар» (польша) и «знаменка» (калининградская область) // Наркология. 2008. Т. 7, № 11 (83). С. 70-80.
7. Козьяков Р.В., Кутянова И.П., Панюков Д.В., Цымбал О.А., Шабанов А.А. Постреабилитационные сообщества как основа организации процессов ресоциализации

потребителей наркотиков : коллективная монография. М. ; Берлин : Директ-Медиа, 2017. 364 с.

8. Синюкова Н.А. Субъективизация опыта болезни как гуманистическая парадигма современной медицины // Сибирский философский журнал. 2018. Т. 16, № 4. С. 147-158. DOI: 10.25205/2541-7517-2018-16-4-147-158

9. Чочаев З.Д. Анализ данных о распространении наркомании в России. Медицинская помощь как средство борьбы с наркоманией // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2019. Т. 2, № S1. С. 261-264.

10. Шайдукова Л.К., Халабуда Л.Н. Модель реабилитации наркозависимых в современном социально-реабилитационном центре // Наркология. 2012. № 2. С. 72-76.

11. Norcross J.C., Campbell E.E., Grohol J.M. [et al.]. Self-help that works. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2013. 596 p.

УДК 159.9.072

ПРОБЛЕМА ОПТИМИЗАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СПОРТСМЕНОВ

А.Н. Сапарова, Ю.В. Живаева

Сибирский федеральный университет, г. Красноярск, Россия

Аннотация. В данной статье представлен теоретический анализ проблемы стрессоустойчивости у спортсменов. Дано определение понятия стресс с точки зрения разных авторов. Выявлены факторы стресса спортивной деятельности. Цель статьи: сформулировать проблему отсутствия научного обоснования эффективности некоторых существующих методик коррекции стресса у спортсменов и нехватки методики для отдельных видов спорта как таковых, особенно проблема актуальна для российского спорта. В статье сделан вывод, что для спортсменов каждого вида спорта и их тренеров необходима отдельная коррекционная методика, которая поможет повысить уровень стрессоустойчивости у спортсменов.

Ключевые слова: спорт, спортивный стресс, стресс, стрессоустойчивость.

Актуальность. В наше время проблема стресса является актуальной, как никогда раньше. На это влияют многие факторы повседневной жизни человека, например: длительные и интенсивные психоэмоциональные нагрузки, нарушение режима труда и отдыха, неблагоприятные семейные и бытовые обстоятельства, гормональные и нервные расстройства, большие физические нагрузки и т.п. Человек в наше время должен быть многозадачным и многофункциональным, как диктует нам жизнь в современном обществе, своего рода «исправной» машиной, которая должна выполнять значительное количество функций. Одним из значительных

аспектов жизни человека в современном обществе является спорт, в том числе профессиональный. В этой связи актуально рассмотреть стрессоустойчивость профессиональных спортсменов, так как их тело и психика испытывают повседневные нагрузки, которые для человека, не занимающегося этой деятельностью, являются запредельными.

Изучением проблемы стресса и стрессоустойчивости занимались как отечественные, так зарубежные исследователи, такие как Г. Селье, У. Кеннон, Р. Лазарус, С. Фолкман, В.Я. Апчел, Дж. Гринберг, Л. А. Китаев-Смык и другие.

Впервые термин стресс был введен Г. Селье в 1936 году для обозначения реакции организма на внешние факторы и адаптации организма к этим факторам.

По мнению Г. Селье, стресс представляет собой совокупность адаптационно - защитных реакций организма человека на воздействия из внешней среды, которые могут негативно повлиять на организм. Человеческий организм приспосабливается к этим факторам, тем самым производя защитную функцию.

Г. Селье выявил следующие стадии развития стресса: тревогу, сопротивление и истощение.

На стадии тревоги происходит первоначальный отклик организма на внешний раздражитель, возникающий для того, чтобы помочь организму справиться с угрожающей организму ситуацией. Происходит мобилизация и активизация внутренних защитных ресурсов организма.

Вторая стадия резистентности или сопротивления подразумевает возникновение устойчивости к действию стрессоров. Ресурсы организма на этой стадии используются оптимально. Но, если стрессор имеет более сильное и длительное воздействие, то силы для борьбы с этим стрессором истощаются. Запасы физиологических и психологических механизмов защиты исчерпываются, вследствие чего происходит переход на третью стадию.

На стадии истощения организм человека уже не в состоянии бороться со стрессором. Организм человека истощен и не способен противостоять стрессу.

Если же стрессор прекращает свое воздействие, то включается процесс репарации – процесс восстановления организма.

Таким образом теория общего адаптационного синдрома Г.Селье говорит нам о том, что организм человека, сталкивающийся со стрессором, имеет функцию адаптации к стрессу. Воздействие стрессора помогает организму человека приспосабливаться к изменяющимся условиям среды (Селье, 2010).

Р. Лазарус утверждает, что стресс представляет собой неспецифическое психофизиологическое проявление адаптации организма при воздействии значимых для него факторов, которые называются стрессорами.

Они вызывают вегетативные изменения в организме, такие как повышение сахара в крови, учащение пульса, увеличение артериального давления и т.д., подготавливая его к интенсивным действиям [4].

Ю.В. Щербатых объединил факторы, влияющие на развитие стресса у человека, выделив:

- а) врожденные способности организма и детский опыт;
- б) родительский сценарий;
- в) личностные особенности;
- г) факторы социальной среды;
- д) когнитивные факторы.

Также Ю.В. Щербатых поведенческие проявления стресса разделил на четыре группы. Так, нарушения психомоторики могут проявляться:

- в избыточном напряжении мышц (особенно часто – лица и «воротниковой» зоны);
- дрожании рук;
- изменении ритма дыхания;
- дрожании голоса;
- уменьшении скорости сенсомоторной реакции;
- нарушении речевых функций и т. д.

В современной психологической науке стресс определяется как эмоциональное напряжение организма, возникшее вследствие эмоционально-отрицательных и экстремальных факторов, связанных с выполняемой профессиональной деятельностью. К такой деятельности мы можем отнести спорт.

К факторам стресса исключительно спортивной деятельности относятся:

- 1) соревновательный характер спортивной борьбы, направленной на завоевание рекорда или победы над противником;
- 2) максимальное напряжение всех физических и психических сил спортсмена во время этой борьбы, без чего нельзя добиться рекордного результата в спорте высоких достижений и победы в соревновательных видах, в том числе и командных;
- 3) систематическая, длительная, упорная спортивная тренировка, вносящая серьезные коррективы в режим жизни и бытовые условия.

Различают три формы соревновательного стресса: предстартовую лихорадку, стартовую апатию и боевую готовность.

Первая форма спортивного стресса выражается в чрезмерном перевозбуждении нервной системы человека, повышенном тоне мышц и трудностях в поддержании ясности тактического мышления, которое необходимо на соревновательных этапах.

Вторая форма отмечается при длительном ожидании соревнований, у спортсменов это обозначается как «перегорание» перед стартом. Вторая форма проявляется в виде пониженной мотивации, общей слабости спор-

тсмена и иногда неспособности спортсмена участвовать в соревнованиях. Чаще всего, если происходит «перегорание», то на соревнованиях спортсменов показывает низкие результаты.

Наиболее оптимальной формой считается третья форма – боевая готовность, которая позволяет достичь наилучших спортивных результатов. Эту форму можно отнести к эустрессу – стресс, оказывающий позитивное воздействие на психофизиологическое состояние человека, тонизирующий работу организма. У спортсмена наблюдается высокая мотивация, умеренное эмоциональное напряжение, уверенность в своих силах и т.п.

К стресс-факторам кратковременного действия относят:

- страх (при выполнении упражнения, в котором ранее была получена травма; при встрече с явным фаворитом; при неблагоприятном прогнозе и т. д.);

- неприятные физические ощущения (боль, усталость и т. д.);

- темп и скорость (необоснованно завышенные ставки на рекордный результат, информационная перегрузка, необходимость предельной силы и быстроты движений и т.д.);

- неудачи (ошибка в технике движения, неудачный старт и т. д.).

Стрессоры с длительным действием:

- риск и опасность, присутствующие при выполнении соревновательных действий (автоспорт, прыжки с трамплина и т. д.);

- длительная нагрузка, порождающая усталость (продолжительное выполнение упражнений на фоне нарастающего физического и психического утомления, монотонность условий и т. д.);

- борьба (соревновательная деятельность, необходимость оперативного изменения стиля деятельности и т. д.);

- изоляция (невозможность контактов во время соревнования, несоответствие командным требованиям и т. д.).

В большинстве работ посвященных изучению стресса выделены личностные предпосылки, которые связаны с соревновательным стрессом: а) мотивация достижения; б) самооценка; в) тревожность.

Стресс влияет на сферы деятельности человека, а также на его поведение, эмоциональное состояние, самооценку, качество выполнения какой-либо деятельности, на режим дня, на коммуникативную сферу и т.п.

Профессиональные нарушения при стрессе могут выражаться в увеличении числа ошибок при выполнении привычных действий, в нехватке времени, в низкой продуктивности профессиональной деятельности. Ухудшается согласованность движений, их точность, соразмерность требуемых усилий.

Эмоциональные проявления стресса затрагивают различные стороны психики. При длительном стрессе человек становится более тревожным по сравнению с его нормальным состоянием, теряет веру в успех. На фоне такого измененного настроения у человека, испытывающего стресс, от-

мечаются более сильные эмоциональные вспышки негативного характера. Это могут быть эмоциональные реакции раздражительности, гнева, агрессии, вплоть до аффективных состояний.

Длительный или повторяющийся кратковременный стресс может приводить к изменению всего характера человека, в котором появляются новые черты или усиливаются уже имевшиеся: интроверсия, склонность к самообвинениям, заниженная самооценка, подозрительность, агрессивность и т.д.

С целью преодоления стресса в спортивной практике применяются:

- психологическое сопровождение спортсмена (спортивной команды), т. е. деятельность психолога, направленная на совершенствование или актуализацию психических свойств, процессов и состояний для повышения эффективности тренировочного процесса, подготовки к соревнованиям;

- психологическая помощь спортсмену по решению проблем и трудностей, характерных для разных этапов спортивной карьеры: на этапе начальной спортивной специализации – несоответствие реального тренировочного процесса с представлениями юных спортсменов о нем и о выбранном виде спорта; на этапе углубленной тренировки – работа «на результат», связанная с выраженным ростом тренировочных нагрузок; на этапе высших достижений – переход из юношеского спорта во взрослый, спорт становится главным делом жизни; на этапе перехода в профессионалы – самостоятельная забота о поддержании своей спортивной формы; на этапе завершения спортивной карьеры (самый психологически сложный этап) – спортивные результаты долго не растут или начинают снижаться;

- консультирование спортсмена, тренера (организация доверительного диалога со спортсменами и тренером, направление анализа стрессовой ситуации, предложение вариантов, показ последствий того или иного выбора, а также помощь спортсмену в поиске «внутренней опоры» для самостоятельного преодоления трудностей, также консультация тренеров по волнующим их проблемам в психологической подготовке спортсменов)

- лекции и занятия, направленные на повышение психологической грамотности и компетентности спортсмена и тренера (Ильин, 2012).

Для спортсмена проявления стресса в соревновательный период негативно сказываются на его деятельности. Что в дальнейшем может повлечь за собой негативные последствия. Для спортсмена важен результат, а если этого результата нет, то все усилия спортсмена напрасны. Спортсмен, обладающий низким уровнем стрессоустойчивости, может подвергнуть свои возможности сомнению, обвинять себя в неспособности показывать высокие результаты в соревновательных этапах.

В связи с тем, что спортсмены постоянно могут быть подвержены стрессу, у многих тренеров, да и у самих спортсменов возникает запрос на создание методики, которая поспособствует повышению уровня стрессоустойчивости.

По всей видимости эта методика должна быть направлена именно на определенную группу спортсменов и отдельный вид спорта. Существуют разные методики повышения уровня стрессоустойчивости, но не все эти методики эффективны на отдельных группах спортсменов. Существующий опыт реализации подобных методик указывает на то, что создание универсальной методики как таковой не представляется возможным, так как, виды спорта имеют разную направленность, следовательно факторы влияющие на возникновения стресса тоже разные и одна методика не может объединить в себе коррекцию всех этих факторов.

Вывод. В спортивной отрасли вопрос повышения стрессоустойчивости у спортсменов является актуальным в наше время. Многие спортсмены усердно готовятся к соревнованиям, но в дальнейшем проигрывают их из-за влияния стресса на организм. Выходом из этой ситуации является создание методики, которая поможет спортсменам повысить уровень стрессоустойчивости. При этом стоит учитывать, что эта методика на будет универсальной, то есть для каждого вида спорта должна быть создана своя методика повышения стрессоустойчивости.

Для разработки этой методики нужно более детально изучить спортивный стресс, его развитие в соревновательный и тренировочный периоды, а также выявить факторы, которые способствуют развитию стресса у спортсменов.

Только после изучения всех этих аспектов может быть создана эффективная методика для повышения уровня стрессоустойчивости.

Дальнейшей задачей нашей научной работы будет проведение тестирования у выборки спортсменов, занимающихся определенным видом спорта в городе Красноярске, выявление факторов, которые влияют на возникновение стресса, создание коррекционной методики, которая способствует повышению уровня стрессоустойчивости, и завершающий момент – проведение повторного тестирования для определения результата помощи методики спортсменам.

Список литературы

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. М.: Перре; СПб.: Речь, 2004. 166 с.
2. Вяткин Б.А. Управление психическим стрессом в спортивных соревнованиях. М.: Физкультура и Спорт, 1981. 112 с.
3. Гиссен Л.Д. Время стрессов. М.: Физкультура и Спорт, 1990. 192 с.
4. Гринберг Дж. Управление стрессом. СПб.: Питер, 2012. 496 с.
5. Ильин Е.П. Психология спорта. СПб.: Питер, 2012. 352 с.
6. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. Л.: Лениздат, 2010. С. 178-208.
7. Ромек В.Г., Конторович В.А. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб.: Речь, 2004. 256 с.
8. Самоукина Н.В. Психология профессиональной деятельности. СПб.: Питер, 2004. 224 с.

9. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 2010. 437 с.
10. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2011. 256 с.

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

П.М. Серебренникова, В.Б. Чупина

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В данной статье рассмотрены теоретические аспекты и особенности суицидального поведения в подростковом возрасте. Такое поведение во многом зависит от многих факторов: возраст, социальное окружение. Именно особенности подросткового периода развития определяют суицидальное поведение личности и последствия этого поведения, как для самого человека, так и для всего общества.

Ключевые слова: самоубийство, суицид, подросток, суицидальное поведение, конфликт, суицидальные действия.

Актуальность. Немецкий психиатр А. Байер написал: «Какое ужасающее противоречие в том, что ребенок, рожденный и предназначенный непосредственно для радостного и невинного наслаждения жизнью, сам накладывает на себя руки». По настоящее время общественность не перестает волновать проблема подростковых суицидов, число которых неуклонно возрастает. Данная тенденция отмечается не только в России, но и в ряде западных стран. По данным Всемирной организации здравоохранения, количество суицидов среди лиц в возрасте 15–24 лет в последние 15 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах занимает 2–3-е место. Необходимо также учитывать, что на каждое законченное самоубийство у подростков приходится до 100–200 суицидальных попыток. По абсолютному количеству самоубийств среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет Россия, к сожалению, занимает 1-е место в мире. Ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2500 несовершеннолетних. Ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств среди подростков будет расти быстрее, чем ранее.

Анализ суицидальных проявлений у детей и подростков свидетельствует о том, что суицидальное поведение в этом возрасте, имея много общего с аналогичным поведением у взрослых, несет в себе и ряд отличий.

чий. Это обусловлено спецификой физиологических и психологических механизмов, свойственных растущему организму и формирующейся личности в период социально-психологического становления (Попов, 20011).

Исследование носит сугубо теоретический характер, поэтому целью явилось: изучение особенностей суицидального поведения в подростковом возрасте.

Методы и материалы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: теоретический анализ источников, анализ, синтез, реферирование, составление библиографии по проблеме исследования.

За последние десятилетия во всем мире наблюдается настоящая эпидемия суицидов. Ежегодно совершают самоубийство, по разным данным, от 40 до 60 тысяч человек. Оценивая показатели, наша страна находится в состоянии чрезвычайной ситуации. В России в течение длительного периода показатель самоубийств существенно превышает установленный «критический уровень» - 20 случаев на 100 тысяч населения в год.

По данным ВОЗ ежегодно более 800000 человек лишают себя жизни, а значительно большее число людей совершают попытки самоубийства. Каждое самоубийство – это трагедия, которая воздействует на семьи, общество и целые страны, оказывая долгосрочное воздействие на живущих. Самоубийства происходят на протяжении всего жизненного цикла, и в 2012 году они стали второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15-29 лет в глобальных масштабах.

Суицид – это акт самоубийства, совершаемый в состоянии сильного душевного расстройства либо под влиянием психического заболевания. Это осознанный акт самоустранения из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, при которых их собственная жизнь как высшая ценность теряет смысл (Акопов, 2005).

Подростковый возраст полон противоречий, поэтому очень легко в этот период подпасть под воздействие каких-либо внешних воздействий. На поведение подростка оказывают влияние складывающаяся «система отношений», особенности взаимоотношений с учителями, положение в классе, психологическая атмосфера в школе, отношение учащихся к обучению, классу, самой школе, сверстникам, своему будущему, жизненные цели (Амбрумова, 1991).

На разных этапах подросткового возраста – раннем (12-14 лет), среднем (15-16 лет) и старшем (17-18 лет) существуют свои особенности формирования и проявления суицидального поведения, которые связаны со спецификой физиологии, психологии, личностными и поведенческими индивидуальными качествами.

Основатель социологического подхода к анализу суицидального поведения Э. Дюркгейм выделил три вида самоубийства.

1. Альтруистическое самоубийство – это своеобразный акт принесения своей жизни в жертву ради блага своей социальной группы (семьи, друзей, единомышленников и т.д.).

2. Эгоистическое самоубийство – характерно для людей, утративших чувство единства со своей социальной группой и, таким образом, больше не ощущающих себя подвластными социальному, семейному и религиозному контролю с ее стороны.

3. Аномическое самоубийство - это социально-психологическое понятие, обозначающее нравственно-психологическое состояние общественного и индивидуального сознания, которое характеризуется разложением системы ценностей, изоляцией человека от общества, его разочарованностью в жизни, противоречием между провозглашаемыми ценностями и невозможностью их реализации.

Критерием другой типологии, предложенной А.Е. Личко, является форма суицидального действия:

1. Истинный суицид (когда человек действительно хочет убить себя).

2. Аффективный суицид (с преобладанием эмоционального момента).

3. Демонстративный суицид (самоубийство как способ привлечь внимание к своей личности).

Существует типология суицидальных действий, предложенная Е. Широм:

– неодолимое – характеризуется преобладанием выраженного аутоагрессивного компонента;

– преднамеренное – тщательно планируется в отношении времени, места и способа совершения, и этот план с упорной последовательностью выполняется;

– импульсивное – характеризуется внезапностью;

– амбивалентное – в этом случае сосуществуют аутоагрессивный компонент и поведение, ориентированное на окружающих, а также амбивалентность в отношении способа самоубийства;

– демонстративное суицидальное действие – это реакция на психотравмирующую ситуацию (нередко совершается в присутствии конфликтного лица) (Бурмистрова, 2009).

В младшем подростковом возрасте суицидальные проявления, как правило, не планируются заранее, попытки самоубийства совершаются при помощи первых попавшихся под руку средств в ситуациях угрозы наказания. У этой группы подростков покушения на самоубийство не имеют тяжелых медицинских последствий. Это не истинное стремление к смерти, а желание избежать конфликта, устранившись от трудной ситуации (Алимова, 2014).

В средней возрастной группе суицидальные проявления характеризуются демонстративными самоповреждениями, попытками, цель которых - отомстить обидчику, наказать окружающих. Имеют место частые

попытки суицида в состоянии аффективного напряжения, в кульминационные моменты конфликта. Медицинские последствия таких покушений нередко бывают тяжелыми. Для подростков данной возрастной группы характерны приступы раздражительности и злобности, эмоциональной неустойчивости, жажда чувственных (сенсорных) переживаний в сочетании с бедностью интересов, ограниченностью кругозора, неадекватным реагированием на различные ситуации обмана, крушения надежд, неудачи. Такие подростки еще неустойчивы к стрессам, практически не владеют навыком самоконтроля.

Чем меньше возраст, тем ярче обнаруживается агрессивная направленность в психологической структуре суицидального поведения. По мнению большинства исследователей, наиболее суицидогенны те семьи, которые внешне благополучны, но внутри имеют скрытые конфликты. Семьи с асоциальной направленностью способствуют адаптации ребенка в такой же среде, играя роль защитных механизмов. Для младшего пубертата наиболее суицидоопасны внутрисемейные конфликты, для среднего и старшего - конфликты со сверстниками и в школе (Алимова, 2014).

Неоднозначность личностного смысла суицидального поведения подростков очевидна и в общем виде может быть представлена следующими типами:

1. «Протестные» формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл суицида заключается в отрицательном воздействии на объективное звено. Месть - это конкретная форма протеста, нанесение конкретного ущерба враждебному окружению. Данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с функционированием механизма трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.

2. Смысл суицидального поведения типа «призыв» состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности менее активна.

3. При суицидах «избежания» (наказания или страдания) суть конфликта заключается в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл суицида заключается в избегании непереносимости наличной угрозы путем самоустранения.

4. «Самонаказание» можно определить, как «протест во внутреннем плане личности»; конфликт по преимуществу внутренний при своеобразном расщеплении «я», интериоризации и сосуществовании двух ролей: Я-судьи и Я-подсудимого. Причем смысл суицидов самонаказания имеет несколько разные оттенки в случаях «уничтожения в себе врага» (так сказать, «от судьи», «сверху») и «искупления вины» («от подсудимого», «снизу»).

5. Если в предыдущих четырех типах цель суицида и мотив деятельности не совпадали, что давало основания квалифицировать суицидальное поведение как действие, то при суицидах «отказа» обнаружить заметное расхождение цели и мотива не удастся. Иначе говоря, мотивом является отказ от существования, а целью - лишение себя жизни (Алимова, 2014).

По мнению А.Г. Амбрумовой, к особенностям суицидального поведения в молодом возрасте относятся:

1. Недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. В отличие от взрослых у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций, и существенная частота неожиданных для окружающих случаев.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегам из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д. При этом в детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых (Амбрумова, 1991).

Рассматривая проблему суицидов, можно сказать, что это явление есть крайняя форма отклоняющегося поведения личности, ее социально-психологической адаптации. Совершаются самоубийства по различным мотивам и поводам, но всегда вытекают из конфликта либо внутри личности, либо личности и окружающей среды, когда индивид не может разрешить такой конфликт иным, более позитивным путем. Социально-психологические факторы играют решающую роль в стимуляции всех видов суицидального поведения. Среди них на первом месте оказываются факторы дезадаптации, связанные с нарушением социализации, когда статус не соответствует уровню притязаний.

Вывод. Резюмируя вышесказанное, очевидно, что проблема суицида среди подростков актуальна уже не первый десяток лет, и данная проблема требует большой работы. Огромную роль играет климат в семье, в которой воспитывается подросток. Подросток не обратится со своими проблемами к семье, которая зарабатывает деньги и не успевает занимать-

ся воспитанием и проблемами детей. В связи с этим, в последнее время участились случаи подростковых самоубийств в крупных городах и мегаполисах. В настоящий момент необходимо как можно больше внимания уделять воспитанию личности подростка. С молодыми людьми необходимо вести профилактические беседы, формировать понимание смерти, создавать доверительные отношения в семье.

Список литературы

1. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция : методические рекомендации / сост. М.А. Алимова. Баранул, 2014. С. 9-27.
2. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях: методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006. 96 с.
3. Васяткина Н.Н., Меринов А.В. Клиническая практика детско-подростковых суицидов в Рязанской области // Тюменский медицинский журнал. 2014. Т. 16, № 3. С. 4-5.
4. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4-8.
5. Самохвал В.Г. Особенности деструктивного поведения в молодежной среде // Территория науки. 2015. № 3. С. 42-44.
6. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном мире // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1991. № 1. С. 46.

УДК 159.99

ПРОБЛЕМА БУЛЛИНГА В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

О.А. Сластихина, Н.В. Басалаева

Лесосибирский педагогический институт – филиал Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия

Аннотация. В статье проанализирована проблема буллинга среди подростков. Проблема буллинга как проявление агрессии в образовательной сфере становится все более значимой. Условия современного общества способствуют образованию и развитию насилия и жестокости в отношениях между людьми. Буллинг может возникать в любом возрасте, но существуют периоды, в которых проявление буллинга наиболее вероятно. Таким возрастным периодом является подростковый возраст. Подростковый возраст считается наиболее трудным для обучения и воспитания, так как связан с серьезной перестройкой психики и ломкой старых, сложившихся форм взаимоотношений с людьми, изменением условий жизни и деятельности, преобразованием всей структуры сознания, именно по этой причине буллинг в этом возрастном этапе наиболее вероятен. С точки зрения зарубежных психологов, буллинг – это длительное насилие,

физическое или психологическое, осуществляемое одним человеком или группой и направленное против человека, который не в состоянии защититься в фактической ситуации, с осознанным желанием причинить боль, напугать или подвергнуть человека длительному напряжению. Участниками буллинга являются обидчики, жертвы, свидетели. Выделяются как первичные признаки буллинга (наличие следов избиения и т.п.), так и вторичные признаки (нет друзей, нет желания идти в школу и др.). Авторами организовано экспериментальное исследование в одной из школ г. Лесосибирска с подростками 5-8 классов. В качестве диагностического инструментария использованы Опросник риска буллинга (ОРБ) (авторы – А.А. Бочавер, В.Б. Кузнецова, Е.М. Бианки, П.В. Дмитриевский, М.А. Завалишина, Н.А. Капорская, К.Д. Хломов); анкета «В нашем классе/школе» (автор - С.В. Кривцова). Показано, что в каждом исследуемом классе оказались дети, которые часто или постоянно сталкиваются с проявлением разных видов агрессии по отношению к себе со стороны своих одноклассников. Обобщая результаты исследования, мы пришли к выводу, что проблема буллинга является актуальной в подростковом возрасте и требует реализации профилактических мероприятий.

Ключевые слова: буллинг, подростковый возраст, жертва.

Актуальность. В настоящее время проблема буллинга как проявление агрессии в образовательной сфере становится все более значимой. Условия современного общества способствуют образованию и развитию насилия и жестокости в отношениях между людьми. Буллинг может возникать в любом возрасте, но существуют периоды, в которых проявление буллинга наиболее вероятно. Таким возрастным периодом является подростковый возраст.

Постановка проблемы. Проблема буллинга глубоко изучена зарубежными психологами. Классическим считается определение, предложенное норвежским ученым Д. Олвеусом: «ученик подвергается буллингу или является жертвой, когда он или она становится целью неоднократных и периодических негативных действий со стороны одного или нескольких учеников» (Olweus, 1993). С точки зрения Агога, буллинг – это форма насилия, которая имеет место в школе. Автор, исследуя ситуацию буллинга в подростковой среде, пришел к выводу, что буллинг - поддающиеся наблюдению действия, имеющие место в общении между молодыми людьми в школе, которые являются причиной появления чувств обиды или стресса (Агога, 1994). Обобщая точки зрения зарубежных авторов, можно сделать вывод о том, что буллинг - сложная проблема. Он не является особым поведением, которое основано на таких переменных, как власть, статус или конкуренция. Это социальное поведение, проявляющееся в относительно устойчивых группах и способное вовлекать других. Буллинг включает в себя несоответствие силы и власти, что приводит жертву в состояние, в

котором она не способна эффективно защищаться от отрицательных воздействий. Чтобы точнее описать процесс буллинга, следует обратить внимание на его структуру, которую отметил Anderson C.A. (Anderson, 2002):

1 «Обидчики».

Как утверждает D. Olweus, «обидчиков» можно охарактеризовать как индивидов с высоким потенциалом общей агрессивности. Так или иначе они «нападают» не только на «жертв», но и на учителей, близких людей и т.д. У обидчиков заметен недостаток эмпатии по отношению к жертвам, а кроме того – сильная потребность в доминировании над другими людьми. В исследованиях таких авторов, как Kwak, Lee и Straub, доказывается: обидчики обладают положительным самоотношением.

2. «Жертвы».

Буллинг чаще всего происходит непрерывно на протяжении долгого периода, и все это время «жертва» живет в состоянии тревожности и страха. Жертвам свойственна отрешенность, чувствительность, замкнутость, склонность уклоняться от конфликтов, различные проявления психосоматических симптомов, соматическая ослабленность, повышенный уровень тревожности, неуверенность в себе и неконструктивные стратегии совладания со сложными ситуациями. У них снижена учебная мотивация, развиваются различные проблемы, связанные с общением (Екимова, 2015).

3. Наконец, третья группа участников ситуации буллинга, - «свидетели». К свидетелям относятся наблюдатели, не принимающие непосредственного участия в буллинге. Тем не менее, присутствие рядом во время буллинга может приводить к развитию у свидетелей чувства собственного бессилия, к снижению самооценки. Таким образом, от буллинга страдает не только жертва, но и окружающие, которые не смогли дать отпор обидчику (Петросянц, 2011).

Необходимо подчеркнуть, что существуют признаки буллинга, которые выделили следующие ученые: Lee C., Anderson C.A., Dussich J.P., Maekoya C., Salmivalli C., Nieminen N., Olweus D., Roland E.:

1. Неоднократность и/или периодичность. В отличие от единичных актов агрессии, буллинг предполагает, что обидчик не только способен навредить жертве здесь и сейчас, но и потенциально может быть опасен для жертвы в будущем (Lee, 2006).

2. Умысел. От случайных, непреднамеренных актов агрессии буллинг отличается стремлением обидчика расстроить, унизить или иначе навредить жертве (Anderson, 2002). Хочется отметить, что в данной ситуации обидчик осознает, что его действия с большой вероятностью негативно скажутся на жертве. Помимо этого, его целью зачастую бывает понижение статуса жертвы ради повышения собственного в группе сверстников.

3. Нанесение вреда. Как одна из форм насилия, буллинг непосредственно направлен на причинение физического (Dussich, 2007) или психологического вреда жертве, её эмоциональному состоянию, здоровью,

благополучию. Рассуждая об этом, можно ответить, что для жертвы буллинга, и без этого склонной к тревожности и самообвинениям, травля становится очередным подтверждением собственной слабости, подкрепляя низкую самооценку, депрессию и другие проблемы.

4. Злоупотребление силой или влиянием. От других видов агрессивного поведения буллинг отличает злоупотребление силой, когда обидчик использует свое фактическое или кажущееся превосходство для того, чтобы причинить вред жертве (Salmivalli, 2002). Влияние обидчика может быть основано на физическом превосходстве, социальной компетентности, остроумии, уверенности в себе, возрасте, поле, расе, национальности, экономическом положении или уровне образования (Olweus, 1993; Roland, 1989).

Стоит отметить, что существуют первичные и вторичные признаки того, что подросток стал жертвой буллинга. Селифанова А.И., Мартиросян Л.А., Захарова О.В., Абдулина Е.К. выделяют следующие признаки буллинга:

- подросток возвращается домой из школы с порванной одеждой, с порванными учебниками и тетрадями;
- у подростка есть следы - синяки, порезы, шрамы, или рваная одежда - которые не объясняются естественным образом (не связаны с игрой, случайным падением, кошкой и т.п.).

Вторичными признаками являются:

- никогда не приводит домой (после школы) одноклассников или других сверстников или очень редко проводит время в гостях у одноклассников или в местах, где они играют/проводят время;
- нет ни одного друга, с которым можно провести время (играть, сходить в кино или на концерт, погулять или заняться спортом, поговорить по телефону и т.п.);
- подростка никогда не приглашают на праздники/вечеринки, или он сам не хочет никого приглашать и устраивать праздник (потому что считает, что никто не захочет прийти);
- боится или не хочет идти в школу, по утрам перед школой плохой аппетит, частые головные боли, боли в желудке, расстройство;
- выбирает длинный или неудобный путь в школу и из школы;
- беспокойно спит, жалуется на плохие сны, часто во сне плачет;
- потерял интерес к школьным предметам/занятиям, ухудшилась успеваемость;
- выглядит несчастным, расстроенным, депрессивным, или наблюдаются частые перемены настроения, раздражительность, вспышки;
- требует или крадет деньги у родителей (чтобы выполнить требования «агрессоров») (Селифанова, 2017).

Методы и материалы. В связи с актуальностью проблемы мы организовали экспериментальное исследование в одной из школ г. Лесосибир-

ска. Выборка представлена обучающимися 5-8 классов в количестве 77 человек.

В качестве диагностического инструментария мы использовали: Опросник риска буллинга (ОРБ) (авторы А.А. Бочавер, В.Б. Кузнецова, Е.М. Бианки, П.В. Дмитриевский, М.А. Завалишина, Н.А. Капорская, К.Д. Хломов); анкета «В нашем классе/школе» (автор С.В. Кривцова)

Результаты исследования. Анализируя результаты исследования, полученные с помощью методики «Опросник риска буллинга», мы пришли к выводу, что проблема буллинга в 5 классе касается только мальчиков и всех шестиклассников, что свидетельствует об усилении субъективного ощущения небезопасности у участников данных групп. Однако, и в 5, и в 6 классах выявлены высокие показатели по шкале благополучия, указывающие на реализацию ценности уважения в коллективе. Наименее подвержены буллингу семиклассники, а в 8 классе проблема буллинга актуальна среди девочек, что говорит нам о негативных аспектах психологической атмосферы.

Таблица 1

**Результаты диагностики подростков по анкете
«В нашем классе/школе» (автор С.В. Кривцова)**

Класс	5	6	7	8
Количество человек	15	19	20	23
% буллинга	34	48	39	35

Проанализировав результаты анкетирования, мы отмечаем, что в каждом исследуемом классе оказались дети, которые часто или постоянно сталкиваются с проявлением разных видов агрессии по отношению к себе со стороны своих одноклассников.

Обсуждение результатов. Обобщая результаты исследования, мы пришли к выводу, что проблема буллинга является актуальной в подростковом возрасте и требует реализации профилактических мероприятий.

Педагогами и психологами могут использоваться разные формы профилактических мероприятий:

- психологические тренинги по сплочению коллектива;
- развитие коммуникативных умений и навыков бесконфликтного общения, эмоционального интеллекта, устойчивости, волевых качеств и др.;
- тематические беседы;
- совместные выезды на природу, музеи, театр, в кино, и др.;
- классные часы.
- диспуты;
- родительские собрания;
- семинары;

- дискуссионный клуб;
- сказочный тренинг;
- волонтерский проект;
- сказкотерапия;
- игротерапия.

Педагоги должны в своей работе придерживаться следующих принципов метода конгруэнтной коммуникации Х. Джайнотта:

- обсуждение ситуаций, поступков и их последствий без негативной оценки личности обучающихся;
- поддержание позитивного образа «Я»;
- сравнение суворовцев не друг с другом, а с самими собой вчера-сегодня-завтра;
- стимулирование, поощрение и подкрепление самостоятельности и инициативы воспитанников (Шалагинова, 2016).

Грубой ошибкой будет являться то, что подросток будет таить случаи школьного насилия и ждать, пока ситуация сама собой наладится. Тот или иной подросток беззащитен перед буллингом и рискует получить тяжелые психологические травмы. В связи с этим в большей степени ответственность лежит на плечах родителей. Взрослые при столкновении с такой ситуацией, должны рефлексировать с интересом. Мероприятие по профилактике должно быть выдержано, без физического и психологического давления.

Вывод. Таким образом, буллинг – это длительное физическое или психологическое насилие, осуществляемое одним человеком или группой и направленное против человека, который не в состоянии защититься в физической ситуации, с осознанным желанием причинить боль, напугать или подвергнуть человека длительному напряжению. Буллинг ярко прослеживается среди подростков и требует целенаправленной профилактической работы.

Список литературы

1. Джимерсон С.Р. Справочник по вопросам школьного насилия и школьной безопасности: международное исследование и практика. Нью-Йорк, 2012.
2. Екимова В.И., Залалдинова А.М. Жертвы и обидчики в ситуации буллинга: кто они? // Современная зарубежная психология. 2015. Т. 4, № 4. С. 5-10.
3. Петросьянц В.Р. Проблема буллинга в современной образовательной среде / В. Р. Петросьянц // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2011. № 6 (18). С. 151-154.
4. Селифанова А.И., Мартиросян Л.А., Захарова О.В., Абдулина Е.К. Буллинг в подростковой среде // Перспективы развития науки и образования: сб. науч. тр. по материалам междунар. науч.-практ. конф. М., 2017. С. 104-105.
5. Шалагинова К.С. Игры и упражнения для профилактики буллинга в подростковом возрасте // Справочник педагога-психолога. Школа. 2016. № 12. С. 56-66.
6. Anderson C.A., Bushman B.J. Human Aggression // Annual Review of Psychology. 2002. Vol. 53, № 1. P. 27-51.

7. Arora T. Measuring bullying with the life in School checklist // Pastoral Care in Education. 1994. Vol. 12, № 3. P. 11-15.
8. Dussich J.P., Maekoya C. Physical child harm and bullying-related behaviors: A comparative study in Japan, South Africa, and the United States // International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2007. Vol. 51, № 5. P. 495-509.
9. Lee C. Exploring Teacher's Definitions of Bullying // Emotional and Behavioural Difficulties. 2006. Vol. 11, № 1. P. 61-75.
10. Olweus D. Bullying at schools what we know and what we can do. Oxford: Blackwell, 1993. 140 p.
11. Roland E. Bullying: the Skandinavian research tradition // Bullying in schools / eds. D. Tattum, D.A. Lane. Trentham: Stroke-on-Tent, 1989.
12. Salmivalli C., Nieminen N. Proactive and reactive aggression among school bullies, victims, and bully-victims // Aggressive Behavior. 2002. Vol. 28, № 1. P. 30-44.

УДК 159.9

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ГАРМОНИЗАЦИИ СТИЛЯ МЫШЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА

Е.Д. Смагина, О.Н. Кучер

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В работе в теоретическом аспекте изучаются дидактические (образовательные) возможности инфографики с позиции когнитивно-визуального подхода. Рассматриваются пути повышения эффективности обучения на основе сбалансированной работы и левого, и правого полушарий головного мозга, то есть на разумном сочетании логического и наглядно-образного мышления. Использование таких методов и материалов, как: диагностика «стиль информационного усвоения», диагностика «стиль обучения и мышления», диагностика «тип мышления и уровень креативности», показало, что интегрированный стиль мышления использует все стили информационного усвоения. А также, что связи между стилем информационного усвоения, типом мышления, а также ведущим каналом восприятия не установлено. Разработка анкеты и проведение анкетирования с целью выявления познавательного запроса и педагогических условий при которых инфографические методы будут способствовать гармонизации мышления показало, что обучающиеся с интегрированным стилем информационного усвоения используют в обучении разные методы визуализации, наиболее активно используемые - уже знакомые методы визуализации, такие как графики, таблицы и схемы. Использование инфографических методов предпочитается при изучении нового материала.

Ключевые слова: инфографические методы, инфографика, гармонизация стилей мышления, когнитивно-визуальный подход.

Актуальность. С внедрением в 60-е годы методик исследования каждого из полушарий в отдельности, появилась возможность выяснения взаимосвязи между функциями полушарий.

Изучение научной литературы, определило, что связи между стилем информационного усвоения и способом предъявления информации не выявлено. Таким образом, проблема совмещения стиля обучения и метода обучения является острой проблемой.

Постановка проблемы. Проблема состоит в создании эффективных условий для изучения студентами большого объема учебного материала. Как правило, такой материал представлен в текстовой форме, что не способствует эффективному усвоению информации, поскольку она представляется недостаточно наглядно, обучающимся сложно анализировать и выделять важные аспекты в изучении новых тем.

Цель работы заключается в выявлении педагогических условий, при которых инфографические методы будут способствовать гармонизации мышления.

Для достижения данной цели, были поставлены следующие задачи:

1. Изучение дидактических возможностей инфографических методов.

2. Исследование стилей обучения и стилей информационного усвоения обучающихся в зависимости от ведущего канала восприятия, типа мышления и функциональной асимметрии головного мозга.

3. Выявление стиля информационного усвоения студентов, в зависимости от стиля обучения и мышления.

4. Изучение педагогических условий использования инфографических методов в процессе обучения студентов 1 курса.

Объектом исследования являются - инфографические методы.

Предметом исследования являются - стили мышления.

Методы и материалы. В ходе исследования были использованы следующие методы и материалы:

1. Диагностика «Стиль информационного усвоения».

2. Диагностика «Стиль обучения и мышления».

3. Диагностика «Тип мышления и уровень креативности».

4. Анкетирование.

Результаты исследования. Первая задача заключалась в изучении дидактических возможностей инфографических методов.

При проведении теоретического исследования было установлено, что инфографические методы позволяют:

- формировать навыки выделения главного и значимого;
- стимулировать одновременную работу 2-х полушарий;

- управлять и стимулировать мыслительную деятельность обучаемого;
- развивать когнитивные способности и формировать практические информационные навыки.

Вторая задача состояла в исследовании стилей обучения и стилей информационного усвоения, обучающихся в зависимости от ведущего канала восприятия, типа мышления и функциональной асимметрии головного мозга.

Как только стали рассматриваться вопросы о функциональной асимметрии головного мозга, стала исследоваться проблема совмещения стиля обучения и метода обучения.

Открытие в 1981г. Американским неврологом Р. Сперри функциональной асимметрии головного мозга привело к пересмотру взглядов на систему образования в направлении развития образного мышления учащихся.

Изучение литературных источников позволило нам выявить, что обучение будет успешным, если информация предъявляется учащимся в форме, соответствующей их познавательным стилям. Обзор из 17 исследований в этой области показал, что только в 10 исследованиях обнаружены слабые доказательства в пользу утверждения, что разные методы обучения будут в разной мере эффективными для учащихся с разными стилями обучения. В других работах такого рода связи вообще не были обнаружены.

В отечественной педагогике были предприняты попытки, привести в прямое соответствие формы обучения с проявлениями межполушарной специализации на уровне различий между учениками в способах кодирования информации. Однако психологическое обследование учащихся, обучающихся в условиях внешней дифференциации по критерию межполушарной специализации, обнаружило целый ряд серьезных психологических проблем, связанных с их особенностями их познавательного и эмоционального развития.

Были сделаны выводы, что связи между стилем информационного усвоения способом предъявления информации не выявлено. Таким образом, проблема совмещения стиля обучения (учения) и метода обучения остаётся острой проблемой.

Следующим этапом исследования была проведена диагностика «Стиль информационно усвоения» ориентированная на выявление ведущих способов, моделей по сбору разнообразной информации обучения стиля информационного усвоения, в которой приняли участие студенты 1 курса, специальности клиническая психология, в количестве 26 человек и специальности лечебное дело, в количестве 50 человек. Диагностика позволяет дифференцировать такие стили усвоения информации, как: конкретно-последовательный, конкретно-случайный, абстрактно-последовательный, абстрактно-случайный. Диагностика «Стиль информационного усвоения» показала присутствие всех стилей. Преобладающим типом яв-

ляется абстрактно-последовательный, что говорит о предпочтении в непосредственном последовательном обучении.

Была проведена диагностика ведущего канала восприятия, в которой приняли участие студенты 1 курса, специальности клиническая психология, в количестве 26 человек и специальности лечебное дело, в количестве 50 человек. Она позволила выявить преобладающим – визуальный тип.

«Тип мышления и уровень креативности». Проведение методики, в которой приняли участие студенты 1 курса, специальности клиническая психология, в количестве 26 человек и специальности лечебное дело, в количестве 50 человек, позволило определить преобладающим типом мышления – образное, следовательно, преобразование информации осуществляется с помощью действий с образами. Операции осуществляются как последовательно, так и одновременно. Этим мышлением обладают люди с художественным складом ума.

На следующем этапе исследования мы выявили стиль информационного усвоения, в зависимости от стиля обучения и мышления у студентов 1 курса, специальности клиническая психология, в количестве 26 человек и специальности лечебное дело, в количестве 50 человек.

Особого внимания заслуживает диагностика «Стиль обучения и мышления», в которой приняли участие студенты 1 курса, специальности клиническая психология, в количестве 26 человек и специальности лечебное дело, в количестве 50 человек. Было выявлено, что 64% всех исследуемых имеют интегрированный стиль информационного усвоения, что говорит об одновременной и одинаковой работе двух полушарий.

Первый вывод: интегрированный стиль мышления использует все стили информационного усвоения. Второй вывод, который мы сделали, это то, что связи между стилем информационного усвоения, типом мышления, а также ведущим каналом восприятия не установлено.

На последнем этапе исследования нами была разработана анкета и проведено анкетирование с целью выявления познавательного запроса и педагогических условий при которых инфографические методы будут способствовать гармонизации мышления.

Анализ анкетирования показал, что:

1. Обучающиеся с интегрированным стилем информационного усвоения используют в обучении разные методы визуализации;
2. Более 70% респондентов используют уже знакомые методы визуализации, такие как графики, таблицы и схемы.
3. На вопрос анкеты «На каком этапе обучения вы используете/хотели бы использовать инфографические методы», 80% респондентов ответили, что при изучении нового материала.
4. Познакомившись с таким видом визуализации, как схемы, 80% обучающихся предполагают использовать их в будущем.

5. 41% респондентов предпочитают работать в команде, 59% индивидуально. В зависимости от степени изученности материала – если материал изучен плохо, предпочтение отдаётся работе в команде, а если изучен плохо, то индивидуально.

Анализ полученных результатов позволил сделать следующие выводы:

1. Обучающимся известны не все методы визуализации.
2. Следовательно этим методам нужно обучать.
3. Разные методы необходимо применять на разных этапах обучения.
4. Необходима как групповая, так и индивидуальная работа.
5. Каждый метод визуализации имеет своё назначение и предполагает использование на разных этапах обучения и для разных целей.

Так как разные виды инфорграфики имеют разную обучающую возможность, мы представляем некоторые рекомендации:

1. Опорные конспекты и радиальные карты – на начальном этапе изучения материала.
 2. Радиальные карты и интеллект-карты – в процессе изучения материала.
 3. Фиш-боун, лотос – на заключительном этапе изучения материала.
- К личному вкладу относится следующее:
- 1) Разработана анкета.
 - 2) Проведено тестирование.
 - 3) Обработка и интерпретация полученных результатов.

Вывод. 1. Обзор научной литературы показал, что в большинстве исследований совмещения стиля учения и метода обучения не выявлено;

2. Анализ проведенных методик выявил интегрированный стиль обучения как доминирующий;

3. Использование инфографических методов позволит увидеть модель, систему в целом; установить причинно-следственные связи; установить взаимосвязи между элементами, что способствует развитию правого и левого полушария.

4. Выявлены педагогические условия, при которых инфографические методы будут способствовать гармонизации мышления.

Список литературы

1. Блейк С., Пейп С., Чошанов М.А. Использование достижений нейрпсихологии в педагогике США // Педагогика. 2004. № 5. С. 87-98.
2. Бодров В.Н., Магалашвили В.В. Ориентированная на цели визуализация знаний // Образовательные технологии и общество. 2008. Т. 11, № 1. С. 420-433.
3. Грушевская В.Ю. Изучение семантических возможностей визуализации на теоретических и практических занятиях // Педагогическое образование в России. 2013. № 6. С. 45-51.
4. Кондратенко О.А. Развитие визуального мышления студента средствами инфографики // Альманах современной науки и образования. 2013. № 8 (75). С. 93-96.

5. Макарова Е.А. Визуализация как интроекция смыслообразов в ментальное пространство личности: монография / под. ред. И.В. Абакумовой. М.: Изд-во «Спутник+», 2010. 170 с.

6. Полякова Е.В. Визуализация как эффективный метод представления информации в сознании человека // Альманах современной науки и образования. 2012. № 4 (59). С. 180-181.

7. Роэм Д. Визуальное мышление. Как «продавать» свои идеи при помощи визуальных образов / пер. с англ. О. Медведь. М.: Эксмо, 2013. 300 с.

УДК 159.99

ПСИХОЛОГИЯ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ЗАРУБЕЖНЫХ И ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Д.А. Тарасова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы соотношения понятий «зрелость» и «взрослость» личности на современном этапе развития психологической науки. Представлен теоретический анализ работ отечественных и зарубежных ученых по проблеме личности, личностной зрелости, а также категории взрослости в возрастной психологии.

Ключевые слова: личность, зрелость, взрослость, акме, ответственность.

Актуальность. На современном этапе общественного развития научный интерес к «психологической зрелости личности» только возрастает. За последние сто лет появилось масса теоретических концептов. Так проблема зрелости разрабатывается в экзистенциально-гуманистической психологии (А. Маслоу, К. Роджерс, Ф. Перлз), аналитической психологии (К. Юнг, М.-Л. фон Франц), психологии развития (Э. Эриксон, Б.Г. Ананьев, Д. Левинсон), неотрейдизме (К. Хорни, Э. Фромм, Э. Эриксон) акмеологии (А.А. Бодалев, А.Л. Деркач, А.А. Реан), отечественной психологии личности (К.А. Абульханова-Славская, Л.И. Анцыферова, А.Г. Асмолов и т.д.).

Все перечисленные направления разрабатывали критерии оценки психологической зрелости личности через когнитивные, психофизиологические, эмоциональные, социальные и другие характеристики. Данные различия показывают всю сложность и многообразие человека в его жизнедеятельности: психофизиологическое развитие, возрастные изменения,

межличностные отношения с другими людьми, отношение к себе, к другим и к миру в целом, профессиональная деятельность, гражданская позиция, социальные роли и т.д. В данной работе мы рассмотрим основные позиции исследователей, изучивших данное явление человеческой психики.

Понятие «зрелость» в русском языке означает состояние «возмужалости» и «рассудительности». Зрелый – это человек, достигший определенного уровня совершенства.

В современной психологии можно выделить три основных направления в изучении зрелости:

1) «Зрелость» как характеристика особенностей развития человека на различных возрастных этапах.

В данном контексте зрелость рассматривается как соответствие развития человека возрастной норме. В зарубежной психологии такое понимание заложили В. Штерн и А. Адлер. В. Штерн создал концепцию “Intelligence Quotation” и термин “IQ” (коэффициент интеллектуального развития). Данный термин характеризует способность человека к развитию, совершенствованию навыков решения жизненных задач. А. Адлер ввел в психологический лексикон понятие «жизненного пути», который представляет из себя некий континуум, состоящий из отдельных фрагментов, или ситуаций, которые формируют накопленный человеком жизненный опыт.

В отечественной психологии Л.С. Выготский обратил внимание на то, что в жизни человека складываются социальные ситуации развития как отношение личности к социальной действительности, которые определяют развитие личности, таким образом общие социальные отношения интериорируются и становятся индивидуальными. С.Л. Рубинштейн впервые в отечественной психологии определил понятие «жизненного пути» как историю «формирования и развития личности в определенном обществе, развития человека как современника определенной эпохи и сверстника определенного поколения». Различные периоды развития, по Рубинштейну, определяются различием образа жизни и формами существования. Именно изменение образа жизни и формы существования ставит человека на новую ступень развития в практической и познавательной деятельности (Рубинштейн, 2002). Б.Г. Ананьев дал описание характерных особенностей зрелой личности через гетерохронность функциональных и личностных изменений, а также индивидуальная и возрастная изменчивость личности в конкретных исторических условиях. Также стоит отметить концепцию детского развития в рамках ведущей деятельности и её влияния на онтогенез человека (В.В. Давыдов, Д.Б. Эльконин).

2) Зрелость как характеристика определенного возрастного этапа.

В середине прошлого столетия термин «зрелость» считался синонимом таких понятий как «взрослость» и «средний возраст».

Так геронтолог Дж. Биррен предложил следующую классификацию:
юность – 12-17 лет;
ранняя зрелость – 17-25 лет;
зрелость – 25-50 лет;
поздняя зрелость – 50-75 лет;
старость – 75 лет.

Э. Эриксон, исходя из неопределенных и психодинамических позиций, выделил восемь основных стадий развития человека, на каждой из которых личности предстоит сделать для себя определенный выбор, решить определенную для каждого возраста задачу, естественно, сталкиваясь определенными жизненными трудностями. Стадия ранней взрослости характеризуется установлением интимности, т. е. способности строить близкие отношения.

Д.Б. Бромлей предложила свою классификацию, состоящую из пяти макроциклов: утробного (стадии беременности), детства, юности, взрослости и старения. Каждый из циклов состоит из ряда стадий, характеризующихся возрастными датами и общими чертами развития. Понятие «взрослость» ей обозначается практически тот же возрастной период у Дж. Биррена, а именно период зрелости как возраст от 21 до 65 лет.

Данные классификации вызвали критику со стороны советских психологов. Классификация Эриксона критиковалась, в частности А.В. Запорожцем, за финализм данной концепции и отсутствия в ней системного подхода к развитию человека (каждая стадия теряет свою уникальность и является лишь подготовкой для следующей, а следующая для следующей и т.д.).

Классификация Дж. Биррена подверглась критике со стороны Б.Г. Ананьева и его школы за отсутствие более тонкого прогнозирования возрастных изменений, например бурного соматического и полового созревания в подростковый период.

Б.Г. Ананьев предложил следующую классификацию возрастов по психофизиологическим характеристикам развития. Она включает следующую цепь фазных преобразований жизненного цикла человека: младенчество, раннее детство, детство, отрочество, юность, молодость, средний возраст, пожилой, старый, престарелый (дряхлость). Именно в классификации Б.Г. Ананьева понятие «средний возраст» стало тождественным понятиям «зрелость» и «взрослость». Понятие «зрелость» описывалось как единство общесоматического, полового, умственного, гражданского, личностного и трудового компонентов человека. Такой эклектический подход имеет свои недостатки. Так в представлении Б.Г. Ананьева о «зрелости» смешиваются физическая и умственная зрелость, которая зависит от общесоматического и психофизиологического созревания индивида, с гражданской и социальной, которая в свою очередь обусловлена уровнем развития общественных отношений.

А.В. Петровский объясняет «зрелость» с точки зрения «зрелой личности». Важнейшими проявлениями зрелой личности авторы отмечают активность личности (стремление субъекта выходить за собственные пределы, расширять сферу своей деятельности), направленность личности (характеризующуюся устойчивой системой мотивов, глубинные смысловые структуры, степень осознанности отношений к действительности, а также диспозицию в общественных отношениях (Петровский, 2014). А.А. Бодалев подчеркивал, что «взрослость» есть количественная характеристика человека, а «зрелость» - качественная. Характеристикой зрелости является акме(с греч. - вершина), как реализация сущностных сил человека: социальных, нравственных, профессиональных и ментальных. Следовательно, не каждый человек, достигнув взрослого периода, становится зрелой личностью. Зрелая личность совершает поступки, способствующие сохранению и развитию общечеловеческих жизненных ценностей, которые стали для зрелой личности своими собственными. Отсюда мы переходим в нашем рассмотрении феномена зрелости к следующему направлению.

3) Зрелость как характеристика личности.

Впервые системное определение личности как единство врожденного выдвинул Э. Фромм. Любые процессы состояния и свойства человека происходят через «призму» личности. В. Н. Мясищев отмечал, «что психология безличных процессов должна быть заменена психологией деятельной личности» (Мясищев, 2011). Большинство авторов зрелость личности рассматривается с позиции овладения социальным опытом, присвоением общественной сущности.

В зарубежной психологии первым кто изучал «зрелость» с позиции именно характеристики личности был З. Фрейд, который зафиксировал четыре типа характера: оральный, анальный, фаллический и генитальный. Первые три свидетельствуют о соответствующей фиксации характера, а четвертый – идеальный тип. А. Адлер выдвинул идею о «стиле жизни» как основной интегральной ориентации человека. «Стиль жизни» позволяет более или менее успешно справляться с жизненными трудностями. Также, по Адлеру, существуют четыре типа установок, сопутствующих жизненному стилю: управление, получение, избегание и социальная полезность. Первые три деструктивные, и только четвертая является конструктивной, и характеризует человека как зрелую личность. К.Г. Юнг полагал, что каждый человек стремиться к конечной цели в своей жизни – достижение самости. «Самость - это имманентная цель становления личности, и в то же время это сила, которая влечет человека к достижению его интегрированной индивидуальности (Юнг, 1995). Человек совершенствует себя, достигает большей осознанности, тем самым достигая индивидуации, т.е. самореализации. Самореализации можно достичь только по достижению гармонии и интеграции всех аспектов психики.

Неофрейдисты (Э. Фромм, К. Хорни, Э. Эриксон) тоже писали о зрелой личности как о целостном характере. К. Хорни разделяла людей на здоровых и невротичных. Ребенок, чтобы адаптироваться к действительности, прибегает уже с ранних лет к защитным механизмам, менее гибкие из которых формируют невротическую, незрелую личность. Э. Фромм разделял характеры на два основных типа: непродуктивный, к которому он относил рецептивный, превалирующий, накапливающий, рыночный; и продуктивный, который является конечной целью человека. В целом мы можем увидеть, что Г. Олпорт, основатель диспозиционной теории, полагал, что человек находится в непрерывном развитии, и вся жизнь человека это становление его как личности. Г. Олпорт выдвинул идею о том, что психологически зрелый человек характеризуется шестью чертами:

- 1) широкие границы «я»;
- 2) теплые социальные отношения;
- 3) положительное представление о самом себе;
- 4) реалистическое восприятие;
- 5) способность к пониманию себя и юмор;
- 6) обладание цельной жизненной философией.

В основных теоретических положениях, лежащих в основе экзистенциально-гуманистической психологии, зрелый человек тот, кто стремится к полноценному познанию себя, прежде всего свои переживания. Зрелый человек свободно делает свой выбор среди предоставленных ему возможностей (К. Роджерс, А. Маслоу).

В отечественной психологии зрелость как набор личностных характеристик, изучался в рамках социальных отношений.

Л.И. Анцыферова рассматривала «зрелость» как способность человека к постоянному саморазвитию. Главным критерием зрелой личности является осознание ответственности и стремление к ней (Д.И. Фельдштейн, Е.Б. Старовойтенко).

Патгурина Н.П. одна из первых в отечественной психологии поставила вопрос о психологической зрелости. По мнению исследователя, понятие «зрелость» включает в себя составляющие:

- социально-психологическая зрелость как осознание своих социальных потребностей, расширение и способы их реализации;
- глубинно-психологическая зрелость которая состоит в доверии к своему внутреннему опыту, к своим переживаниям и стремлениям.

Вывод. Исходя из вышесказанного, мы можем сделать следующие выводы.

Психология выделяет три вида зрелости: биологическую, психологическую и социальную. При этом психологическая зрелость недостаточно изучена.

Понятие «зрелость» является до конца не разработанной в психологии. Термин «зрелость» вызывает массу споров и разногласий.

За последние десятилетия произошло разведение понятий «взрослость» и «зрелость». Взрослость является количественной категорией, тогда как зрелость – качественной категорией взрослости.

Зрелость изучается с общесоматических, психологических, гражданских и других позиций. При этом отечественной психологией был введён термин «акме», характеризующий пик зрелости, достижимый лишь во взрослом возрасте.

Список литературы

1. Адлер А. Наука жить. Киев : Port-Royal, 1997. 286 с.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. СПб.: Питер, 2010. 282 с.
3. Балык А.С., Цыбуленко О.П. Психологическая зрелость личности: теоретические концепции и подходы. Текст: электронный // Общество: социология, психология, педагогика. 2016. № 12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-zrelost-lichnosti-teoreticheskie-kontseptsii-i-podhody> (дата обращения: 08.10.2019).
4. Бодалёв А.А. Вершина в развитии взрослого человека: характеристики и условия достижения. М.: Наука 1998. 165 с.
5. Запорожец А.В. Избранные психологические труды : в 2-х т. Т. 1. М.: Педагогика, 1986. 316 с.
6. Ильин Е.П. Психология взрослости. СПб.: Питер, 2012. 542 с.
7. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения : в 2-х т. Т.1. М.: Педагогика, 1983. 391 с.
8. Мясищев В.Н. Психология отношений / под ред. А.А. Бодалева. 4-е изд. М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011. 398 с.
9. Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений / Российская академия наук. Институт русского языка им. В. В. Виноградова. 4-е изд., доп. М.: Азбуковник, 1999. 938 с.
10. Олпорт Г. Личность в психологии. СПб.: Ювента, 1998. 345 с.
11. Паттурина Н.П. Проблема зрелости в современной психологии // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2006. Т. 7, № 17. С. 113-126.
12. Петровский А.В. Проблемы развития личности с позиции социальной психологии // Вопросы психологии. 1984. № 4. С.15-30.
13. Психология индивидуальности: новые модели и концепции / под ред. Е.Б. Старовойтенко, В.Д. Шадрикова. М.: МПСИ, 2009. 384 с.
14. Реан А.А. Психология личности. СПб.: Питер, 2013. 286 с.
15. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2003. 705 с.
16. Фельдштейн Д.И. Психология развития личности в онтогенезе. М.: Педагогика, 1989. 206 с.
17. Фрейд З. Я и оно: пер. с нем. М.: Эксмо, 2016.
18. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М.: АСТ, 2015. 618 с.
19. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. М.: Прогресс-Универс, 1993. 478 с.
20. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. (Основные положения, исследование и применение). СПб. : Питер-пресс, 1997. 606 с.
21. Юнг К.Г. Психологические типы. СПб.:Азбука, 2001. 480 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ЭКОНОМИСТОВ ПРЕДПРИЯТИЯ АО «ИСС»

А.В. Третьякова, Е.И. Стоянова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Анализируются основные подходы к пониманию феномена жизнестойкости в отечественной и западной психологии, обобщаются основные направления исследований феномена. Такой подход к определению жизнестойкости указывает на ее связь со способами поведения человека в определенных, стрессогенных ситуациях. Жизнестойкость не только детерминирует характер личностной реакции на внешние стрессовые и фрустрирующие обстоятельства, но и позволяет эти обстоятельства обратить в возможности самосовершенствования. Жизнестойкость может выступать ресурсом для работников, помогая им сохранить эмоциональное благополучие, комфорт и снизить риски профессионального выгорания.

Ключевые слова: жизнестойкость, стресс, структурные компоненты жизнестойкости, копинг-стратегии, жизнестойкость подростков.

Актуальность. В настоящий момент жизнестойкость личности становится очень важной в периоды социальных перемен, экономических перепадов и кризисов. Мы живем в стране, где условия современной жизни по праву называют экстремальными и стимулирующими развитие стресса. Это связано со многими факторами и угрозами, в том числе политическими, природными, экологическими, информационными, социально-экономическими. Поэтому ученые проявляют повышенный интерес к изучению жизнестойкости человека, ее коррекции и в выборе совпадающих стратегий поведения. Понятие жизнестойкость было введено Сьюзен Кобейса и Сальваторе Мадди и разрабатывалось на пересечении экзистенциальной психологии, психологии стресса и психологии совладающего поведения (Леонтьев, 2006). Исходя из междисциплинарного подхода к явлению жизнестойкости человека, Д.А. Леонтьев считает, что данное свойство личности характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешности деятельности. В современной практике управления персоналом сотрудник рассматривается не только как механический исполнитель работы, но и с психологической точки зрения. Точно установлено, что проблемы в психологии работника крайне неблагоприятно сказываются на его трудовой мотивации, и в конечно счете приводят к снижению произ-

водительности труда и убыткам для предприятия. Из всех негативных факторов в данном случае наиболее отрицательное воздействие оказывает стресс, вернее дистресс (Одинцова, 2015).

В современном мире профессиональная деятельность людей протекает в сложных условиях. Эффективность такой деятельности определяется не только профессиональными знаниями, умениями и навыками, но и профессионально важными свойствами, в числе которых – стрессоустойчивость, являющаяся компонентом адаптивности личности.

Стресс является ответной реакцией человека на различные ситуации, когда происходит эмоциональный ответ. Поэтому избежать его невозможно, однако если стресс становится постоянным или часто повторяющимся, это приводит к разрушению психики, а затем и личности человека. Активное развитие психологических методов управления персоналом и их внедрение в практику позволило собрать большой массив информации о возможностях управления стрессами в организации и на этой основе разработать теорию управления стрессами.

Постановка проблемы. На многих российских предприятиях психологическим вопросам управления персоналом не уделяется достаточного внимания. Результатом этого становится не только резкое снижение трудовой мотивации и удовлетворенности работой, но и резкий рост стрессовых и конфликтных ситуаций, а значит и падение трудовой дисциплины и производительности труда.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе предприятия ОАО «ИСС», выборка исследования представлена сотрудниками специальности «Экономика» в количестве 15 человек, из них 11 девушек и 4 молодых людей (в возрасте от 22 до 47).

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы:

1. Тест жизнестойкости С.Мадди, для определения компонентов выраженности жизнестойкости.

2. Тест самооценки стрессоустойчивости С.Коухена и Г.Виллиансона.

Теоретическая значимость: Расширены теоретические представления об особенностях жизнестойкости личности;

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные данные позволяют адресно направить внимание сотрудников на разработку и совершенствование методов психологического воздействия при взаимодействии с друг другом.

Результаты исследования. В ходе исследования жизнестойкости С. Мадди было выявлено, что в экспериментальной группе из 15 человек низкий показатель по шкале жизнестойкость у 15 (0%) работников, средний у 5 (33,3%), высокий 10 (66,6%).

По шкале вовлеченность: низкий показатель у 5 работников (20%), средний у 5 (60%), высокий 5 (20%).

По шкале контроль: низкий показатель у 15 работников (0%), средний у 10 (73,3%), высокий 5 (26,6%).

По шкале принятие риска: низкий балл у 15 работников (0%), средний у 10 (53,3%), высокий у 5 (46,6%).

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

У некоторых испытуемых наблюдается высокий показатель такого компонента, как принятие риска, такие люди стремятся к развитию, черпая знания из своего жизненного опыта. Они убеждены в том, что все, что с ними случается, способствуют их развитию, готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, как говорится на свой страх и риск. Такие компоненты как вовлеченность и контроль у большинства работников имеют низкий показатель, что свидетельствует о том, что такие люди не получают удовольствия от собственной деятельности, у них присутствует чувство отвергнутого, ощущения себя «вне» жизни. Присутствует ощущения собственной беспомощности.

Также был проведен тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона. По результатам опросника было выявлено, что у 15(80%) работников высокий показатель стрессоустойчивости, у 3(20%) средний показатель.

Таким образом, у 80% сотрудников предприятия АО «ИСС» высокий показатель стрессоустойчивости.

Проведенный корреляционный анализ показал, что корреляционной связи между компонентами жизнестойкости и стрессоустойчивости не обнаружено. Отрицательная корреляция характеризует то, что увеличение одной переменной связано с уменьшением другой переменной, при этом коэффициент корреляции отрицателен. Согласно исследованию гипотеза не подтвердилась.

Вывод. Жизнестойкость и стрессоустойчивость личности оказывает существенное влияние на поведение человека в трудных жизненных ситуациях. Вслед за Д.А. Леонтьевым нами рассматривалась жизнестойкость, как система убеждений, которая включает три компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска и способствует успешному совладению с трудными ситуациями. Психология жизнестойкости позволяет справиться с отрицательным воздействием стрессовых ситуаций. Человек остается активным, сохраняет собственные убеждения. Мы можем обладать полной уверенностью, что события не выходят из-под нашего контроля, однако в реальности не влияем на ход жизни. Но жизнестойкость позволяет укрепить волю человека. Любая стрессовая ситуация будет восприниматься менее болезненно. Активность человека постепенно возрастает под воздействием этих убеждений. Жизнестойкость толкает нас на активные действия. Более того, убеждения помогают нам пойти на борьбу с трудностями. Именно жизнестойкость заставляет человека делать зарядку каждое утро, правильно питаться, ведь это способству-

ет оздоровлению организма и дальнейшему благополучию. Так человек становится менее подверженным психосоматическим или хроническим заболеваниям, постоянные стрессовые ситуации оказывают на организм минимальное влияние.

Основываясь на теоретических и эмпирических базах исследования, было разработано эмпирическое исследование жизнестойкости и стрессоустойчивости как метод повышения стрессоустойчивости. Исследуя группу экономистов предприятия АО «ИСС», было выявлено, что у большинства работников эмпирическое исследование жизнестойкости и стрессоустойчивости был низкий уровень. Опросник С. Мадди показал низкие результаты по шкалам: контроль, вовлеченность, принятие риска. После проведения эмпирического исследования жизнестойкости и стрессоустойчивости результаты значительно повысились, показатели стали: средний, выше среднего и высокий. Эмпирическое исследование жизнестойкости и стрессоустойчивости способствует положительной динамике повышения уровня стрессоустойчивости.

Список литературы

1. Шеффи Й. Жизнестойкое предприятие. Как повысить надежность цепочки поставок и сохранить конкурентное преимущество. М.: Альпина Паблишер, 2016. 620 с.
2. Одинцова М.А. Психология жизнестойкости. М.: Флинта, 2015. 726 с.
3. Фоминова А.Н. Жизнестойкость личности. М.: Прометей, 2017. 624 с.
4. Купченко В.Е. возрастные особенности жизнестойкости у лиц с различными типами жизненной стратегии // Вестник Омского университета. Серия: Психология. 2014. № 1. С. 17-23.
5. Gerald W. Critical Incident Stress And Trauma In The Workplace: Recognition... Response... Recovery. New York: Routledge, 2012.

УДК 159.96

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

С.И. Федотова, Л.С. Гавриленко

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В настоящей статье представлен теоретический анализ проблемы суицидального поведения среди подростков. На основе анализа различных концепций и теорий суицидального поведения; особенностей подросткового возраста, выявлены и сформулированы психологические причины суицидального поведения в подростковом возрасте. Источники,

цитируемые в данной статье, отражают современную точку зрения на исследуемую проблему.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, суицидент, подростковый возраст.

Актуальность. Проблема подросткового суицида в последнее время превратилась в одну из острых и первостепенных проблем нашего общества. Постоянно происходящие в обществе неблагоприятные политические и социально-экономические события увеличивают чувство страха и неуверенности в будущем каждого человека. По сей день причины и факторы толкающие подростка к самоубийству глубоко изучаются. Так, в последние десятилетия суицидальное поведение подростков стало весьма актуальной проблемой во многих странах. Число суицидов среди подростков неуклонно возрастает. По данным всемирной организации здравоохранения, количество суицидов среди лиц в возрасте 15-24 лет в последние 15 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах занимает 2-3-е место. На подростковый возраст приходится до 100-200 суицидальных попыток. По абсолютному количеству суицидов среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет Россия, к сожалению, занимает 1-е место в мире. Ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2500 несовершеннолетних (Фомина, 2017).

Постановка проблемы. Важным является выявление и систематизация психологических причин суицидального поведения подростков. В этой связи, каковы теоретические предпосылки склонности подростков к суициду, причины подросткового суицида, проблемы суицида и пути решения данной проблемы.

Исследование носит сугубо теоретический характер, поэтому целью явилось: изучение в теоретическом аспекте психологических причин суицидального поведения и факторов их появления в подростковом возрасте и, выявление путей решения данной проблемы.

Методы и материалы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: теоретический анализ источников, анализ, синтез, реферирование, составление библиографии по проблеме исследования.

Результаты исследования. В русском языке существуют множество различных формулировок «суицид», но все сходятся к одному, суицидом называют осознанное лишение себя жизни, которое заканчивается летальным исходом. В смысле психологии суицида лежит реакция на аффект, ликвидация эмоционального напряжения и избавление от тяжелой психологической ситуации, в которую попал человек. Лица, которые пытаются прибегнуть к суициду испытывают сильнейшую душевную боль и пребывают в стрессовом состоянии, не находят выхода из неблагоприят-

ной ситуации кроме самоубийства. Суицидальное поведение есть проявление суицидальной активности, то есть у человека имеют место мысли и намерения, попытки шантажа и угрозы, а также покушения на свою жизнь. Поведение будущих самоубийц, то есть суицидальное наблюдается и в норме, и при психопатиях. Суицидальной попыткой называют целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся летальным исходом. Суицидентом называют человека, который либо совершил попытку суицида, либо демонстрирует готовность к нему (суицидальные наклонности).

Главный механизм, специфичный для суицидального поведения и запускающий акт самоубийства, - это инверсия отношений к жизни и смерти. Жизнь утрачивает все степени положительного отношения и воспринимается только негативно, в то время как смерть меняет свой знак с отрицательного на положительный. С этого начинается формирование цели самоубийства и разработка плана ее реализации.

В суицидологии существует такое понятие как пресуицид и постсуицид. Пресуицид - определенный период между замыслами о самоубийстве и самим самоубийством. Постсуицид - определенный период времени после попытки самоубийства (например, после принятия таблеток у человека остается определенный промежуток времени до смерти).

Основные группы суицида:

— истинные: это вид суицидального поведения, которые характеризуются желанием умереть; соответствующие признаки: угнетенное настроение, депрессивное состояние, мысли об уходе из жизни, размышления и переживания по поводу смысла жизни;

— демонстративные: это вид суицидального поведения, который является способом обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь, вести диалог, возможно это попытка своеобразного шантажа, в данном случае смертельный исход - роковая случайность;

— аффективные: попытки суицида совершаются в момент аффекта, который длится около минуты или растягивается на часы и сутки. Может выступать в тандеме с первым методом. Для этого суицидального поведения характерны повешение и отравления.

— скрытые: вид суицидального поведения, которое больше нацелено на игру со смертью, чем на уход из жизни.

Итак, мы смогли понять всю важность данного феномена, сумели рассмотреть такие понятия, как суицид, парасуицид, постсуицид, суицидальные попытки, а также смогли более подробно изучить три основных вида суицида.

Сложность и многогранность явления самоубийства, а также нередкое смешение индивидуального и социального уровней суицидальных проявлений объясняет разнообразие подходов к их объяснению. (Барникова, 2017).

Основные концепции и теории изучаемой проблемы:

1. Основные теоретические положения Эмиль Дюркгейма. Школой Э. Дюркгейма в социологии были заложены основные теоретические положения суицидального поведения. Благодаря его исследованиям, Эмиль Дюркгейма по праву считают «отцом суицидологии».

Э. Дюркгейм предложил свою социальную теорию суицида, согласно которой самоубийство является результатом разрыва индивидуумом взаимоотношений с той социальной группой, к которой он ранее принадлежал. Он является автором первого фундаментального социологического труда, который посвящен самоубийствам и различал их по причинам:

- эгоистические (как результат недостаточной интеграции общества, ослабления связей между индивидом и обществом);
- аномические (в кризисном обществе, находящемся в состоянии аномии);
- альтруистические (как следствие чрезмерного социального контроля).

По его словам, «количество самоубийств в обществе определяется» «коллективными представлениями» как особыми факторами социальной жизни, которые определяют индивидуальные видения мира (ценности, моральные нормы).

2. Психоаналитический подход. Первоначально в психоанализе была принята концепция Зигмунд Фрейда (1916). Он объяснял суицидальное поведение как результат обращения агрессии против собственной личности из-за утраты объекта. Об этом подробно написано в его книге «Печаль и меланхолия». В этой работе он описывает динамику самоубийства через агрессию к той части Я, которая потеряла свой объект и, таким образом, расправляясь с «плохими» внутренними объектами. Эта теория признает ведущую роль близкого человека в динамике суицидального поведения.

По мнению З. Фрейда, суицидальное поведение можно объяснить с помощью двух инстинктов, которые существуют в человеке: Эроса и Танатоса. Эрос - инстинкт к жизни. Танатос - инстинкт к смерти. Фрейд считает, что суицид - это проявление влияния Танатоса. Влияние Танатоса никогда не бывает абсолютным. Это объясняет то, что самоубийства можно предотвратить.

К психоаналитическим концепциям относится теория А. Адлера, основатель индивидуальной психологии. Он рассматривает суицид как результат кризиса. По его мнению, этот кризис возникает в связи с поиском человека пути преодоления комплекса неполноценности, в результате чего человек оказывается в состоянии застоя, который не позволяет ему приблизиться к реальности, что в итоге приводит к регрессии. Крайняя стадия регрессии является суицидальной попыткой человека.

Другое учение разработал деятель психоаналитического движения Карл Густав Юнг. Он указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению. Это перерождение может стать важной

причиной суицида. Суициденты спешат со своим метафорическим возвращением в чрево матери. После возвращения, по мнению самоубийц, они снова станут маленькими детьми, которые будут окружены заботой и ощущением безопасности.

С точки зрения психоанализа самоубийство изучал К. Хорни. Он считает, что мысли о самоубийстве возникают из-за враждебности окружения к человеку еще в детстве. В результате этой враждебности у человека возникает базисная тревога, в дальнейшем перерастая в невротический конфликт, который является основой суицидального поведения.

3. Экзистенциально-гуманитарный подход. Ролло Мэй, Карл Рэнсом Роджерс подчеркивали роль тревоги и других эмоциональных переживаний в происхождении суицидального поведения. К. Роджерс считал, что основная тенденция жизни в самоактуализации. То есть, не доверяя собственному опыту, Я начинает терять доверие к себе, что приводит к осознанию полного одиночества. Экзистенциально-гуманитарный подход акцентирует внимание на человеческих ограничениях. Личность развивается благодаря личному опыту человека, а не от «природного» таланта. По мнению Р. Мэя, люди страдают от сознания бессмысленности своего существования, от недостатка заботы о них, от одиночества и страха смерти.

Виктор Франкл также рассматривал феномен самоубийства с точки зрения экзистенциально-гуманитарного подхода. Он полагал, что экзистенциальная тревога переживается как страх перед безнадежностью, вины и осуждения. По его мнению, самоубийству нет оправдания, ведь своими суицидальными действиями доказывает, что он не боится смерти. Самоубийца боится самой жизни. В. Франкл отмечал, что лишь самодостаточный человек свободен в отношении способа собственного бытия. Однако чаще всего такие люди проходят 3 стадии экзистенциальной ограниченности: терпит поражения, страдает и должен умереть. Поэтому, по мнению В. Франкла, человек должен уметь перенести все свои страдания и тревоги, иначе итог у таких людей всего один - смерть от собственных рук.

Эрих Фромм продолжил учение З. Фрейда и предпринял попытку рассмотреть самоубийство как врожденное влечение к смерти. Он говорил, что стремление к смерти является феноменом психологической патологией «следствие задержки развития, душевной инвалидности, которая наступает в результате непрожитой жизни». Человек наделен биофилией, и насколько задерживается ее развитие, настолько вырастает некрофилия. В понимании Фромма некрофилия - негативная альтернатива биофилии. Для некрофила характерны такие черты характера, как расизм, культ войны, террора и геноцида. Некрофил считает агрессию нормой жизни.

4. Суицид с точки зрения гештальт-психологии. «В гештальт-терапии жизненную активность человека рассматривают как непрерывный про-

цесс созидания и разрушения гештальтов, цепь контактов с окружающей действительностью». В данном предложении под контактами понимается осознание. Осознание на своих границах с действительностью встречается с множествами препятствиями (феноменами) и чтобы не допустить контакта мы наоборот движемся к ним. Этот ряд феноменов представлен защитными механизмами в виде интроекции, проекции, ретрофлексии и конфлюэнции. При сочетании этих защитных механизмов происходит реализация суицидального действия.

Человек-интроектор ориентируется не на собственное мнение, а на мнение окружающих. Поэтому в этом случае самоубийства, если смотреть по схеме Э. Дюркгейма, являются альтруистическими. Человек-интроектор жертвует своею жизнью, чтобы не мешать своим существованием своему обществу или же ради какой-либо цели (духовной, религиозной, политической и т.д.).

При ретрофлексии человек все свои переживания и чувства держит внутри себя. Агрессию он предпочитает не выплескивать наружу, но внутренне испытывает стыд за такие подобные чувства. Такие люди могут либо привести к ненависти к самому себе или наоборот, начинает любить и жалеть самого себя.

Многие консультанты и психотерапевты пользуются типологией суицидального поведения, основанной на гештальт-подходе.

Причины суицидального поведения в подростковом возрасте, отчасти, необходимо искать в особенностях самого подросткового возраста (Руженков, Руженкова, Боева, 2012).

Мотивацией самоубийств у подростков является их импульсивность, эмоциональность, высокое чувство справедливости, малый опыт в решении житейских проблем, которые в современном обществе очень сильно давят на подрастающее поколение. Но для начала мы должны рассмотреть особенности подросткового возраста.

Подростки находятся на промежуточном этапе между «детством» и «взрослостью». Они еще не взрослые, но и не дети. Часто подросткам говорят, что они уже не маленькие и должны вести себя как взрослые, хотя сами взрослые не относят их к своей возрастной группе.

Подросток претендует на равноправие в отношениях со взрослыми и стремится быть самостоятельным, желая оградиться от вмешательства родителей в личную жизнь их ребенка. Юноши и девушки уже имеют свои вкусы, предпочтения, приоритеты, взгляды на жизнь и собственную линию поведения. Хотя их взгляды и вкусы могут меняться и через несколько недель.

Общение является неотъемлемой частью жизни подростка. Общение сильно влияет на всю их деятельность. Поэтому они часто собираются в разные группировки, объединяющиеся по интересам и взаимной симпатии. Эти группировки влияют на нормы поведения и оценки подростка.

Однако не все подростки могут состоять в какой-либо группировке, они могут быть изолированными. Это очень сильно давит на них, ведь не имея возможности с кем-то поделиться своими переживаниями и чувствами, подростки впадают в депрессию и начинают думать о своей ненужности и бесполезности.

Отношения с родителями имеют двойственный характер. С одной стороны, подростки хотят чувствовать себя нужными и любимыми своими родителями. С другой они не хотят, чтобы родители вмешивались в их личную жизнь, следили за успеваемостью, выбирали для них друзей и даже одежду. Однако полное безразличие родителей к своему ребенку тоже ведет к негативной реакции.

На основе выявленных особенностей подросткового возраста, мы можем сформулировать психологические причины суицидального поведения у подростков.

Причинами суицидального поведения у подростков выступают следующие:

1. Отсутствие зрелого понимания смерти. Подросток не отдает себе отчета в том, что смерть – это навсегда. Он думает, что вот попугаю «их» и все вернется назад и проблемы исчезнут. Осознание смерти и страх ее формируется лишь к 18 и позже годам.

2. Нет в обществе признанной идеологии. В стране, где нет устойчивых понятий о родине, о семье и прочем, подростки гораздо чаще чувствуют себя ненужными и пребывают в депрессии.

3. Раннее начало половой жизни. Имеет 2 стороны: с одной подростки чувствуют себя взрослыми, а с другой раннее начало интимной жизни приводит к серьезным разочарованиям. Например, это может быть потеря возлюбленного (он/она бросил меня), нежеланная и, естественно, неожиданная беременность, половые болезни и прочее. Таким образом утрачивается цель жизни и невозможно наметить пути достижения.

4. Психические состояния. Депрессии и различные психозы в трети случаев ведут к самоубийствам у подростков. Такие подростки утрачивают вкус к жизни, не могут испытывать яркие положительные эмоции и наслаждение от того, от чего получали ранее. Ребенок ощущает безнадежность, безысходность, вину и самоосуждение, становится раздражительным и тревожным. К соматическим проявлениям тревоги относятся дрожание, частое дыхание и сухость губ. Подросток либо мучается бессонницей, либо сонлив днем, возникают необъяснимые боли в голове или животе. Психогенные нарушения и психические состояния обусловлены серьезными потерями (утрата здоровья, смерть близких или друга, перемена места жительства).

5. Физическое состояние. Дети подросткового возраста, у которых имеются серьезные заболевания: туберкулез, онкологическая патология или проблемы с сердцем. Причем попытка суицида случается на этапе обследования, когда диагноз еще не установлен.

Прочие причины:

— дисгармоничные отношения в семье — длительные и непрекращающиеся конфликты с родителями, братьями/сестрами.

— саморазрушаемое поведение у подростка — к этому пункту относится неумеренное потребление алкоголя, наркомания, общение с асоциальной компанией.

— школьные отношения. Подростки большую часть времени проводят в школе, где у них могут быть конфликты как с учителями, так и с одноклассниками.

— материальные и бытовые трудности. Это редкая причина самоубийств у подростков.

Говорить конкретно о каком-либо одном мотиве суицида нецелесообразно. К суицидальному поведению приводят сочетание нескольких опасных факторов, которые сохраняются продолжительное время. (Шиляева, Астахова, 2018).

При разработке мер профилактики суицидов у подростков нужно иметь в виду:

1. Граница между истинным и демонстративно-шантажным суицидальным поведением в подростковом возрасте условна. Целесообразно все суицидальные мысли, тенденции, попытки рассматривать как реальную угрозу его жизни и здоровью.

2. Чем меньше возраст детей подросткового возраста, тем острее протекают депрессивные состояния с высокой суицидальной опасностью.

3. Депрессия сама по себе не содержит суицидальных тенденций. Они появляются под действием конфликтных ситуаций, если не приняты адекватные меры профилактики, диагностики и лечения.

4. Психологические переживания часто переоцениваются подростками и недооцениваются взрослыми.

5. В структуре депрессивного состояния есть симптомы, наличие которых должно насторожить психолога.

6. При депрессивных состояниях у подростков всегда высок риск повторений, что требует индивидуальной профилактической работы.

7. Как правило, суицидальные угрозы и намерения реализуются депрессивными подростками в истинные покушения на самоубийства.

При проведении беседы с подростком, размышляющим о суициде, рекомендуется: внимательно слушать собеседника, т.к. подростки часто страдают от одиночества и невозможности излить душу; правильно формулировать вопросы, спокойно и доходчиво расспрашивая о сути тревожащей ситуации и о том, какая помощь необходима; не выражать удивления услышанным и не осуждать ребенка за любые, даже самые шокирующие высказывания; не спорить и не настаивать на том, что его беда ничтожна, что ему живется лучше других; высказывания «у всех есть такие же проблемы» заставляют ребенка ощущать себя еще более ненуж-

ным и бесполезным; постараться развеять романтически-трагедийный ореол представлений подростка о собственной смерти; не предлагать неоправданных утешений, но подчеркнуть временный характер проблемы; стремиться вселить в подростка надежду; она должна быть реалистичной и направленной на укрепление его сил и возможностей.

Необходимо отметить, что прогноз суицидального поведения подростков благоприятен при комплексной медико-психологической помощи, активном участии родителей, родственников в профилактике. Частота рецидивов составляет 50%, в большинстве случаев повторные попытки совершаются детьми и подростками, имеющими психические заболевания, из неблагополучных семей. Профилактика основана на устранении факторов риска. Важна благоприятная семейная обстановка, доверительные отношения. Необходимо обучать ребенка способам разрешения конфликтов, противостояния стрессовым факторам. При изменениях поведения, эмоциональных реакций нужно поговорить, подключить детского психолога, при серьёзных нарушениях – психиатра (Ханова, 2019).

Результаты исследования. В заключении можно сказать, что в данной работе мы смогли выполнить все цели и задачи, которые были поставлены в самом начале нашего исследования. Мы смогли рассмотреть понятие суицида, обсудить основные гипотезы и положения, выделить способы самоубийств и изучить причины самоубийства у подростков.

Каждый суицид индивидуален и затрагивает тысячи различных причин. Факторы, которые влияют на выбор смерти, столь разнообразны, что восстановить душевное состояние суицидента невозможно.

Мы убедились, что суицидальное поведение является глобальной социально-психологической проблемой, которая затронула молодое поколение. У детей подросткового возраста не сформировано полное представление о ценности собственной жизни в отличие от представителей более старшего возраста, также могут стать причиной психологические состояния, например, депрессивные состояния или психозы; ранние интимные связи, что может привести к серьезным разочарованиям.

Вывод. Идеального общества не может быть ни сейчас, ни в будущем. Человек не может полностью избавиться от всех проблем и невзгод. Рассмотрев причины, толкающие подростка на суицидальные действия, выявив категории лиц, способных совершить этот шаг, можно прийти к выводу, что суициды подросткового возраста были, есть и будут происходить.

Список литературы

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М., 1995. 219 с.
2. Алимов М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция : методические рекомендации. Барнаул, 2014. 100 с.
3. Антонова А.А., Бачило Е.В., Барьльник, Ю.Б. Факторы риска развития суицидального поведения // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 403-409.

4. Дюргейм Э. Самоубийство: социологический этюд. СПб.: Союз, 1998. 493 с.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л. : Медицина. Ленингр. отд-ние, 1983. 255 с.
6. Руженков В.А., Руженкова В.В., Боева А.В. Концепции суицидального поведения // Суицидология. 2012. № 4. С. 52-60.
7. Фрейд З. Печать и меланхолия // Психология эмоций / под ред. В.К. Виланаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. 2-е изд. М. : Издательство Московского университета, 1993. С. 215-223.
8. Ханова О.А. Меры профилактики суицидов у подростков. Текст: электронный // Суицидальное поведение детей и подростков. 2019. URL: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/suicidal-behavior> (дата обращения: 15.04.2019).
9. Шиляева И.Ф., Астахова А.В. Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте // Вестник Прикамского социального института. 2018. № 1 (79). С. 148-152.

УДК 159.913:331.104.22

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТИЛЯ УПРАВЛЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА КОЛЛЕКТИВА

К.В. Хохлова, Е.А. Солдатова, Е.И. Стоянова

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье анализируются сравнительные результаты стиля управления и психологического климата коллектива в двух организациях (в трех коллективах). Цель исследования заключалась в изучении стилей управления и их взаимосвязи с психологическим климатом организации. В ходе исследования определено, что в коллективе №1 – смешанный стиль (коллегиальный и директивный), климат носит высокий уровень благоприятности, и уровень стресса слегка повышен, коллективе №2 – директивный стиль, неблагоприятный климат и уровень стресса имеет среднее значение, в коллективе №3 – коллегиальный стиль, благоприятный климат и уровень стресса низкий.

Ключевые слова: коллектив, психологический климат, уровень стресса, влияние, стиль управления.

Актуальность. В 21 веке, в веке быстрого темпа и погоней за прибылью, руководители все реже обращают внимание на состояние сотрудников, на то, как их стиль руководства влияет на эффективность рабочей группы и на их психологическое и физическое здоровье. По статистике 77% людей, которые работают в коллективе больше года, имеют тенденцию к «выгоранию». Штатным психологам организации часто приходится стал-

киваться с повышенным стрессом у работников компаний. В большинстве случаев, руководители даже не задумываются, что если создать правильные условия и климат в коллективе, то давление и стресс понизится, а эффективность работы наоборот возрастет.

Постановка проблемы. Рассмотрение влияния стиля управления на психологический климат коллектива является важным для прогнозирования и регулирования психологического климата исходя из стиля руководства. Любое общество – это сложный механизм, состоящий из множества взаимодействующих групп людей. Каждый из нас участвует в жизни общества через те первичные группы, к которым принадлежит и с которыми связана наша жизнь. Термин первичная группа (первичный коллектив) так же, как и термин личность, является ключевым в социальной психологии и психологии менеджмента (Шпалинский, 2003).

Первичная группа – это группа людей, которые объединены совместной деятельностью на базе определенных ценностей и норм, группа, члены которой находятся между собой в прямом личном контакте, что и является основой для возникновения между ними системы межличностных отношений самого различного характера.

Коллектив – это итог и цель организаторской и воспитательной работы. Каждый руководитель первичной группы должен так организовать ее работу, чтобы сделать из этой группы коллектив (Шпалинский, 2003).

Психологический климат в коллективе – сложнейшее явление, обладающее своей структурой, взаимодействием социально-демографических и профессионально-квалификационных характеристик, вероятностными динамичными связями и взаимодействиями между членами и отдельными группами коллектива.

Психологический климат в коллективе – это система морально-этических взаимосвязей между членами коллектива, возникающих по поводу производственных и внепроизводственных отношений.

Иными словами, психологический климат – некий фактор, который влияет на деятельность коллектива. Влияние данного фактора может как увеличивать, так и уменьшать работоспособность коллектива и отдельно взятых сотрудников. Одними из наиболее показательных свойств благоприятного климата являются доброжелательное отношение сотрудников друг к другу, удовлетворенность работой, жизнерадостность.

На психологический климат в коллективе влияют такие факторы как традиции в коллективе (корпоративы), условия труда, характер межличностных отношений, зарплата, стиль управления (способ руководства власти на подчиненных и характер действий руководства во время решения рабочих задач) и т.п.

Профессиональный стресс – многофакторный феномен, выражающийся в физиологических и психологических реакциях на сложную рабочую ситуацию.

В ходе недавно проведенного опроса в 15 странах Европейского союза 56% рабочих отмечали высокие темпы работы, 60% - жесткие сроки ее выполнения, 40% - ее монотонность, свыше трети не имели возможности оказать какое-либо влияние на порядок выполнения заданий. Связанные с работой стрессовые факторы способствуют развитию проблем со здоровьем. Так, 15% работающих жаловались на головную боль, 23% - на боль в области шеи и плеч, 23% - на усталость, 28% - на стресс и 33% - на боль в спине. Почти каждый 10-й сообщил, что к нему на рабочем месте применяют тактику запугивания.

Как уже говорилось выше, одним из факторов формирования психологического климата в коллективе является комплекс действий, которое выполняет руководство (стиль управления), и этот фактор один из самых значимых.

Стиль управления – это устойчивый комплекс черт руководителя, проявляющихся в его отношении с подчиненными. Другими словами, это способ, которым начальник управляет подчиненными и в котором выражается независимый от конкретных ситуаций образец поведения (Одинцова, 2018).

Проблемы психологического климата и стилей управления в своих работах рассматривали: А.А. Реан, А.А. Бодалев, М.И. Битянова, К.Левин и др.

В стиле руководства, как индивидуальном почерке управления, проявляется деловитость, активность и целеустремленность руководителя в достижении задач, поставленных коллективом, раскрываются его способности, умения и навыки. Стиль является существенным фактором воспитания членов коллектива, развития у них инициативы и самостоятельности, но в то же время он служит критерием оценки деятельности самого руководителя. Необходимо отметить, что, следуя какому-то определенному стилю, руководитель в реальной деятельности в зависимости от конкретной ситуации может применять различные стили в определенных сочетаниях (Шпалинский, 2003).

Методы и материалы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: теоретический анализ источников, подбор методик, обработка результатов, анализ полученных результатов, синтез, реферирование, оформление материалов исследования.

Выборка исследования представлена коллективами общее количество 54 сотрудника (1 коллектив - 18 человек, 2 - 20 человек, 3 - 16 человек) из двух крупных компаний, которые работают в сфере логистики.

В тестирование были включены две крупные компании, которые работают в сфере логистики. В данном ключе, сама сфера выступает как дополнительный стресс-фактор, требуя от работников сверхурочной занятости, соблюдения ненормированного рабочего расписания, возможности принятия экстренных решений.

В исследование были включены три коллектива: №1 - 18 человек, №2 - 20 человек, №3 - 16 человек.

Из исследования были исключены руководители и сотрудники, проработавшие в коллективе менее года.

Коллективы, в которых проводились исследования, выполняют схожую работу и имеют один график работы.

Методами исследования являлся опрос и психодиагностическое тестирование. Были использованы следующие методики: Диагностика стилей управления (А.Л. Журавлев), Диагностика психологического климата в малой производственной группе (В.В. Шпалинский, Э.Г. Шелест); Шкала профессионального стресса; Диагностика эмоционального выгорания личности (В.В. Бойко).

Результаты исследования. Используя методику определения стиля управления трудовым коллективом (А.Л. Журавлева) и шкалу профессионального стресса мы получили следующие результаты:

Было выявлено три стиля управления в группах.

В группа №1 - смешанный (коллегиальный и директивный);

Группа №2 – директивный (авторитарный);

Группе №3 – коллегиальный стиль.

Директивный (авторитарный) стиль управления характеризуется тем, что руководитель решает все вопросы самостоятельно, не считая необходимым учитывать мнение и рекомендации коллектива.

Директивному руководителю чаще присущи суровое выражение лица, резкий неприветливый, приказной тон, отделение себя от группы.

К. Левин (один из основоположников поведенческого подхода) указал на то, что директивном (авторитарном) управлении объем выполненных работ выше чем у коллегиального (демократического), но снижается качество выполненных работ, мотивация, возникает напряжение как в коллективе, так и по отношению к руководству.

Коллегиальный (демократичный) стиль управления характеризуется распределением полномочий, инициативы и ответственности между руководителем и заместителями, руководителем и подчиненными. Руководитель демократического стиля всегда выясняет мнение коллектива по важным производственным вопросам, принимает коллегиальные решения. Регулярно и своевременно проводится информирование членов коллектива по важным для них вопросам. Общение с подчиненными проходит в форме просьб, пожеланий, рекомендаций, советов, поощрений за качественную и оперативную работу, доброжелательно и вежливо; по необходимости применяются приказы.

Коллегиальному руководителю больше свойственны общительность, внешняя доброжелательность, распоряжения в форме просьбы или рекомендации, преобладание в речи «мы» над «я».

При коллегиальном стиле управления имеет место быть оригинальность выполнения работ, а так же высокое качество.

И смешанный стиль (коллегиальный и директивный) характеризуется тем, что руководитель в сложных ситуациях приобретает черты директив-

ного стиля, но в маловажных для него вопросах базируется на рекомендациях коллектива.

Конечно, данные признаки не прочно «закреплены» за данными стилями. Признаки могут варьироваться в зависимости от индивидуальных черт руководителя.

Согласно Левину, его помощников и последователей, в авторитарно руководимых группах, производительность немного выше, чем в демократических коллективах. Однако при отсутствии или смене руководства она падает, а нередко прерывается и трудовой процесс. В таких группах выше напряжение между членами коллектива, чаще и острее конфликты, меньше интерес к труду и удовлетворенность работой, отсутствует подлинная сплоченность. Все это снижает трудовые достижения авторитарно руководимых групп.

Демократический стиль имеет превосходство в трудовой мотивации, удовлетворенности трудом, качестве работы. Сотрудники испытывают чувство гордости за свой труд, дорожат пребыванием в группе, проявляют изобретательность, находчивость и инициативу. В коллективе царит доверительная дружеская атмосфера. Трудовой процесс обладает свойством саморегуляции и не нарушается при отсутствии руководителя.

Высокий уровень благоприятного климата (удовлетворенность своей работой, знание своих целей и целей компании, сработанность коллектива, дружелюбная обстановка, традиции коллектива) выявилась в коллективах №1 и №3 со смешанным и коллегиальным стилями управления. В коллективе №2, с директивным стилем, уровень благоприятности низкий, некоторые сотрудники пытаются «перенять» стиль общения руководства в отношениях с коллегами, в этом коллективе сотрудники не знают целей компании, жалуются на высокую усталость, вспыльчивость и нежелание находиться на рабочем месте, преобладает деловое общение. В коллективе с авторитарным стилем управления, подчиненным некомфортно работать. Любая инициатива сразу же отвергалась руководством, что в последующем привело к снижению мотивации выполнять задания руководства, имеется «текучка» коллектива.

В коллективе №1 – уровень благоприятности средний. Неформальное общение, но разговоры только по рабочим момента. Этот коллектив состоит из микрогрупп (2-3 человека), где уже происходит общение по интересам. Коллектив №3 имеет благоприятную обстановку, такой коллектив можно назвать сплоченным, общение происходит на разные тематики, имеются свои традиции и все сотрудники, данного коллектива, их поддерживают и соблюдают (таблица 1).

Уровень стресса в коллективах №1 и №3 имеют низкие проценты, в коллективе №1 со смешанным стилем управления уровень стресса имеет умеренный уровень стресса, он не мешает жить и выходных достаточно, чтобы отдохнуть, в то время как в коллективе №2 уровень стресса высо-

кий и сотрудникам не хватает выходных для отдыха. В коллективе №2 сотрудники говорят о сильной раздраженности, отсутствии сил вставать утром и указывают на частые боли в голове, шее (таблица 2).

Таблица 1

Результаты средних значений климата в коллективе по стилю управления

Среднее значение климата по стилю управления	
Смешанный	38,33%
Директивный	29,95%
Коллегиальный	49,42%

Таблица 2

Результаты средних значений стресса в коллективе в зависимости от стиля руководства

Тип руководства	Среднее значение стресса
Директивный	35
Смешанный	18
Коллегиальный	14

В ходе исследования было обнаружено, что директивный стиль руководства неблагоприятно сказывается на уровне стресса сотрудников, что приводит к ухудшению климата внутри группы, неудовлетворенность работой.

Обсуждение результатов. Была выявлена тенденция к снижению неблагоприятных условий и повышению уровня благоприятного климата в коллективе при коллегиальном стиле руководства и смешанном (директивный и коллегиальный). Смешанный тип управления позволяет сотрудникам проявлять инициативность, но руководитель ориентирован больше на результат, чем на сотрудников.

Взаимосвязь со стилем руководства и психологическим климатом в коллективе была так же отмечена.

Вывод. Таким образом, данные исследования свидетельствуют о том, что стиль руководства коллективом действительно влияет на состояние стресса сотрудников, что в свою очередь влечет снижение благоприятного климата в коллективе, и это может привести к снижению эффективности, а также изменению психологического фона самих сотрудников.

Стиль управления является одним из главных факторов, влияющим на трудоспособность коллектива, психологический климат группы и психологическое здоровье отдельно взятых сотрудников. В зависимости от характера управления коллективом и будет формироваться отношение к работе в коллективе, а так же вселять уверенность, либо наоборот подавлять индивидуальность работника и снижать мотивацию к работе.

Признаками здорового (благоприятного) климата будут являться: свободное выражение своего мнения на собраниях, высокий уровень эмоциональной включенности, взаимопомощь, традиции.

Данное исследование не позволит в полной мере говорить о полном влиянии стиля управления на полную эффективность коллектива и отдельно сотрудников, и требует теоретической доработки.

Результаты исследования могут использоваться психологами, работающими в организациях, для коррекции психологического климата внутри коллектива и для помощи руководителям для создания и формирования благоприятного климата в коллективе.

Список литературы

1. Базарова Т.Ю., Еремина Б.Л. Управление персоналом. М.: Юнити, 2001. 154 с.
2. Нечепоренко О.П. Стиль руководства как фактор социально-психологического климата коллектива и удовлетворенности работой // ОмГУ. 2013. №1. С. 45-52.
3. Одинцова М.А., Захарова Н.Л. Психология стресса. М. : Юрайт, 2018. 236 с.
4. Парыгин Б.Д. Социально-психологический климат коллектива: Пути и методы изучения. Л. : Наука, 1981. 127 с.
5. Реан А.А., Коломинский Я.Л. Социальная педагогическая психология. СПб. : Питре Ком, 1999. 299 с.
6. Станкин М.И. Психологические способы установления контактов между людьми: учебное пособие. М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2006. 400 с.
7. Шпалинский В.В. Психология менеджмента. 2-е изд. М.: Изд-во УРАО, 2003. 66 с.
8. Столяренко Л.Д., Столяренко В.Е. Социальная психология. 4-е изд., перераб. и доп. М. : Юрайт, 2018. 144 с.
9. Шмакова И.А. Влияние стиля руководства на психологический климат в коллективе // Концепт. 2015. Т. 10. С. 131–135.
10. Ящук Н.Ю. Стиль руководства: теоретические подходы к исследованию // Концепт. 2016. Т. 15. С. 2046–2050.

УДК 159.9

ТРЕНИНГ КРЕАТИВНОСТИ КАК ИНСТРУМЕНТ УЛУЧШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В.А. Шевлякова, Е.А. Журавлева

Тверской государственный университет, г. Тверь, Россия

Аннотация. Стрессовые условия современной жизни требуют усиленного внимания к психологическому здоровью людей. Творческая деятельность по своей природе обладает здоровьесформирующим потенциалом, а креативность – это источник сил и мотивации для реализации этого потенциала. С креативностью специалисты в области психологии

здоровья связывают важный критерий психологического здоровья – возможность самоактуализации. Нами была разработана модель Тренинга креативности «Раскрой в себе художника». Данная модель основана на теории креативности Дж. Гилфорда, который называл креативность универсальной познавательной творческой способностью. Новизна данного тренинга заключается в наличии авторских векторов и клиентских технологий, которые могут быть наполнены упражнениями, соответствуя интересам психолога и запросу заказчика тренинга. Использование тренингов креативности может стать важной составляющей общей работы, направленной на улучшение психологического здоровья.

Ключевые слова: креативность, психологическое здоровье, тренинг креативности, личностный рост, антропоцентрический эталон здоровья.

Актуальность. В настоящее время, когда скоростной темп жизни, информационное перенасыщение и длительный дистресс являются постоянными спутниками жизни современного человека, проблема сохранения и улучшения психологического здоровья как динамической совокупности психических свойств, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, является одним из актуальных направлений исследований современной науки. Многие ученые занимались изучением проблемы психологического здоровья: А. В. Брушлинский, Л. С. Выготский, И. В. Давыдова, И. В. Дубровина, А. В. Петровский и др. (Ваторопина, Сепп, 2017).

Значительное число напряженных ситуаций в процессе жизнедеятельности порождает консерватизм, шаблонность поведения человека, которые постепенно становятся чертами характера и впоследствии отражаются на мыслительных процессах. Ригидность мышления и поведения – это то, что мешает людям работать творчески, изменять стратегию своего поведения в зависимости от ситуации, находить нестандартные решения сложных ситуаций.

Постановка проблемы. В современной науке проблема психологического здоровья может рассматриваться в свете нескольких эталонов здоровья: античного, адаптационного и антропоцентрического. Каждый из них обладает своими особенностями, но при создании тренинга мы остановились на антропоцентрическом эталоне, так как он, во-первых, основан на гуманистических воззрениях на проблему здоровья, а во-вторых, говорит о возможности человека развиваться и изменяться, а соответственно и самостоятельно улучшать свое здоровье: здоровье человека в его собственных руках (Васильева, Филатов, 2001).

В данном случае здоровье рассматривается как всесторонняя самореализация или раскрытие творческого и духовного потенциала личности. Разработкой антропоцентрического эталона занимались в основном гуманистические психологи, которые составили перечень характеристик здоровой личности (Васильева, Филатов, 2001):

1. Самоактуализация (направленность деятельности на раскрытие творческого потенциала);
2. Полноценное развитие и личностный рост (готовность к внутренней трансформации, способность к активному преодолению трудностей);
3. Открытость новому опыту (способность к сохранению доверия к миру при любых обстоятельствах);
4. Способность к подлинному диалогу (способность к глубинному пониманию и сопереживанию всем сторонам личности);
5. Свобода в самовыражении и самоопределении (которая является основой для подлинного творчества, искренности и самопринятия);
6. Осмысленность существования и целостность (как цель личностного развития).

Таким образом, для достижения психологического здоровья необходимо постоянное творческое развитие личности. Креативность является неотделимой частью творческого человека, данное качество способствует раскрытию потенциала личности и ее росту. Креативность можно и нужно развивать, ее можно активизировать и тренировать, в том числе и посредством специально смоделированных ситуаций (тренинговых упражнений) (Salakhhatdinova, Palei, 2015).

Методы и материалы. В качестве концептуального основания для создания способа развития креативности (и соответственно улучшения психологического здоровья) мы используем теорию Дж. Гилфорда, который называл креативность универсальной познавательной творческой способностью, характеризующаяся готовностью к созданию новых идей, которые отклоняются от традиционных схем мышления.

В 1968 году Дж. Гилфордом были выделены четыре основных характеристики креативности (Дружинин, 2019):

1. Беглость (fluency) – данный фактор определяется общим числом созданных новых идей и предметов в единицу времени, он характеризует общую продуктивность творческого мышления.

2. Гибкость (flexibility) – этот фактор характеризует способность предлагать творческие решения, основанные на разных алгоритмах или из разных областей знаний.

3. Оригинальность (originality) – данный фактор характеризует своеобразие креативного мышления, необычность подхода к решению творческих задач и определяется количеством редких креативных решений и оригинальностью структуры ответа.

4. Разработанность (elaboration) – определяется детализированностью образов творческого мышления, сложностью предлагаемых идей. Важно, чтобы творческий процесс был не поверхностным, а логичным и обоснованным.

Для разработки тренинга нами была использована технология Е.В. Сидоренко (Сидоренко, 2008).

Результаты исследования. Нами была разработана авторская модель тренинга, направленная на развитие креативности под названием «Тренинг креативности «Раскрой в себе художника»».

Планируемым результатом тренинга является повышение индивидуальной эффективности за счет развития креативности.

Вид развития – это характер улучшений, достигаемых в тренинге: оптимизация, рост, повышение динамики или любое другое позитивное изменение. С заявленными нами планируемыми результатами тренинга соотносится такой вид развития как «отращивание», то есть повышение уровня, степени выраженности креативности (Сидоренко, 2008).

Поскольку феномен креативности включает в себя четыре параметра (беглость, гибкость, оригинальность, разработанность (по Дж. Гилфорду)), то векторная концепция разрабатываемого нами тренинга будет соответствовать четырехкомпонентной «модели паруса» (рис. 1).

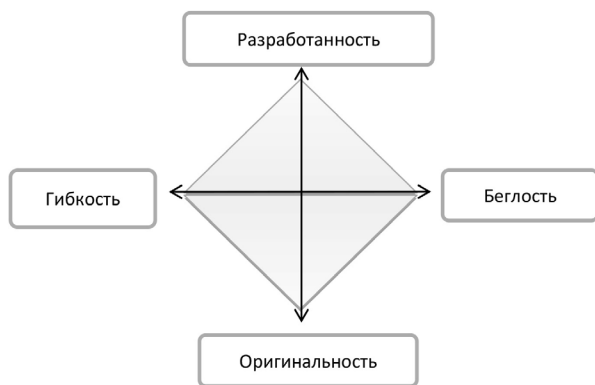


Рис. 1. Векторная модель Тренинга креативности «Раскрой в себе художника»

Пространственное расположение векторов в графической концепции не может быть случайным, поскольку это расположение определяет значимость и взаимоотношение компонентов, их психологический смысл для тренера и для клиентов.

Оригинальность, то есть способность продуцировать необычные, нестандартные, отличающиеся от общепринятых идеи расположена в основании схемы, поскольку представляет собой своеобразный фундамент для развития креативности («то, на чем держится парус»).

Гибкость расположена в левой части схемы, так как именно она отвечает за способность применять разнообразные стратегии при решении проблем, переключаться с одной идеи на другую, соответственно в правой части схемы представлена беглость, которая отвечает за способность генерировать большое количество идей за некоторую единицу времени.

Такой компонент как разработанность образует вершину «паруса», поскольку способность детально разрабатывать возникшие идеи и, соответственно, правильно их реализовывать, является «вершиной» развития креативности.

Метафорически данный тренинг можно представить в виде четырехлистного клевера. Рисунок несет в себе идею о том, что только при наличии и достаточном развитии всех листков, «клевер будет приносить удачу».



Рис. 2. Метафорическая модель Тренинга креативности «Раскрой в себе художника»

Клиентские технологии представляют собой новые алгоритмы поведения, которые участники вырабатывают и осваивают в ходе тренинга. Эти алгоритмы участники «выносят» с тренинга в повседневную жизнь, что и обеспечивает надежность воздействия.

Клиентские технологии Тренинга креативности и творчества «Раскрой в себе художника» представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Клиентские технологии (алгоритмы) Тренинга креативности
«Раскрой в себе художника»**

Векторы	Алгоритмы
Оригинальность	1.Оценивать свое действие как отличающееся от всех остальных или как действие типичное.
	2.Смотреть на объект с неожиданной стороны.
	3.Использовать юмор: 1) ложное противопоставление; 2) ложное усиление; 3) доведение до абсурда (соединение несоединимого – «агглютинация»).
	4.Интерпретировать высказывания (важно не исказить смысловое поле высказывания).

Гибкость	1.Использовать однотипные условия разными способами.
	2.По-разному решать задачи с однотипными данными.
	3.Использовать децентрацию: смещаться с собственной точки зрения на точку зрения других людей.
Беглость	1.Повторять как можно больше действий за ограниченное время (используя вербальный и наглядный способы).
	2.Как можно быстрее применять знакомый объект различными способами как можно большее число раз.
	3.Максимально быстро объединять разрозненные элементы в одно целое.
Разработанность	1.Находить причинно-следственные связи между явлениями.
	2.Стараться опровергать варианты причинно-следственных связей другими гипотезами для нахождения наиболее объективного решения.

Темп освоения и количество клиентских технологий определяют временные параметры тренинга.

Учитывая временные затраты, а также количество развиваемых в тренинге векторов (в нашем случае – 4), можно сделать вывод, что оптимальная длительность Тренинга креативности и творчества «Раскрой в себе художника» должна составлять 4 дня (один день на каждый вектор).

Обсуждение результатов. Данная модель тренинга универсальна, каждый психолог может использовать ее, наполняя собственными вариантами тренерских технологий (упражнений, игр, мини-лекций, дискуссий). В качестве примера можно привести следующие упражнения: «Рисуем креативность», «Фантастическое слово», «Способы действия», «Земля круглая», «Что? Откуда? Как?», «Причины и следствия», «Оригинальное использование», «Усовершенствование игрушки», «50 вариантов», «Невероятная ситуация» и др.

Вывод. Использование тренингов креативности и творческих способностей (в частности, Тренинга креативности «Раскрой в себе художника») может стать одним из важным методов для общего улучшения психологического здоровья, так как развитие креативности является существенным для самореализации и самораскрытия личности.

Креативный потенциал личности в структуре психологического здоровья является ресурсом, особым жизненным источником, средством для реализации своего потенциала, запасом жизненных сил, который может быть использован для решения актуальных задач, помощью в достижении поставленных целей, а также представляет собой деятельностную сторону жизни человека, является ресурсом для любых действий личности.

Список литературы

1. Ваторопина С.В, Сепп М.Л. Развитие креативности у детей как условие сохранения психологического здоровья // Концепт. 2017. №S9. С. 45-50.

2. Дружинин В.Н. Психология общих способностей. М.: Издательство Юрайт, 2019. 349 с.
3. Сидоренко Е.В. Технологии создания тренинга. От замысла к результату. СПб.: Речь, 2008. 336 с.
4. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М.: Издательский центр Академия, 2001. 352 с.
5. Salakhhatdinova L., Palei T. Training Programs on Creativity and Creative Program Solving at Russian Universities // Procedia. Social and Behavioral Sciences. 2015. Vol. 191. P. 2710-2715.

УДК 159.9

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

А.С. Шошин, В.Б. Чупина

*Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В данной статье рассмотрены история методы коррекции и профилактики, симптомы синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Синдром эмоционального выгорания – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности, это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах физического утомления и снижения удовлетворения от исполненной работы. СЭВ выражается в редуцировании персональных достижений. Профилактика начинается с распознавания и понимания сути проблемы, а затем нужно сделать действия, которые мы описали в статье. Наше чувство контроля над тем, что происходит, может иметь решающее значение. Выгорание не просто результат стресса, а следствие негативного (дистресса), хронического, и сильного, неуправляемого стресса.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, эмоции, студенты, медицинский университет, психология, стресс.

Актуальность. В 1974 г. был замечен неожиданно высокий рост жалоб на работников службы психологической и социальной поддержки, рабочей обязанностью которых было налаживать рабочие контакты и облегчать тяжелое психологическое состояние людей, попавших в беду. Из-за этих жалоб и обид консультирующие организации и психотерапевтические клиники стали терпеть убытки. Причиной была обозначена особая форма стресса, или, как ее некоторое время называли, «болезнь обще-

ния», далее термин изменили на «выгорание персонала» и «выгорание личности». Если брать само построение термина на английском языке, то оно звучит как «staff burned-out». Дословный перевод примерно означает «персонал сгорел (выгорел)» и подразумевает окончание процесса, его финальную точку. Первые работы касаясь этой проблемы принадлежали американскому психиатру Х. Дж. Фрейденбергеру, который ввел новый термин для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

Более подробно проблему эмоционального выгорания затронула уже К. Маслач, предложив новый термин: «burnout» («выгорание»), своего рода английскую аббревиатуру, подразумевающую процесс. Этот термин обозначал состояние истощения и изнеможения, сопряженное с ощущением собственной бесполезности.

На данный момент в век информационных технологий и очень большого потока информации, убыстрения темпа жизни люди постоянно вынуждены противостоять стресс-факторам. В связи с этим люди часто подвержены хроническому стрессу, а в дальнейшем и эмоциональному выгоранию.

Методы и материалы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: теоретический анализ источников, анализ, синтез, реферирование.

Стресс - совокупность неспецифических адаптационных (нормальных) реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов-стрессоров (физических или психологических), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом). В медицине, физиологии, психологии выделяют положительную (эустресс) и отрицательную (дистресс) формы стресса. По характеру воздействия выделяют нервно-психический, тепловой или холодовой (температурный), световой, голодовой, лишение сна. В данной статье рассматривается нервно-психический дистресс.

Стрессоустойчивость – совокупность качеств, позволяющих организму спокойно переносить действие стрессоров без вредных всплесков эмоций, влияющих на деятельность и на окружающих, а также способных вызывать психические расстройства. Высокая стрессоустойчивость характеризуется низким уровнем эмоциональности.

Искусственное занижение уровня чувствительности к внешним раздражителям, сопряжённое с этим качеством, в некоторых случаях может привести к чужеродности, отсутствию сильных эмоций и безразличию, то есть к свойствам, которые нередко приводят к негативным результатам в семейной и общественной жизни человека.

Стрессор (напор, гнёт, нагрузка, напряжение; синонимы: стресс-фактор, стресс-ситуация) – фактор, вызывающий состояние стресса. Неспецифический раздражитель или же воздействие, вызывающее стресс.

Эмоциональное выгорание – понятие, введённое в психологию американским психиатром Гербертом Фрейденбергером в 1974 году, проявляющееся нарастающим эмоциональным истощением. Может влечь за собой личностные изменения в сфере общения с людьми (вплоть до развития глубоких когнитивных искажений). Ему особенно подвержены люди, чья трудовая деятельность связана с регулярным общением с другими людьми, эмоциональными сопереживаниями, большой ответственностью.

Первая статья К. Маслач на эту тему была опубликована в журнале «Human Behavior» («Поведение человека» в 1976 г. и получила достаточно широкую огласку и заинтересовала множество людей абсолютно разных профессий. В течение 10 лет проблема эмоционального выгорания углублялась, и если первоначально речь шла об описании проблем только работников медицинской сферы, то дальнейшие исследования в этой области распространились на более широкий круг профессионалов. В книге К. Маслач, опубликованной спустя шесть лет, речь идет уже и об учителях, воспитателях, полицейских и т. д.

Главная причина «выгорания персонала» – психологическое, душевное переутомление от общения, вынужденного по профессиональной деятельности. Особенно быстро и заметно оно наступает при чрезмерной нагрузке у людей, которые по особенностям профессиональной деятельности должны максимально эмпатично включаться в межличностное взаимодействие с клиентами. Как особенно подверженных выгоранию выделяют психотерапевтов, психологов, социальных работников, учителей, врачей и менеджеров, т. е. профессионалов общения, призванных и обученных вежливо и профессионально обслуживать других людей. Первая книга по эмоциональному выгоранию называлась «Выгорание – плата за сочувствие» (Маслач К., 1982). В ней кратко и лаконично представлены результаты обширных исследований этого явления.

С годами внимание к феномену выгорания возрастало. В восьмидесятые годы концепции выгорания и термин «burnout» потеснили термин «stress» со страниц сотен научных публикаций и диссертаций в англоязычных странах. Первоначальные исследования этого явления носили в основном описательный и эпизодический характер.

Основные направления нашего университета в большинстве своём имеют отношения именно к постоянному контакту с людьми, поэтому эта тема актуальна для студентов медицинского университета. Лечебный факультет, педиатрия, клиническая психология – основные факультеты и специальность в которых специалисты вынуждены общаться с людьми более часто, чем другие.

В 1982 году феномен эмоционального выгорания был более подробно описан К. Маслач. Автор описала синдром, состоящий из трех главных компонентов (трехфакторная модель).

1. Эмоциональное истощение. Проявляется в чувстве опустошенности и снижении эмоционального тонуса вследствие перенапряжения и истощения своих эмоциональных ресурсов. Также присутствует утрата интереса как к профессиональной деятельности, так и к межличностному общению. Человек чувствует, что не может работать с «воодушевлением», как раньше.

2. Деперсонализация. Проявляется в равнодушном и даже негативном отношении к людям, обслуживаемым по роду профессиональной деятельности. Контакты с ними становятся формальными, обезличенными и поверхностными. Притупляется либо исчезает сопереживание и включенность в проблемы клиента, и появляется внутреннее раздражение, часто не имеющее причины, сдерживаемое специалистом, которое со временем вырывается наружу и приводит к конфликтам. На поведенческом уровне можно заметить цинизм, сарказм, навешивание ярлыков и появление профессионального сленга, может расцениваться коллегами как проявление высокомерия. Подобные состояния имеют место в замкнутых рабочих коллективах, выполняющих длительное время (до полугода) совместную деятельность.

3. Редукция профессиональных достижений. Сниженная рабочая продуктивность проявляется в снижении мотивации к деятельности и, как следствие, неудовлетворительных результатах, которые негативно оцениваются, чаще всего чрезмерно, что приводит к негативизму и, как следствие, снижению самооценки (в негативном восприятии себя как профессионала), недовольству собой, негативному отношению к себе как личности и как профессионала. (К. Маслач, 1982)

Д. Дирендонк, В. Шауфели, Х. Сиксма (1994) – голландские исследователи, проводившие исследования среди медсестер, предположили, что синдром выгорания сводится к двухмерной конструкции, состоящей из эмоционального истощения и деперсонализации. Модель была названа двухфакторной и состояла из двух компонентов:

— первый компонент «аффективный», относится к сфере жалоб на свое здоровье, физическое самочувствие, нервное напряжение, эмоциональное истощение;

— второй компонент, получивший название «установочного», проявляется в изменении отношений либо к пациентам, либо к себе.

Таким образом, мы пришли к выводу, что необходим метод коррекции и профилактики эмоционального выгорания для повышения качества обучения и улучшения работоспособности студентов. Мы использовали материалы книги Ричарда О'Коннора «Психология вредных привычек». В ней Р. О'Коннор выделяет несколько шагов к победе над эмоциональным

выгоранием. Однако эти методы позволяют не только выйти из состояния эмоционального выгорания, но и помогают проводить профилактику его появления.

Признайте, что столкнулись с трудностями.

Не казните себя. Осознать проблему — значит, наполовину выиграть битву. Иногда мы считаем, что сами во всем виноваты. Но позвольте заметить: современный мир порой предъявляет слишком высокие требования ко всем, поэтому перегореть — это нормально.

1. Обратитесь за помощью к близким.

Одно из лучших и самых действенных противоядий — крепкие отношения с близкими людьми. Сместите фокус на своих друзей и родных, проводите с ними больше времени, попытайтесь наладить контакт и заняться чем-то интересным. Отчаяние отступает, когда нам есть, с кем поделиться переживаниями.

2. Верните себе надежду.

Расслабьтесь — вы не станете богачом к 40 годам, а у прекрасного принца появился бойфренд. Все, бой окончен. Вы слишком высоко задрали планку и слишком усердно трудились. Только жизнь на этом не кончена: просто цель была нереалистичной.

3. Найдите отдушину.

Какой бы способ борьбы с порочным кругом стресса вы ни выбрали, всегда есть шанс его разомкнуть. Медитация, физкультура, изменение взглядов, новые цели, открытость миру — любое позитивное изменение способно привести в действие спираль адаптации, когда каждое последующее изменение укрепляет достигнутое. Наша реакция на положительное событие делает более вероятным другое — хорошее притягивает хорошее.

4. Развивайте осознанность.

Старайтесь следить за своими мыслями и чувствами. Гнев часто маскирует страх, а ревность может быть выражением незащищенности. Не поддавайтесь импульсам, а сосредоточьтесь на более глубоких и, главное, истинных чувствах и мотивах своего поведения.

5. Не поддавайтесь эмоциональным порывам.

Хочется принять успокоительное? Не поддавайтесь сиюминутному желанию! Подождите 10-15 минут, а потом снова подумайте — оно вам надо? Прежде чем поругаться с начальником или наругать родным, отойдите в сторону и успокойтесь. Вы непременно будете жалеть о своем необдуманном действии. Так лучше его предупредить!

6. Займитесь спортом.

Движение меняет мысли. Возьмите себе за правило два раза в неделю ходить в спортзал, заниматься плаванием или бегом. Катайтесь на лошадях, гуляйте, играйте в теннис — все что угодно, лишь бы отвлечься от дурных мыслей. (Р. О'Коннор, 2015)

Вывод. Вышесказанное можно подытожить тем, что большинство специалистов медицинского профиля обязательно ежедневно сталкиваются с большим количеством людей, студенты же постоянно находятся в контакте с людьми, товарищами по учебе, преподавателями и т. д. В связи с этим, методы профилактики эмоционального выгорания необходимы, чтобы поддерживать комфортный темп жизни.

Список литературы

1. Лапина И.А. Эмоциональное выгорание: причины, последствия // Молодой ученый. 2016. №29. С. 331-334.
2. Маслач К., Пайнс Э. Практикум по социальной психологии. СПб. : Питер, 2000. С. 45-50.
3. О'Коннор Р. Психология вредных привычек / пер. с англ. А. Логвинской. М. : Манн, Иванов и Фербер, 2015. 250 с.
4. Усатов И.А. Стрессоустойчивость личности как фактор преодоления стресса // Концепт. 2016. Т. 2. С. 21-25.
5. Холодова И.Н., Зайденварг Г.Е. Стресс: как уменьшить его влияние на качество жизни человека // РМЖ. 2018. № 2. С. 113-117.

УДК 159.9

НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА- КОНСУЛЬТАНТА С КЛИЕНТАМИ, ПЕРЕЖИВАЮЩИМИ КРИЗИС ПОЗДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

Е.А. Югова, Н.Н. Демиденко

Тверской государственный университет, г. Тверь, Россия

Аннотация. Целью работы выступил анализ и обобщение научных исследований относительно кризиса поздней зрелости как завершающего этапа взрослости в контексте данных о возможностях консультирования лиц, переживающих кризис поздней взрослости. Представляется важным осмысление особенностей данного возрастного нормативного кризиса, своеобразия его содержания и динамики протекания с учетом Национального проекта «Здравоохранение», изменения социальных условий и тенденции к продлению возраста выхода на пенсию. В период кризиса поздней взрослости происходит свертывание ранее приобретенных психических образований, преобразование психики и поведения человека, пересмотр временной перспективы жизни, реструктурирование и освоение новой системы отношений к себе и к миру.

Ключевые слова: развитие, возрастной кризис, нормативный кризис, поздняя взрослость, психологические новообразования, эго-иден-

тификация, идентичность, личность, стадии развития, психическое здоровье.

Актуальность. Первым исследователем, предложившим выделить пять ступеней жизненного цикла человека, стала Эльза Френкель-Брун-вик. Опираясь на ее работы, Эрик Эриксон выдвинул восемь ступеней, каждая из которых заканчивается кризисом. Он обозначил и описал три стадии развития взрослого человека: раннюю зрелость (20-25), средний возраст (25-65 лет) и позднюю зрелость (после 65) (Элкинд, 1999).

Основными дилеммами стадии ранней зрелости названы близость и одиночество; среднего возраста – отношение человека к продуктам своего труда и потомству или сосредоточенность на себе; а поздняя зрелость выступает как период интеграции, обретения целостности личности или осознание отсутствия завершенности, неудовлетворенность прожитой жизнью. Э. Эриксон характеризовал критические периоды повышенной сензитивностью (чувствительностью) к определенным внешним или внутренним факторам, влияние которых в эти периоды имеют необратимые последствия.

Дж. Баттерворд и М. Харрис отмечают, что возрастные изменения в физическом, когнитивном и социальном состоянии взрослого человека не столь впечатляющи, как в детском возрасте, но и в этот период отмечены некоторые общие закономерности развития, которые нуждаются в углубленном изучении.

В отечественной литературе возрастной кризис определяется как целостное изменение структуры личности человека, постоянно возникающее при переходе с одного жизненного периода в другой. Неотъемлемой частью возрастного кризиса являются качественные позитивные изменения в психике человека, а результат кризиса — это переход личности на новую ступень развития. Л. С. Выготский выделяет следующие стадии течения кризиса развития в период детства (которые можно обнаружить и в возрастных кризисах взрослых):

1. Предкризис, как стадия возникшего противоречия между средой и отношением человека к ней. Показатели аффективной и когнитивной сфер становятся противоположно направленными, снижается интеллектуальный контроль и повышается чувствительность к окружающему миру.

2. Кризис, как стадия обострения психологических проблем личностного и межличностного характера. Отмечается психологическая лабильность (неустойчивость), снижение познавательной активности и коммуникабельности.

3. Посткризис, стадия установления новообразований психики, разрешения противоречий через образование новой социальной ситуации развития, перестройки себя и своей жизнедеятельности (Выготский, 2004).

А.Н. Леонтьев разделил понятие «кризис» на две составляющие: непосредственно критический период и негативное проявление. Критический период обязательный переход личности с одной стадии психического развития на другую. В случае если процесс протекания кризиса контролировать, то серьезных негативных последствий можно избежать и добиться действенных изменений в жизни человека. Новая деятельность возникает благодаря новому мотиву, побуждающему двигаться к цели (Леонтьев, 2005).

С точки зрения становления зрелой личности, Б.С. Братусь отметил два ключевых этапа: первый (примерно 30 лет) – масштабная переоценка жизненного опыта, выбранного пути, формирование намерения исправить допущенные ошибки, восполнить упущения; второй (в возрасте 55 лет) - характеризуется попытками планировать свою жизнь в предстоящий пенсионный период. По мнению автора, острота переживания кризиса зависит от расхождения между идеальными представлениями по поводу своего будущего, которые формировались в юности, и теми событиями, которые составляют содержание реальной жизни (Братусь, 1988).

Внимание на снижение сексуального напряжения, постепенный отход человека от активной творческой деятельности в возрасте от 55 до 65 обращено в работах Л.Д. Столяренко. Автор также отмечает этот период как время изменения социального положения, пересмотра жизненных планов (Столяренко, 2003).

Автор периодизации профессионального пути Р. Хейвигхерст из шести стадий четыре отнес на период взрослости: приобретение конкретной профессиональной идентичности (от 15 до 25 лет); приобретение конкретного трудового опыта, начало карьеры, установление профессионала (от 25 до 40 лет); работа на благо общества (от 40 до 70 лет); размышления о продуктивном периоде профессиональной деятельности (после 70 лет).

Дж. Ловингер пишет о том, что личность современного взрослого человека не может считаться зрелой и интегрированной, пока она не наделена Я-качеством идентичности. Идентичность обеспечивает Я единством и целью, высокой ценностью индивидуализации личности, идентичность говорит человеку, кто он есть, и как он приспосабливается к взрослому миру (Столин, 1983).

По мнению О.Г. Брима и Л.Р. Шеррода, развитие не рассматривается как ведущее к одному и тому же конечному состоянию, на этапах развития наблюдается межиндивидуальная изменчивость, развитие человека детерминировано множественными социальными и индивидуальными факторам, результатом развития является не только индивидуальность личности как продукт, но и субъект как творец своего собственного развития.

Г. Шихе утверждает, что «каждый переход на следующую ступень развития заставляет человека разрушать соответствующую защитную структуру. Он становится ранимым и чувствительным как эмбрион, но при-

обретает новую защиту и способность постепенно приспосабливаться к окружающим условиям». В своих исследованиях она упоминает четыре изменения, в которых человек переживает изменения в образе жизни в период возрастного кризиса: внутреннее ощущение себя по отношению к другим; чувство безопасности и опасности; восприятие времени; ощущение физического спада. Преодолев кризис, наступает продолжительный период стабильности и относительного спокойствия, обретается чувство равновесия.

В концепции нормативных кризисов развития личности взрослого человека Е.Л. Солдатовой конкретизирована структура нормативных кризисов и разработана динамическая модель нормативного кризиса развития личности во взрослом периоде. Изменения в кризисе происходят от разрушения старой, к произвольному переструктурированию и освоению новой системы отношений к миру и себе. Возрастные новообразования в период взрослости опосредованы задачами следующей возрастной стадии, латентно формируются в предшествующей стадии, проявляются и интериоризируются в периоды нормативных кризисов (Солдатова, 2007).

Автором выделены три фазы нормативного кризиса развития, которые можно наблюдать через новообразования возраста, социальные отношения и форму возрастного развития:

I фаза. Актуализация скрытых ранее отдельных новообразований, произвольное изменение отношений, открытие идеальной формы развития;

II фаза. Субъективация (новообразования переходят во внутренний план, апробируются), принятие ситуации, идеальная форма соотносится с индивидуальными особенностями;

III фаза. Персонализация (присвоение) новообразований, стабилизация социальных отношений и осмысление трансформированных жизненных целей, смыслов (Солдатова, 2007).

Нормативный кризис развития личности понимается автором как процесс проживания личностью кризисного обязательного этапа между возрастными стадиями взрослого периода развития. Новообразованием нормативного кризиса развития личности взрослого человека является достигнутая эго-идентичность, которая является показателем психологической готовности к переходу на новый этап развития.

На основе разработанной Е.Л. Солдатовой концепции эго-идентичности в нормативных кризисах взрослости, И.Ю. Завьялова выделила новообразования поздней зрелости «перехода к пенсионному возрасту (возрасту мудрости)»:

- обретение отстраненности от происходящего, созерцательности, отсутствия жизненных целей, ориентации на прошлое;
- резюмирование прожитой жизни;
- осознание и решение экзистенциальной проблемы конечности бытия;
- перенос энергии на другие формы активности и на новые роли;

– адаптация к физическим изменениям (Завьялова, 2012).

В исследованиях М. Д. Александровой, Н. Х. Александровой, Л. И. Анцыферовой, К. Рошак отмечается необходимость выбора «стратегии старения», или способа жизни, позволяющего поддерживать не только свои физические и интеллектуальные возможности, но и самоуважение и позитивный образ Я (Мещерякова, 2017).

В период поздней зрелости, по мнению, Г.П. Белоконова и А.В. Федосенковой происходит смещение понимания распределения жизни с будущего («мой лучший проект впереди») к прошлому («лучшие проекты реализованы, сейчас необходимо сохранять и максимально пользоваться результатами»). Изменение временной перспективы ведет к переоценке прошлого и настоящего, повышению их значимости, ценности, воспроизводству и транслированию форм деятельности, которые уже были реализованы, удержанию сложившегося образа жизни, профессиональной репутации.

Н.Н. Демиденко актуализирует вопрос об обоснованности системы психологического сопровождения субъекта труда на всех этапах профессионализации, раскрывает возможности психологической поддержки и психологического просвещения в процессе трансформации профессионально-личностного смысла труда, в том числе при организации дополнительных образовательных программ, направленных на профессионально-личностное развитие (Демиденко, 2013).

Авторы выделяют несколько вариантов соотношения психологического и хронологического возрастов: опережение, отставание, адекватность. От указанного соотношения во многом зависит эмоциональное состояние и образ жизни человека, так если психологический возраст опережает календарный (человек достиг всех своих целей и у него нет перспектив для дальнейшего развития) - человек испытывает преждевременное психологическое старение. И наоборот, если психологический возраст отстает от календарного, мы наблюдаем инфантильное отношение к жизни, зависимость от опекающих близких людей, сложности в принятии самостоятельных решений и ответственности (Белоконов, Федосенков, 2005).

Р. Пекк установил четыре «под кризиса» поздней зрелости, требующих неперемного разрешения:

1. Развитие у человека любви и уважения к мудрости;

2. Поступится «сексуализацией» в пользу социализации межличност
Развитие эмоциональной гибкости, способствующей улучшению эффективности в различном виде;

4. Поиск замены старым формам поведения (Котов, 2018).

Исследователи психологии возрастных кризисов Г. Крайг, К.Н. Поливанова, В.И. Слободчиков отмечают, что не все взрослые достигают одинаковых успехов или устраивают жизнь по единому образцу. Э. Фромм называет жизнь «авантюрой саморазвития», подчеркивая, что человек

бесконечно вновь и вновь сотворяет себя, свои способности и экзистенциальные потенции (Сапогова, 2012).

Кризис поздней взрослости является завершением взрослости как самой продолжительной и насыщенной стадии развития человека, в этот период теряются незыблемые десятилетиями ориентиры, человек переживает период растерянности, поиска себя, новых целей и ресурсов. Кризис выступает периодом принятия прогрессивных или регрессивных решений, и человек продолжает двигаться в будущее вне зависимости от сделанного выбора, но стяжая его последствия.

Оказание психологической помощи лицам, проходящим различные фазы кризиса поздней взрослости, возможно с целью предоставления информации о специфике и динамике самого кризиса, возможности совершения активного или пассивного выбора, принятия осознанных и бессознательных решений. На основании проведенного анализа научных исследований, можем выделить основные направления психологического консультирования лиц, переживающих кризис взрослости. Выделенные направления психологического консультирования можно продемонстрировать с помощью круговой схемы (рис. 1).



Рис. 1. Круговая схема направлений психологического консультирования лиц, переживающих кризис взрослости

Таким образом, в направлении «Адаптация к физическим изменениям» проводится работа по принятию естественного снижения психофизиологических возможностей организма, построению планов по поддержанию здорового образа жизни с учетом состояния здоровья и рекомендаций медицинских специалистов.

Следующее направление «Стабилизация эмоциональной сферы» направлено на работу с повышенной сензитивностью (чувствительностью) к внешним или внутренним факторам в наблюдаемый период, коррекции эмоционального состояния, снижению тревожности.

Направление «Переориентация в социальных отношениях» посвящено работе по стабилизации внутреннего ощущения себя по отношению к другим, повышению коммуникативных способностей, эмоциональной гибкости в целях решения проблем личностного и межличностного характера.

Направление «Пересмотр жизненных планов» включает в себя поиск новых смыслов, целей, а также ресурсов (в том числе получения необходимых дополнительных знаний и навыков), способа жизни и формирования «стратегии старения».

Считаем целесообразным выделение «Интегрирующего направления», которое представляет собой работу, направленную на присвоение новообразований возраста, самоуважения и формирование позитивного образа Я, переструктурированию системы отношений к миру и себе с учетом ранее завершенных направлений работы, обретение целостности личности.

Вывод. Таким образом, с точки зрения организации работы психолога с лицами, переживающими кризис поздней взрослости можно выделить основные направления работы: адаптация к физическим изменениям, стабилизация эмоциональной сферы, переориентация в социальных отношениях, пересмотр жизненных планов и интегрирующее направление. К вспомогательным формам решения проблем, возникающих у лиц, переживающих кризис поздней взрослости, можно отнести: психологическое просвещение, групповые встречи для облегчения протекания процесса изменения психики человека в кризисе поздней взрослости и профилактики его неблагоприятных последствий.

Список литературы

1. Белоконев Г.П., Федосеенков А.В. Педагогическая культура в высшей школе: учеб. пособие. Ростов-на-Дону: Рост. гос. строит. ун-т, 2005. 60 с.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. М. : Мысль, 1988. 301 с.
3. Буторин Г.Г., Долгова В.И. Стабильность и кризисные периоды зрелости в работах отечественных психологов // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2016. № 4. С. 116-120.
4. Выготский Л.С. Психология развития человека. М., 2004. 411 с.
5. Демиденко Н.Н. Методологические основания исследования психики субъекта труда: анализ состояния проблемы // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. 2009. № 4. С. 55-62.

6. Демиденко Н.Н. Психология модернизации высшей школы: субъект, мотивация, труд : монография : электронное издание, не имеющее бумажного аналога. Тверь : ТвГУ, 2013. Электрон. опт. диск (CD-ROM).
7. Завьялова И.Ю. Психологический анализ развития личности в нормативном кризисе поздней зрелости // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2012. № 19 (278). С. 110-112.
8. Ермолаева М.В. Особенности и средства развития эмоциональной сферы дошкольников : учебное пособие. Москва; Воронеж, 2008. 376 с.
9. Котов Н.Р. Понимание счастья в периоде зрелости человека // Аллея науки. 2018. Т. 3, № 4 (20). С. 529-533.
10. Мещерякова Д.Н. К вопросу о возрастных особенностях зрелости // Вестник экспериментального образования. 2017. № 4 (13). С. 61-66.
11. Леонтьев А.А., Леонтьев Д.А., Соколова Е.Е. Алексей Николаевич Леонтьев: деятельность, сознание, личность. М. : Смысл, 2005. 352 с.
12. Сапогова Е.Е. Экзистенциально-психологический анализ старости // Культурно-историческая психология. 2011. Т. 7, № 3. С. 75-81.
13. Солдатова Е.Л. Нормативные кризисы развития личности взрослого человека автореф. дис. ... д-ра психол. наук. Екатеринбург, 2007. 43 с.
14. Столин В.В. Самосознание личности. М. : Изд-во Московского ун-та, 1983. 284 с.
15. Столяренко Л.Д. Основы психологии: учебное пособие для вузов. Ростов н/Д. : Феникс, 2003. 672 с.
16. Элкин Д. Эрик Эриксон и восемь стадий человеческой жизни // Д. Я. Райгородский. Психология личности. Самара: Бахрах, 1999. С. 297–304.

УДК 159.99

ИЗУЧЕНИЕ ПРОКРАСТИНАЦИИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

И.О. Южакова, Н.В. Басалаева

*Лесосибирский педагогический институт – филиал Сибирского федерального
университета, г. Лесосибирск, Россия*

Аннотация. В статье проанализирована проблема прокрастинарования личности. Прокрастинация – новое направление психологической науки, которое приобретает все большее распространение среди всего населения. Прокрастинация – это добровольное, иррациональное откладывание намеченных действий, невзирая на то, что это дорого обойдется или вызовет негативный эффект для личности. Прокрастинация проявляется в различных аспектах и может выступать как черта личности, как ситуативная характеристика или же, как устойчивая диспозиция. Неоднозначный феномен современности – прокрастинация становится проблемой всего общества в целом, но в наибольшей степени ей подвержены молодые люди старшего подросткового, юношеского и студенческого

возраста. Широкая распространенность феномена прокрастинации в студенческой популяции и рассмотрение его в негативном ключе диктует необходимость изучения данной психологической проблемы, так как по мере взросления человека уровень прокрастинации возрастает и оказывает огромное влияние на успешность человека. В статье выделены виды прокрастинации, среди которых выделяют прокрастинацию в принятии решений, невротическую, компульсивную, академическую и повседневную прокрастинацию. Также описаны особенности прокрастинации в подростковом и юношеском возрастах: протест (прокрастинация часто выступает формой скрытого протеста подростка, и зачастую остается таковой для человека любого возраста); промедление и откладывание значимых деятельностей; откладывание дела, которое привязано к каким-либо временным рамкам или срокам; осознанность процесса откладывания; иррациональность субъекта прокрастинирования (прокрастинатор заранее знает о негативных следствиях откладывания и о ближайших отрицательных последствиях и проблемах, которые возникнут в результате откладывания); страх перед достижением успеха (страх перед осознаваемыми субъектом негативными следствиями прокрастинирования оказывает на него парализующее воздействие и заставляет оттягивать начало деятельности снова и снова); субъективное ощущение внутреннего дискомфорта и негативные эмоциональные переживания; гиперчувствительность к оценкам авторитарных фигур (прокрастинаторы отличаются гиперчувствительностью к любым оценкам авторитарных фигур и всячески стараются оттянуть выполнение поставленной задачи и последующем отчете о ее выполнении). Представлены результаты исследования прокрастинации в студенческой среде. Показано, что распространенность прокрастинации среди студентов достигает 87 %.

Ключевые слова: прокрастинация, особенности прокрастинации, студенты.

Актуальность. Прокрастинация – новое направление психологической науки, которое приобретает все большее распространение среди всего населения. Прокрастинация проявляется в различных аспектах и может выступать как черта личности, как ситуативная характеристика или же, как устойчивая диспозиция. Неоднозначный феномен современности – прокрастинация становится проблемой всего общества в целом, но в наибольшей степени ей подвержены молодые люди старшего подросткового, юношеского и студенческого возраста. Широкая распространенность феномена прокрастинации в студенческой популяции и рассмотрение его в негативном ключе диктует необходимость изучения данной психологической проблемы, так как по мере взросления человека уровень прокрастинации возрастает и оказывает огромное влияние на успешность человека.

Постановка проблемы. Современные исследования показывают, что 85% испытуемых отвечают положительно на вопросы об оттягивании задач. Этот факт говорит о том, что прокрастинация является первостепенной проблемой для студентов (Мохова, 2013).

Изучением феномена прокрастинации заинтересовались в 80 гг. XX столетия. В 1977 г. в работе «Прокрастинация в жизни человека» П. Рингенбахом введен в научный оборот термин «прокрастинация». В том же году А. Эллис и В. Кнаус публикуют данные исследования «Преодоление прокрастинации», в основу которого положены клинические наблюдения и попытки когнитивного объяснения феномена прокрастинации. Таким образом, проблема прокрастинации становится самостоятельным предметом психологического исследования в трудах зарубежных ученых и начинает привлекать все больше внимания (Чеврениди, 2016).

Существующее множество интерпретаций понятия «прокрастинация», и отсутствие краткого и точного определения данного феномена задает комплексный характер всех исследований прокрастинации.

Понятие «прокрастинация» заимствовано из английского языка: «procrastination» – откладывание, запаздывание, «не начинание» (Зарипова, 2015). По мнению К. Лэй, прокрастинация – это добровольное, иррациональное откладывание намеченных действий, невзирая на то, что это дорого обойдется или возымеет негативный эффект для личности (Lay, 1986). П. Стил описывает прокрастинацию как добровольное откладывание субъектом запланированных дел, несмотря на ожидаемые негативные последствия из-за задержки (Steel, 2007).

В 1983 г. появляется научно-популярная книга авторов Й. Бурка и Л. Юен «Прокрастинация: что это такое и как с ней бороться» (Чеврениди, 2016). Авторы данной работы рассматривают прокрастинацию как негативное явление, приводящее к отрицательным последствиям и сопровождающееся субъективным ощущением внутреннего дискомфорта и негативными эмоциональными переживаниями.

Уже к середине 1980-х гг. начинается разработка диагностируемого прокрастинацию инструментария (General Procrastination Scale, Procrastination Scale, Procrastination Assessment Scale – Students) (Виндекер, 2014).

В 1993 г. Н. Милграм в соавторстве с Дж. Батори и Д. Моурером предложили первую классификацию видов прокрастинации. Зарубежные исследователи выделяют следующие виды прокрастинации: прокрастинация в принятии решений, невротическая прокрастинация, компульсивная прокрастинация, академическая прокрастинация, бытовая или повседневная (ежедневная) прокрастинация (Чеврениди, 2016). Ниже опишем выделенные авторами виды прокрастинации.

1. Прокрастинация в принятии решений. Прокрастинирование личности зависит от важности решений, при этом человек боится принимать вообще какие-либо решения.

2. Невротическая прокрастинация. Прокрастинация данного вида предполагает откладывание жизненно важных решений (выбор профессии, создание семьи и т. д.);

3. Компульсивная прокрастинация. Прокрастинация компульсивного вида объединяет в себе бытовую, поведенческую, и прокрастинацию в принятии решений;

4. Академическая прокрастинация. Прокрастинация данного вида с временным откладыванием значимых для индивида дел или выполнения учебных заданий;

5. Повседневная (ежедневная) или бытовая прокрастинация. В данном случае предполагается откладывание повседневных и бытовых дел, которые должны выполняться регулярно (работа по дому, покупка продуктов, уборка и т. д.).

Особый интерес современных исследований представляет изучение такого вида прокрастинации, как академическая – специфическое явление, наиболее распространенное среди молодежи, особенно в период получения профессионального образования. Существуют мнения, что академическая прокрастинация в студенчестве связана с внешней мотивацией или демотивацией (Зверева, 2015). Кроме того, академическая прокрастинация является самым изученным видом и предполагает отсрочку выполнения учебных заданий (контрольных, курсовых, дипломных работ, подготовки к занятиям), связана с несформированностью учебных навыков, неорганизованностью, забывчивостью и общей поведенческой ригидностью. Основными факторами возникновения такого вида прокрастинации является неуверенность в собственных силах отсутствие навыков эффективного планирования. В результате академического прокрастинирования снижается уровень успешности студентов, формируются задолженности по дисциплинам, что может закончиться отчислением (Зарипова, 2015).

Отечественный исследователь Е.О. Ильин склонен относить прокрастинацию к лени, хотя и определяет ее как склонность к постоянному откладыванию. Поэтому внешнюю схожесть феномена прокрастинации путают с ленью (на уровне внешних признаков), что мешает родителям, педагогам, психологам вовремя распознать данное явление. А между тем формирование и закрепление прокрастинационной формы поведения происходит в подростковом возрасте, а основные особенности феномена проявляются уже с появлением первых тенденций прокрастинационного поведения.

В связи с этим можно выделить ряд особенностей проявления прокрастинации в подростковом и юношеском возрастах:

1. Протест. По мнению Ф.О. Семеновой, прокрастинация часто выступает формой скрытого протеста подростка, и зачастую остается таковой для человека любого возраста. Далее форма скрытого протеста за-

крепляется, переходя в восприятие любой задачи обращенной со стороны общества к прокрастинатору как нарушения границ его психологического пространства. Опыт воспитания в авторитарной семье становится результатом прокрастинационного поведения как практически единственно возможная форма проявления воли ребенка (Семенова, 2015).

2. Промедление и откладывание важных для индивида дел. Прокрастинация – это факт откладывания, промедление, невыполнение значимых деятельностей (Steel, 2007).

3. Откладывание дела, которое привязано к каким-либо временным рамкам или срокам. Прокрастинаторов в данном случае делят на истинных и тех, кто периодически корректирует свои планы. Данные проявления прокрастинации связаны друг с другом следующим образом: во-первых, прокрастинация всегда влечет за собой негативные последствия, во-вторых, подобное откладывание всегда сопровождается негативными переживаниями (чувством вины, тревогой и т.д.) (Steel, 2007).

4. Осознанность процесса откладывания. В этом случае субъектумышленно переносит выполнение задуманного на более поздний срок (Чернышева, 2013).

5. Иррациональность поведения прокрастинатора. Под данной отличительной особенностью подразумевают, что субъект заранее знает о негативных следствиях откладывания и о ближайших отрицательных последствиях и проблемах, которые возникнут в результате откладывания, при этом прокрастинатор старается не задумываться об этом и пускает все на самотек (Варваричева, 2010).

6. Страх перед достижением успеха. Прокрастинаторам свойственно испытывать страх перед достижением успеха и подобные проблемы могут возникать в половой идентификации, а также в психосексуальном развитии. Промедления, в таком случае, возникают от того, что прокрастинаторы отличаются гиперчувствительностью к оценкам авторитарных фигур и всячески стараются оттянуть выполнение поставленной задачи, а также последующий отчет о ее выполнении. Я.И. Варваричева отмечает, что возрастающий страх перед осознаваемыми субъектом негативными следствиями прокрастинации оказывает на него парализующее воздействие, что и заставляет оттягивать начало деятельности снова и снова, тем самым загоняя прокрастинатора в круг создаваемого им «снежного кома» (Варваричева, 2010).

7. Субъективное ощущение внутреннего дискомфорта и негативные эмоциональные переживания. Внутренний дискомфорт вызывают конкретные ситуации откладывания дела на потом, что и является основным критерием различия между собственно прокрастинацией и ленью (Чернышева, 2016).

8. Гиперчувствительность к оценкам авторитарных фигур. Прокрастинаторы отличаются гиперчувствительностью к любым оценкам авто-

ритарных фигур и всячески стараются оттянуть выполнение поставленной задачи и последующем отчете о ее выполнении (Варваричева, 2010).

Таким образом, самыми распространенными особенностями проявления прокрастинации в подростковом и юношеском возрасте являются: скрытый протест; промедление и откладывание важных для индивида дел; откладывание привязанного к каким-либо временным рамкам или срокам дела; осознанность и иррациональность; страх перед достижением успеха; внутренний дискомфорт, негативные эмоциональные переживания и гиперчувствительность к оценкам авторитарных фигур.

Анализ научной литературы по проблеме исследования свидетельствует о широкой распространенности прокрастинации в подростковом и юношеском возрасте, в связи с этим возникает необходимость изучения прокрастинации в данных возрастах. Поэтому мы организовали экспериментальное исследование, направленное на выявление прокрастинационных форм поведения у студентов.

Методы и материалы. Исследование организовано на базе Лесосибирского педагогического института – филиала федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Сибирский федеральный университет» в 2018-2019 учебном году. Выборка исследования представлена студентами факультета педагогики и психологии первого и второго курса очной формы обучения в количестве 30 человек. В качестве диагностического инструментария использована методика «Шкала общей прокрастинации» (автор – С.Н. Lau, адаптация О.С. Виндекер, М.В. Останина).

Результаты исследования. Анализируя результаты исследования по методике «Общая шкала прокрастинации» выявлен очень низкий уровень прокрастинации у 1 человека, что составляет 3,33%, низкий уровень прокрастинации имеют 3 человека (10%), средний уровень прокрастинации показывают 23 человека (76,67%), что характеризует их как личностей, имеющих устойчивые тенденции к прокрастинированию. Высокий уровень выявлен у 1 человека (3,33%) и очень высокий уровень демонстрируют 2 человека (6,67%). Высокий и очень высокий уровень прокрастинации свидетельствует о наличии у опрошенных хронифицированной поведенческой реакции постоянного откладывания дел и принятия решений. Кроме того, люди с очень высоким уровнем прокрастинации склонны занижать свои профессиональные успехи.

Обсуждение результатов. Полученные нами данные свидетельствуют о наличии у преобладающего числа студентов (26 человек) прокрастинационных установок. Таким образом, распространенность прокрастинации в студенческой среде высока и достигает 87 %.

Вывод. Результаты экспериментального исследования показывают наличие у преобладающего числа студентов прокрастинационных установок. Наличие прокрастинационных установок могут существенно сни-

жать адаптивные и профессиональные потенции обучающихся. Из этого следует, что студенты нуждаются в психолого-педагогическом сопровождении в условиях вуза. Мы считаем, что проблему прокрастинации у студентов в условиях высшего образования можно решить посредством комплексной, систематической работы по профилактике и коррекции прокрастинационного поведения. В связи с этим возникает необходимость разработки комплексного методического материала по сопровождению образовательного процесса студентов-прокрастинаторов.

Список литературы

1. Варваричева Я.И. Феномен прокрастинации: проблемы и перспективы исследования // Вопросы психологии. 2010. № 3. С. 121-131.
2. Виндекер О.С., Останина М.В. Формальный и содержательный анализ шкалы общей прокрастинации С.Н. Lay (на примере студенческой выборки) // Актуальные проблемы психологического знания. 2014. № 1. С. 116-126.
3. Зарипова Т.В., Данилова Н.А. Взаимосвязь академической прокрастинации и учебной мотивации студента // Омский научный вестник. 2015. № 4 (141). С. 122-126.
4. Зверева М.В. Адаптация опросника PASS на российской популяции в исследовании прокрастинации как формы аутоагрессивного поведения // Молодые ученые – столичному образованию : Материалы XIII Городской науч.-практ. конф. с международным участием. М., 2014. С. 175-177.
5. Мохова С.Б., Неврюев А.Н. Психологические корреляты общей и академической прокрастинации у студентов // Вопросы психологии. 2013. № 1. С. 24-35.
6. Никулина О.М. Роль прокрастинации в реализации обязанностей родителей по воспитанию детей // Роль прокрастинации в процессе самоопределения молодежи: сборник научных статей. Саратов : Саратовский источник, 2015. С. 66-68.
7. Семенова Ф.О., Узденова А.М. Влияние прокрастинации на развитие исполнительской деятельности в подростковом возрасте // Научный журнал КубГАУ. 2012. № 83 (09). С. 1-10.
8. Чеврениди А.А. Обзор исследований феномена прокрастинации в исторической ретроспективе // Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина. 2016. № 4-1. С. 16-25.
9. Чернышева Н.А. Прокрастинация: актуальное состояние проблемы и перспективы изучения // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Серия № 1. Психологические и педагогические науки. 2016. № 1. С. 17-26.
10. Lay С.Н. At last, my research article on procrastination // Journal of Research in Personality. 1986. Vol. 20, № 4-1. P. 474-495.
11. Steel P. The nature of procrastination: a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure // Psychological Bulletin. 2007. № 1. P. 65-94.

Подписано в печать 21.12.2019 г.
Бумага офс. 80 г/м².
Усл. печ. л. 32. Тираж 20 экз. Заказ № 213.

Отпечатано в ООО «Версо».
660079, г. Красноярск, ул. А. Матросова, 30к.
Тел.: 235-04-89, 235-05-89, e-mail: versona24@yandex.ru