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

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Материалы Международной научно-практической конференции
(г. Красноярск, 28-29 ноября 2014 года)

КРАСНОЯРСК
2014

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

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

**Материалы Международной
научно-практической конференции
(г. Красноярск, 28-29 ноября 2014 года)**

Красноярск
2014

УДК 616.89
ББК 88.46
П 86

Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы Междунар. науч.-практ. конф. / Гл. ред. И.О. Логинова. – Красноярск: Версо, 2014. – 616 с.

Редакционная коллегия:

И.О. Логинова – главный редактор,

О.В. Волкова – редактор,

С.М. Колкова – редактор,

Е.И. Стоянова – редактор,

Н.Н. Вишнякова – технический редактор

Сборник материалов Международной научно-практической конференции «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» содержит статьи зарубежных (Белоруссия, Израиль, Казахстан, Литва, Польша, Япония) 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.

© КрасГМУ, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. **ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ** 10

Fatigue level and rehabilitation models among boys and girls diagnosed with autism
Julija Andrejeva, Ivonyte Rita 10

Play therapy with a chronically ill child
lubov Moshinsky 15

A new type of action disorganisation syndrome following right frontal lobe damage
Chiharu Niki, Takashi Maruyama, Yoshihiro Muragaki, Takatsune Kumada 21

The social worker's experiences in work with a difficult ('intolerable') client
Katarzyna Pawełek 25

The basic compounds and core mechanisms of learned helplessness formation among the children having weak somatic health in the process of ontogenetic development
Olesya Volkova, Julija Andrejeva 34

Psychological aspects of rehabilitation for patients diagnosed with glioma
Olesya Volkova, Mikhail Chernov 46

Взаимодействие ДОУ и семьи в воспитании здорового ребенка
А.А. Гаврилович 52

Избранные особенности личности в контексте проблемы совладания с переживаниями и стрессом, а также выбора адекватных копинг-стратегий
А.В. Даниленко 58

Некоторые особенности качества жизни избранного контингента студенческой молодежи
А.В. Даниленко 68

Дефицитарные психические состояния в структуре субъективной локализации контроля личности государственных служащих
С.Э. Ковалёв, М.Г. Ишенгельдиева 78

Социологическая парадигма в современных дискурсах здоровья
Мариан Мартинковский 89

Психологические аспекты сохранения профессионального здоровья руководителя
А.Р. Рафикова 98

Взаимосвязь точности перцептивных действий подростков с предметами вариативной формы и их представлений о здоровом образе жизни
А.В. Северин 104

Раздел 2. **ЗДОРОВЬЕ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЧЕЛОВЕКА** 111

Жизнестойкость и внутриличностный конфликт как ресурсные возможности сохранения психологического здоровья человека
Т.Ю. Артюхова 111

Психологическое благополучие как один из показателей психологического здоровья личности
А.Ю. Будаева, О.А. Халифаева 120

Внутренний конфликт как фактор риска возникновения психосоматических заболеваний
Н.Н. Вишнякова, И.О. Кононенко 127

Эффективные копинг-стратегии как жизненный ресурс
Ж.Г. Дусказиева, М.А. Лисняк 134

Открытость внутреннего мира как один из показателей психологического здоровья человека
Т.А. Климонтова, А.П. Кожевина 141

Устойчивость жизненного мира человека как показатель психологического здоровья
И.О. Логинова 148

Развитие личностного потенциала человека как условие сохранения его психологического здоровья
М.А. Мартынова 156

Конфликтная компетентность в общении как ресурс психического здоровья
Т.В. Скутина 165

Интернальность и оптимизм как значимые факторы сохранения профессионального здоровья фармацевтических работников
Н.Д. Узлов 171

Раздел 3. **ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ** 179

Педагогическое просвещение родителей – необходимое условие эффективной работы по воспитанию здорового дошкольника
В.Л. Богатенкова 179

Изучение психологических факторов, способствующих профилактике маститов у женщин в послеродовом периоде
А.Н. Васина 189

Формирование я-физического студентов специальных медицинских групп в процессе физического воспитания
О.Ю. Вербина, Г.Г. Вербина 197

Субъективность сложного феномена боли и патологии ощущений в клинической картине хронических соматоформных расстройств
А.С. Дорожкин, Д.В. Китаев 203

Психические состояния старшеклассников с различной формой интеллектуальной одаренности
С.В. Дубровина 209

Влияние комплексной психологической реабилитации на эмоциональную сферу пациентов острого периода инсульта в системе мультидисциплинарного подхода
Е.В. Ипполитова, И.В. Ведерникова 216

Психологический тренинг как средство профилактики наркотической зависимости у подростков
Т.В. Казакова 219

Особенности эмоционального состояния детей с хроническими заболеваниями
С.М. Колкова 226

Телесный образ «Я» у пациентов с психосоматическим диагнозом и программа его коррекции
И.О Кононенко, Н.Н. Вишнякова, Г.В. Сенченко 233

Технология социально-психолого-педагогического сопровождения семьи с детьми раннего возраста
Ю.Н. Косарева, Г.В. Сенченко 240

Профилактика здорового образа жизни в практике американских ученых (на основе открытых лекций профессора Университета Эмори Ральфа ДиКлементе (Dr. Ralph DiClemente, Emory University, USA)
Е.М. Кропанева 246

Место психологической помощи в системе охраны здоровья медицинского персонала КГБУЗ «Родильный дом № 4»
И.А. Маклакова, М.А. Лисняк 253

Компоненты психологического здоровья старших подростков
М.С. Максакова 259

Здоровьесбережение на этапе адаптации студентов к обучению в вузе
О.А. Молокова 268

Индивидуально-психологические особенности развития детей с синдромом Дауна
О.П. Мурзина, Г.Г. Вербина 275

Формирование у дошкольников ценностного отношения к здоровому образу жизни в процессе физического воспитания
Т.Г. Пичугина 285

Создание психологически безопасной образовательной среды в ДОУ
М.В. Погодаева, А.А. Шеметова 291

Роль Интернета в формировании экстремистского поведения у подростков и молодежи
Е.В. Потапова, К.С. Калиновская 296

Особенности актуальных эмоционально-негативных состояний, базисных убеждений и раннего микросоциального опыта у больных гипертонической болезнью
В.Г. Рагозинская 303

Необходимость медико-психолого-педагогического сопровождения детей, страдающих хроническими запорами, и их семей
Н.А. Русина, П.С. Свешникова 311

Сопровождение становления личности детей-сирот раннего возраста методами арт-терапии
Г.В. Сенченко, Н.Н. Вишнякова, Л.В. Тутынина 318

Субъективное качество выбора у студентов разных специальностей (направлений подготовки) как показатель психологического здоровья
Е.И. Стоянова, Ю.В. Живаева 324

Арт-технологии как форма сохранения психического здоровья личности через самовыражение и реализацию высших потребностей личности
С.А. Томилова 327

Психолого-педагогические аспекты здоровьесберегающей деятельности в дошкольном образовательном учреждении
Л.А. Уланова 336

Основные принципы создания и ведения групп поддержки созависимых
А.Н. Урбан 342

Образ мира у лиц с онкологическими заболеваниями
В.Б. Чупина, В.В. Мартоян 350

Активизация жизненного ресурса онкологических больных в условиях трудной жизненной ситуации в процессе тренинга
В.Б. Чупина, Н.Е. Степнова 355

Формирование привычки к здоровому образу жизни у детей дошкольного возраста
Н.В. Швалова 365

Оздоровительная работа в ДОУ через здоровьесохраняющие технологии и здоровьеукрепляющие приемы в воспитательно-образовательном процессе
Л.И. Шевченко 371

***Раздел 4.* КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ** 377

Допплерографическая оценка церебрального кровотока у больных параноидной шизофренией
М.А. Березовская 377

Фрустрационные факторы аутоагрессивного поведения ВИЧ-инфицированных больных опийной наркоманией в условиях социальной изоляции
М.А. Березовская, Т.В. Коробицина, Е.Г. Находкин 378

Школа для родственников психически больных в Красноярске
М.А. Березовская, Ю.И. Шишкина 381

Влияние коморбидной соматической патологии на церебральную гемодинамику у женщин, страдающих параноидной шизофренией
А.С. Кадачегов, М.А. Березовская 383

Психотические расстройства, связанные с употреблением современных синтетических наркотиков
И.В. Максимова, Ю.А. Пичугина, Н.Н. Сергиенко, М.А. Березовская 384

Гемодинамические нарушения у мужчин, страдающих параноидной шизофренией, с отягощенной наследственностью
О.С. Юков, М.А. Березовская 386

***Раздел 5.* РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ** 388

Особенности антиципационной состоятельности как фактора нервно-психической устойчивости у лиц пожилого возраста и у лиц возраста ранней взрослости
А.Н. Анкин 388

Тренинг жизнестойкости как способ повышения уровня толерантности к неопределенности у студентов-психологов
В.И. Балюкина 395

Психологический аспект диагностики и коррекции детских страхов
О.В. Гаврилица 401

Благополучие семьи как фактор развития социального интеллекта у подростков
Д.Р. Галяутдинова 406

Отношение к соматическому здоровью детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста
Н.В. Голева, М.В. Кузьмина 412

Изучение агрессивности детей младшего школьного возраста
Ю.А. Горлова, Т.В. Бель 418

Изучение континиума ригидности-флексибильности у студентов – клинических психологов КрасГМУ и психологов, обучающихся в педагогическом вузе
Ю.Д. Жалнерчик 424

Адаптационный потенциал, психологическое благополучие, психологическое здоровье личности: многогранность и многоаспектность понятий
А.А. Замятина 428

Тренинг как средство формирования компонентов жизнестойкости у людей, имеющих диагноз «туберкулез»
Н.А. Золотарева 435

Социальный интеллект как черта, определяющая успешность социального взаимодействия подростков
А.В. Измайлова 440

Социально-педагогическое сопровождение студентов-первокурсников в период адаптации к условиям вуза: теоретический аспект
Т.В. Карабутина 448

Исследование проявлений насилия и жестокого обращения в семьях подростков
К.В. Каркунова 454

Применение прогрессивной мышечной релаксации по Э. Джекобсону как практика сохранения психологического здоровья
О.А. Конокпоева 460

Базисные убеждения женщины как личностный фактор формирования ее психологической готовности к материнству: постановка проблемы
Н.С. Коробова 468

Применение техник музыкотерапии студентами в период сессии для управления эмоциональными состояниями
А.А. Логинова, М.А. Мартынова 474

Особенности волевой сферы у детей старшего школьного возраста с феноменом выученной беспомощности
М.К. Лукьянова, Ю.В. Морозова 480

Нравственная сфера личности дошкольника при родительских типах материнского отношения
Л.И. Марченко 486

Теоретический аспект изучения девиантного поведения: причины, условия и факторы
К.А. Онянова 492

Основные теоретические подходы к понятию агрессивности и агрессии
К.В. Островская 498

Теоретический аспект изучения проблем тревожности в отечественной и зарубежной психологии
Т.Ю. Павличенко 506

Характеристики социокультурной идентичности студентов, обучающихся в малом городе и мегаполисе
Т.И. Пахирка 511

Специфика деятельности социального педагога по профилактике девиантного поведения у подростков
Т.С. Распуткина 515

Взаимосвязь учебно-профессиональной мотивации и смысложизненных ориентаций студентов разной формы обучения
И.В. Родичкина 521

Тренинг как средство формирования компонентов психологического благополучия у людей, находящихся на учете в онкологическом диспансере
М.И. Романова 527

Метод sand-art и его применение в коррекции эмоциональной сферы
Ю.В. Сидельникова 531

Позитивная этническая идентичность как условие психологического благополучия личности и ее взаимодействия в поликультурном обществе
Д.Д. Сидоренко 537

Исследование профессиональной направленности слушателей ММА КрасГМУ
Ю.М. Смирнова 550

Активный отдых как профилактика депрессии
Ю.М. Смирнова 555

Исследование акцентуаций характера у мужчин и женщин с онкологическими заболеваниями
Ю.М. Смирнова 562

Феномен часто болеющего ребенка: социально-психологические причины и решения
Я.И. Спасская 567

Теоретический аспект изучения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью: причины, механизмы
Е.В. Ткачева 572

Рекомендации для педагогов по профилактике возникновения синдрома эмоционального выгорания
А.В. Туговикова 578

Отражение психоаналитической концепции Х. Кохута в художественном фильме И. Бергмана «Персона»
М.Г. Ханова 586

Диагностика эмоционального состояния мальчиков 11-13 лет, находящихся в психоневрологическом диспансере, с помощью проективной методики «нарисуй человека» Карен Маховер
П.А. Черномурова, Е.В. Терехова 591

Особенности волевой сферы у детей младшего школьного возраста с ослабленным здоровьем
А.Л. Черноус, Д.Г. Косян 595

Диагностика перфекционизма у юношей и девушек
А.А. Шалабанова 601

Феномен «дежа вю»: современные представления и связь с межполушарной асимметрией головного мозга
Х.А. Шарабарина 609

Раздел 1

ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

FATIGUE LEVEL AND REHABILITATION MODELS AMONG BOYS AND GIRLS DIAGNOSED WITH AUTISM

Julija Andrejeva, Ivonyte Rita

Klaipeda University, Lithuania

The number of young children who demonstrate challenging behaviours has been increasing in recent years (Feil & Becker, 1993, Webster-Stratton, 1997). No single factor has been identified to explain the cause of emotional/behavioural disorders, researchers have suggested that both developmental (e.g., social competence problems, delayed communication abilities) and environmental risk factors (e.g., family stress, poverty, maternal health, inadequate parenting skills) are associated with the development of emotional/behavioural disorders in young children (Hester & Kaiser, 1998). Specifically, when compared to individuals without Autism Spectrum Disorders, individuals with Autism Spectrum Disorders are more likely to have difficulties with balance, postural stability, gait, joint flexibility, and movement speed (Jansiewics et al., 2006). Fatigue is defined as an overwhelming sense of tiredness, a lack of energy and a frequent feeling of exhaustion (Herlofson K., Larsen J.P., 2002) Commonly distinguished according to mental and physical forms, fatigue is oftentimes a disabling symptom found in a variety of medical and neurologic disorders (Chaudhuri A., Behan P.O., 2004).

Autism spectrum disorder (ASD) is a pervasive developmental disorder characterized by deficits in social skills, communication and repetitive or restricted interests (American Psychological Association [APA], 1994). For school-aged children with ASD programs and services are focused on core impairments, which are part of the diagnostic criteria, deficits in social communication skills, and often packaged as a “social skills” program. Social communicative deficits for children with autism range in nature, however more generally these children experience difficulties in reciprocal social communication, initiating social interactions and verbal (i.e., language) and nonverbal communication (i.e., eye contact and gestures). (McDonald M., 2013). The term fatigue can be defined as an overwhelming sense of

tiredness, lack of energy and, often, a feeling of total exhaustion (Herlofson & Larsen, 2002). While burnout has a stronger psychological background, prolonged fatigue is more related to a physical problem (Leone et al., 2010). DAT is a type of animal-assisted therapy that claims to help those who are physically and mentally ill and disabled as well as adults and children with various psychopathologies. Therapy generally involves the patient swimming and playing with dolphins in captivity-over several sessions while working on tasks such as hand-eye coordination or various verbal response targets. It is a highly attractive form of therapy due to the dolphins being well-liked, exotic animals (Marino L. & Lilienfild S.O., 2007).

More than 2,000 research papers have reported beneficial effects of qigong on physiological systems (Sancier, 2007). A review of Western manual and massage interventions (Baranek, 2002) indicated that there is no single therapy that reliably diminishes the sensory impairments for children with autism. The Cignolini methodology is a Medical Qigong massage methodology based on the theory of Chinese medicine deriving from an understanding of pathology and treatment in terms of energy flow, channels, organs and the transmission of information internally and externally with the environment (Cignolini, 2002). According to this model, treatment aims at removing the impairment to the flow of Qi in and out of the orifices by Qigong massage of channels involved in clearing the brain and senses (Silva & Cignolini, 2005).

Aim of the research was to assess fatigue level among school age children diagnosed with autism.

The tasks of the research were defined as follows. To analyze work effectiveness for children with autism, to analyze the level of adaptability, to analyze psychological stability level. Thus to review literature sources concerning children diagnosed with autism dolphin therapy effectiveness. A Qigong massage ability as rehabilitation methods for children's diagnosed with autism.

Research was organized and performed in 2014 March at Klaipeda school for children with disabilities 'Svetliachok". Research group consisted of 8 children. 4 boys, age (13±2.31) and 4 girls (17±1.63) diagnosed with middle severity level of autism. Fatigue level work effectiveness, level of adaptability and psychological stability level among research group was assessed by Schulte Table. The main indicator - runtime, as well as the number of errors, separately for each table. According to the results of runtime for each table a curved line of fatigue line is drawn, from which is obvious to make a conclusion about attention, work efficiency and psychological stability level for research subjects. Schulte table – is a sheet of paper on which a squares are drawn, the size of each field is 1 cm (5x5). The field is partitioned into cells 25 in which fit

the random number from 1 to 25. Research subject is asked to solve 5 tables-the numbers should be solved by ascending order. The subject is asked to place numbers in an order as fast as he can. Time measured in seconds (Гальперин П.Я., Кабылицкая С.Л., 1995).

The results of the research demonstrated that fatigue level for girls was higher than the boys. Work effectiveness measured in seconds was better for boys than for girls. Level of adaptability for boys was more stable than the girls one thus psychological stability level for boys was higher than the girls one.

Also the results of the research showed that fatigue level for girls diagnosed with autism was higher than the boys, girls (101±33.4), boys (66±17.6) sec, $p<0.05$, the difference after first table was statistically significant. After second table, the fatigue level rates had a tendency to increase for the boys and for the girls but the results were not statistically significant. In the third table the fatigue rate had a tendency for a further increase and it level was statistically significant higher for girls (108±37.5) sec., boys (71±21.9) sec., $p<0.05$. After fourth table the fatigue level was similar was similar for the boys and for the girls (68±22.2) sec. After fifth and last table the fatigue level rate was higher for the girls, remaining the tendency of increase, for the girls (83±26.11) sec., boys (75±29.5) sec., the difference was not statistically significant, $p>0.05$.

Work effectiveness measured in seconds was better for the boys. Moreover, for the girls it was 93 sec., for the boys – 71 sec.

Concerning the level of adaptability the research demonstrated that boys had 0,90; girls – 1,1 (Norma of Ratio: 1,0). The boys in the research group according the results of the research have a better level of adaptability to a selected work.

Tests of psychological stability level demonstrated, that boys had – 0,93; girls – 0,75 (Norma of Ratio: 1,0). So, the level of adaptability was better for the boys in the research group.

The results of the research showed that the fatigue plays one of the important roles in a task completion success for children diagnosed with autism. Our research subject had a high motivation to complete task and got a clear instructions to perform test. Our research showed that fatigue was gender dependent. Boys showed lower level of fatigue than the girls did. From one side fatigue can be explained from the physical aspect. It is now accepted that exercise-induced fatigue can be caused by a variety of factors, ranging from the generation of an inadequate motor command in the motor cortex (i.e. neural factors) to factors related to metabolite accumulation or energy supply (i.e. muscular factors) (Bishop D., 2012). The psychological aspect of fatigue is due a psychological motivation and goals set for autism diagnosed child by himself. And then a chronique fatigue syndrome can occur A cognitive

behavioural model of CFS suggests that negative beliefs about consequences of not meeting high standards may be a vulnerability factor for developing persistent and severe fatigue in the context of increased stress and/or illness (Surawy, Hackmann, Hawton, & Sharpe, 1995). A recent review of personality and CFS (chronic fatigue syndrome) (van Geelen, Sinnema, Hermans, & Kuis, 2007) concluded that there was inconsistent evidence for the role of factors, such as perfectionism in the development of CFS.

Work effectiveness in our research subjects as well showed the gender dependency prevalence and boys had a better index of task performance it can be explained by motor stereotypes. Motor stereotypes are patterned, coordinated, repetitive, involuntary movements that appear to be driven and non-functional, except as a form of self-stimulation. These movements can take many forms, including arm flapping, hand waving, finger wiggling, leg shaking, body rocking, and head bobbing. Although motor stereotypes have long been recognized to be common in children with autism, mental retardation, sensory deprivation, and neurodegenerative disorders, it has become increasingly evident that stereotypic movements are common in seemingly normal individuals (Mahone EM., 2004). In fact, it has been estimated that about 20 % of healthy children can exhibit stereotypes (Sallustro F, Atwell CW., 1978). Stereotypic movements have been hypothesized to have a "function" for autistic and mentally retarded persons, such as stress reduction, sensory reinforcement, arousal modulation, communication, protest, or escape. In contrast, biologic mechanisms involving dopamine and the striatum have also been hypothesized. The psychosocial effects of motor stereotypes are variable (Bodfish J.W., et al., 2000).

Dolphin's assisted therapy could be a valuable tool to decrease physical fatigue and to change motor stereotype skills for autism children. As noted by Morrison (Morisson M.L., 2007), for more than 12,000 years, animals and humans have been in therapeutic relationships together. Betsy Johnson was among the first to discover using dolphins as a therapeutic agent with individuals suffering from neurological impairments (Marine Connection, 2009). The grace and beauty of dolphins along with their responsiveness to humans have led therapists and researchers to assess potential therapeutic benefits. According to (Nathanson et al. 1997) the primary purpose of his DAT program is to increase engagement and target behaviours based on the child's individualized program by using dolphins to compliment or assist other, more traditional, treatments. The program focuses on increasing the frequency of target behaviours by using basic-behaviour modification principles in a relatively short-term intensive therapy (Nathanson D.,1998).

Level of adaptability and psychological stability level in our research group was better for boys than for girls. Clinical research describes the widespread presence of sensory impairment in children with autism (Dawson & Watling, 2000). Many different patterns of sensory reactivity have been documented (Dunn, 2006) such that children can be over reactive, under reactive, or have mixed reactivity with some of the senses responding normally. In the special education literature, research suggests that children with higher cognitive function respond better to treatment interventions than do those with lower cognitive function (Arick et al., 2003), as do children with higher adaptive skills (Sparrow, l997). More than 2,000 research papers have reported beneficial effects of qigong on physiological systems (Sancier, 2007). The child's parents can be easily trained to perform the massage on their child, without having to be trained in the full range of Qigong massage. Chinese medicine considers that the parent and the child share the same Qi and have been exchanging it since before birth. The parent-child bond is forged of thousands of touch, voice and feeling interactions and despite the sensory impairments, the child responds more readily to the parent than to anyone else. Likewise, the parent is more than happy to be part of a treatment that can help their child. Because of this, Qigong massage given by the parents becomes very effective even though the parent has no prior experience in Qigong (Shao, 1994). The massage provided daily by the parents makes beneficial use of the parent child bond, and augments the twice-weekly treatment by the physician (Silva L., 2007).

The performed research in the field of autism and the given research results have showed the prevalence of fatigue difference in the gender point of view. Since the fatigue has physical and psychological components, it level can be decreased by choosing a multidimensional rehabilitation model. It physical aspect can be decreased by choosing individual such as dolphin's therapy and psychological aspect by applying corresponding qigong massage therapy sessions.

References

1. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
2. Baranek, G.T. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 32(5), 397-422.
3. Bishop D.J. Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology (2012) 39, 836-841.
4. Bodfish J.W., Symons F.J., Parker D.E., Lewis M.H: Varieties of repetitive behavior in autism: Comparisons to mental retardation. J Autism Dev Disord 2000; 30:237-243.
5. Chaudhuri A., Behan P.O. Fatigue in neurological disorders. The Lancet 2004; 363: 978-988.
6. Dawson, G., & Watling, R. (2000). Interventions to facilitate auditory, visual and motor integration in autism: A review of the evidence. Journal of Autism and Developmental Disorders, 30, 415-421.

7. Hester, P.P., & Kaiser, A.P. (1998). Early intervention for the prevention of conduct disorders: Research issues in early intervention, implementation, and interpretation of treatment outcomes. Behavioral Disorders, 24, 57-65.
8. Jansiewics, E.M., Goldberg, M.C., Newschaffer, C.J., Denekla, M.B., Landa, R., & Mostoffsky, S.H. (2006). Motor signs distinguish children with high functioning autism and Asperger's syndrome from controls. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36, 613-621.
9. Leone, S.S., Wessely, S., Huibers, M.J., Knottnerus, J.A., & Kant, I. (2010). Two sides of the same coin? On the history and phenomenology of chronic fatigue and burnout. Psychology and Health, 1-16.
10. MacDonald Megan. (2013). The Relationship of Motor Skills and Social Communicative Skills in School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder. Adapted Physical Activity Quarterly, 30, 271-282.
11. Mahone E.M, Bridges D, Prahme C., Singer H.S: Repetitive arm and hand movements (complex motor stereotypies) in children. J Pediatr 2004; 145: 391-395.
12. Marino L. and Lilienfeld S. O. (2007). "Dolphin-assisted therapy: more flawed data and more flawed conclusions," Anthrozoos, vol. 20, no. 3, pp. 239-249.
13. Marine Connection: Protecting Dolphins and Whales Worldwide. (n.d.), "Truth about dolphin assisted therapy," 2009, http://www.marineconnection.org/campaigns/captivity dat2006.html.
14. Morrison M.L., "Health benefits of animal-assisted interventions," Complementary Health Practice Review, vol. 12, pp. 51-62, 2007.
15. Nathanson D.E., "Long-term effectiveness of dolphin-assisted therapy for children with severe disabilities," Anthrozoos, vol. 11, no. 1, pp. 22-32, 1998.
16. Sallustro F, Atwell CW: Body rocking, head banging, and head rolling in normal children. J Pediatr 1978; 93: 704-708.
17. Sancier, K. (2007). Qigong and energy medicine database. Los Altos, CA: Qigong Institute.
18. Silva, L. and A. Cignolini. A medical qigong methodology for early intervention in autism spectrum disorder: A case series. American Journal of Chinese Medicine, 33: 315-327, 2005.
19. Silva L. The American Journal of Chinese Medicine, Vol. 35, No. 3 (2007) 393-406.
20. Van Geelen, S.M., Sinnema, G., Hermans, H.J., & Kuis, W. (2007). Personality and chronic fatigue syndrome: Methodological and conceptual issues (Review) (143 references). Clinical Psychology Review, 27, 885-903.
21. Гальперин П.Я., Кабылицкая С.Л.. Методика «Таблицы Шульте» /Альманах психологических тестов. М., 1995, С.112-116.

PLAY THERAPY WITH A CHRONICALLY ILL CHILD

Lubov Moshinsky

Israel

The X family asked for psychological help due to Anton's (5 years) highly aggressive behavior and "strange" fantasies. There are 2 children in the family, Anton (who is 5 years old) and Anna (who is 4 years old). Both parents possess a college degree, the father owns a business.

Anamnesis

Anton was born with several disabilities: an anomaly of the thumbs (the boy has 6 fingers on each hand), a dysfunction of one kidney, development defects of urinary tracts, defect of the penis (a kind of hypospadias), defect of a radius, microphthalmia. Immediately after the birth it was proposed to the parents to renounce the child, but they did not agree. As early as during the first year of the child's life he underwent several surgeries and several medical examinations under general anesthetic. When he was 4 he was diagnosed as suffering from severe hypoplasia and from Fanconi anaemia. A question arose as to whether the child should undergo bone marrow transplantation in order to prevent the formation of malignant neoplasms. The family immigrated to Israel where the boy underwent the bone marrow transplantation; at the moment of the parents' seeking psychological advice Anton was receiving the post-surgery ambulatory treatment.

Reasons for advice seeking

The boy's parents worried about his heightened aggressiveness and riotous fantasy. According to them, the main subject of his games and conversations was war. The usual phrases were "in my war…", "I am the commander", "I have killed everybody" and even: "Mom, when will you kill me?" He had his own story of his life. The story runs that he was born to a lioness and a lion. Ira and Peter (his parents' names) had a son, Anton, who died. Then they went to a family of lions and captured there a lion cub. Now they don't let him go even though he must return to his real family in order to fight with monsters and protect his friends.

The parents did not say straightly but this could be guessed that they worried about their son's mental adequacy.

The diagnostic stage

At this stage we held four meetings in the framework of a dyadic therapy (Ben-Aaron et al, 2005) : (1) father and mother, (2) child and mother, (3) child and father, (4) father and mother. In fact, the motive of war was very strong in Anton's games. But it was obvious that he was able to control the depth of his involvement in the subject; specifically, playing at war took about a third of the whole time of the meeting with the mother, while it took more than two thirds of the meeting with the father. It is significant that the parents did their best to distract Anton from the subject of war. To the question "Does your father help you to fight the monsters?" Anton answered: "No, Daddy doesn't like such games. I fight alone".

The therapy goals

Thus, during the first meetings it became clear that each member of the family (the mother, the father and the child) chooses his own resource that helps

him to cope with permanent stress (Lahad et al., 2012). The child switches for the world of fantasy; he is a warrior and fights against the monsters. In that world of fantasy he can be strong and subdue those who hurt him and try to kill him (the anesthetic certainly seems to him a kind of death, a cessation of being). Moreover, he is a lonely fighter, since neither his father nor his mother wants to fight on his side.

The child's mother is busy with gathering information: she looks for it in the internet, writes down the psychologist's advice, reads articles about psychology and medicine. She allows herself to feel neither tears nor sadness nor desperation. I think it would be pertinent to use here such term as "percepticide"[2]: complete renunciation of feeling.

The father gets absorbed in work. He either works in Moscow where he owns a business, or works on his computer.

Thus, it seemed only logical to try and teach them to understand each other's language. The child should be given an opportunity to derive strength from the cognitive source. He should be told the story of his life. He should be let to understand why he is made to suffer all the time. One must tell him that the goal is to make him grow healthy and happy. On the other hand, the boy has to be taught to use his physical resources. His physical activity must increase. This could be carried out on a playground or in a play room where one usually can find wall bars, trampolines, balls etc.

As to the parents, one must help them to understand the boy's feelings and to join the world of his fantasies – in order to be side by side with him, to uphold him, to cheer him up.

Scenarios of therapy

I chose a scenario of an individual therapy for the boy plus conversations with the mother. This choice was made for several reasons:

1. The father went back to Russia on business for an undetermined time.
2. The mother doesn't have anybody to leave the girl with.
3. The mother's presence could embarrass the boy ("Mom doesn't like it when I play these games"), and thus wouldn't allow him to convey freely the thoughts and anxiety which bother him.

The therapy's process

During the first session Anton actually did not play. For 45 minutes, sitting on a chair, he described his war with the monsters ("Look, they are there, they are on the ceiling"). At the consequent meetings he was absorbed in his war game, lining up soldiers and military vehicles that were ready to defend themselves against the monsters. This military formation always included a hospital tent where, at the height of the battle, Anton used to place the wounded commander. Then he used to take the commander's place. The assortment

of toys included two dragons, one of which lacked a leg, while the other one had wings. Anton decided that the first dragon lost his leg in combat and appointed him a "good" dragon. Sacrificing his arms, legs and head, the dragon fought on Anton's side, but the winged dragon was always turning out to be stronger. At the sixth session Anton gave the dragon to me and said severely: "Don't bring him here any more. He is too frightful".

Work with the mother

I suggested to the mother to try and play with Anton at home according to more or less the same rules that applied to therapy in the clinic (Крафт, Лэндрет, 1995; Лэндрет, 1993; Landreth&Bratton, 2006). But surprises awaited us on the way. When the mother offered to Anton to go with her in order to play together, just two of them, he began to cry and absolutely refused to go with her. Eventually she convinced him, but on his way to the other room he kept asking whether the game would take much time. During the play he was inactive and kept asking when it would stop. I guessed that Anton had got accustomed to the fact that he remained with his mother only when painful treatment was expected, and therefore the prospect of being with her without Anna was interpreted by him as a threat. Furthermore, we decided not to mix therapy with parental relationship. Therefore I subsequently suggested that the mother should spend half an hour with the boy every week, not necessarily playing games so that he could understand that his being alone with his mother is not necessarily the signal of a danger/

I explained to the mother the motives of Anton's games and the role of fantasy at this stage of child development. Gradually, the mother was beginning to understand how difficult it is for Anton to live without knowing why he is being made to suffer so much. She asked for advice as to how to tell the boy the story of his life. Together we discussed about the way this story must be told.

The attempt at a face-to-face explanation

But when we tried to explain the situation to Anton, he reacted in a way that surprised us. But first things first. I asked the mother to come only with Anton, without Anna. Anton went into the play room and resolutely closed the door between him and his mother. From behind the door, the mother complained shyly that the boy didn't let her in. I asked her to remain in the waiting room and tried to find out with the boy why he didn't want his mother to be present. He explained that it was written on the door: "No entrance for parents!" (That was a fantasy of his). I decided to endorse this fantastic reality and said that I had removed the sign plate. Anton answered slyly: "You couldn't have removed it; it is as if it were there".

At the long last he agreed to let the mother in on condition that she would be his daughter, that he would give her tea and punish her. For some time the play went on in that manner, the mother stood obediently in the corner, drank tea, etc.

Then we turned to the story of the boy's coming to the world. I said that there could be different stories and asked him to tell his tale. He told me about the lion and the lioness. I observed that his mother had another story. The mother began telling him how she and his father got married and wanted very much to have children. Then Anton was born. He was an absolutely special boy and he was loved more than anybody else…

At that point Anton had a fit of anger. He was throwing chairs, beating and biting his mother and me. There was no way of warding him off. In the end, when I said that he must choose between calming down and leaving the room, he left me alone and turned to his mother with the same fury. After several minutes he suddenly stopped and said with amazement: "Oh, what happened to me? It seems that I changed into a monster…" He quietly went on playing until the time was up.

An excerpt from the mother's letter

At a certain point I had to leave for three weeks, and that what Ira wrote to me.

Hello Liubov,

It seems to me that we are going through a period of heightened aggressiveness. The reasons are unknown to me; maybe it is because of your absence, or maybe the boy misses his father or something else - for example, we finished taking one medicine that gave the boy a good appetite, and now we are back to square one: he doesn't want to eat. He sorts things out and squabbles all day long…

We saw a psychiatrist who prescribed Anton some medicines subject to consent by an oncologist and a nephrologist. For the time present I do not know whether these doctors will not mind. But as a matter of fact, I am already prepared to give my son these medicines, hoping for the best. But in the psychiatrist's room, when I began to talk about you (since the doctor asked whether we had a psychologist), Tiomka rushed to me, tried to close my mouth, pounded me with his fists, etc. He did it in silence. I asked: "Are you angry with me?", and he said yes. I asked him why, he said "no reason". I asked: "Is it because of what I am saying about Liuba?", and he answered "no", still going on hitting me.

By the way, the psychiatrist asked Anton whether he was having dreams. He answered in the affirmative. The doctor asked what the dreams were about, and Anton said: monsters. "And do you see monsters in real life?" – "No, I don't, I only hear their voices in the streets"…

Going on with the therapy

After I came back from holidays, the play assumed a new character. Anton was beginning our meeting with a volleyball game. I must particularly note his dexterity and the swiftness of his reaction. He often played better than me, and when I did not manage to return the ball, he was saying in a patronizing tone: "Shame on you, you butter fingers!" After the volleyball game he switched to military operations and war against the monsters, but now the key points were differently highlighted: the monsters attacked me and then Anton was coming to my rescue. But I had to shout: "Anton, help me!" Gradually, playing volleyball occupied an increasingly important place, while the aggressiveness receded.

End of therapy

At the beginning of June it became finally clear that the doctors consider the treatment course finished, and the family made all ready for going back to Moscow. In was necessary to conclude the therapy. At that stage it seemed advisable to hold combined meetings with Anton and his mother. The goal was to help the boy to perceive his mother as a substitute agent in the family's new life in Moscow. Three such meetings were held. During the meetings a qualitatively new phenomenon appeared: for the first time Anton touched soft-tip pens. At one meeting he built from them a beautiful many-colored house on a sheet of paper; at the next one he decided to draw with them on a slate. He drew Anna, a house, his mother, his father and finally himself. It must be noted that Anton's mother was extremely amazed: she said that the boy had never drawn before.

At parting Anton made me a present of a wooden casket which he colored and adorned himself. I was deeply touched.

And to sum up the case I would like to cite a letter Ira sent me from Moscow.

Anton's mother sent me the following letter from Moscow:

«Hello Liubov, and thank you for worrying about us.

We are all in order. The flight was all right, the children were enthusiastic about the gifts we bought them in duty free shops. During all the flight they examined them, tried to unbox them etc. We have already been in our home, and now we stay with the kids' grandparents. Anton seems to be more even-tempered both outside and indoors. Maybe it is because everything is still new to him, and he is still getting accustomed to the environment… We have already been to the doctor who will treat us, so everything is all right. Now we are beginning to make ourselves at home…

I will certainly give Anton your regards. By the way, your birthday present (the tilting doll in a green bag) is here, and Anton has already hung it in my car. Thus you will be always with us».

References

1. Крафт А., Лэндрет Г. Родители как психотерапевты. Пер. с англ. М.: Международная педагогическая академия, 1995.
2. Лэндрет Г. Игровая терапия: искусство отношений. Пер. с англ. М.: Международная педагогическая академия, 1994
3. The «BASIC Ph» Model of Coping and Resiliency.Theory, Research and Cross-Cultural Application. Ed.: M. Lahad et al., 2012.
4. Ben-Aaron, M., Harel, J., Kaplan, H., Patt, R. Mother-child Father-child Psychotherapy. WURR publishers, London and Philadelphia. 2005.
5. Landreth, G.L., Bratton, S.C. Child Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10-Session Filial Therapy Model. Routledge, Taylor&Francis Group. New York, London, 2006.

A NEW TYPE OF ACTION DISORGANISATION SYNDROME FOLLOWING RIGHT FRONTAL LOBE DAMAGE

Chiharu Niki[1], Takashi Maruyama[1], Yoshihiro Muragaki[1], Takatsune Kumada[2]

[1]*Tokyo Women's Medical University, Japan*

[2]*Kyoto University, Japan*

Schwartz, Reed, Montgomery, Palmer, & Mayer (1991) proposed the name «action disorganisation syndrome» (ADS) to describe patients who show action errors in familiar sequential tasks such as making a cup of tea and brushing one's teeth. ADS patients showed several kinds of action errors, for example, «place substitution», putting coffee into oatmeal or spooning butter into coffee, although object recognition is adequate, and «step omission», in which action steps necessary to accomplish a goal were not performed, «sequence» in which an action was performed at the wrong time, and «addition» in which action steps were added that were not included by a normal group (Humphreys and Forde, 1998).

Although ADS patients and other patients with frontal lobe damage show a variety of errors related to performing sequential routine tasks, the mechanism for this dysfunction is not well-understood. Humphreys and Forde (1998) suggested that ADS could be caused by impairment of sequential knowledge in «action schemas». Action schemas include routine neuropsychological programs for the control of over-learned skills, which are automatically activated by the visual input of objects used for the action. Humphreys and Forde (1998) investigated whether the action schemas per se were impaired in ADS patients by presenting distractor objects that would evoke competition between the schemas for the target objects and the distractor objects. They predicted that if the content and structure of target schemas were weakly

activated in ADS patients, then the distractor objects would be misused in target action sequences. In their tasks, three distractor objects were presented in addition to the target objects necessary to perform the target sequence. The results showed that although ADS patients made action errors consistent with previous studies without distractor objects, such as omission and substitution, they made no errors involving distractor objects. Humphreys and Forde concluded that since presenting semantic distractor objects did not lead to a new pattern of action errors involving distractor objects, the ADS patients had action schemas that were sufficient to activate the appropriate actions to achieve the subgoals of the target task.

In this study, we investigated the possibility of deficits related to distractor objects in ADS patients. Specifically, we examined whether patients with only right frontal lobe damage could inhibit task-irrelevant action schemas evoked by distractor objects, since there have not been reported that how patiens with only right frontal lobe damage behave in such tasks.

The three patients with right frontal brain tumors (IF, TY and YJ) and two with left frontal brain tumors (ST and KN) participated in the research. IF was a 38-year-old, right-handed office worker, TY was a 57-year-old, right-handed policeman, and YJ was a 65-year-old, right-handed woman. The preoperative MRI of IF, TY and YJ showed an expansive tumour in the right frontal lobe. It was determined that his right hemisphere was nondominant by an amytal test. ST was a 51-year-old, right handed women, and KN was a 34-year-old, right handed office worker. 9 nonclinical control participants matching in age, education, and handedness were also participated.

For the target sequential tasks, we chose eight tasks that are very familiar to a wide range of generations of Japanese. These tasks were: (1) writing a personal history (curriculum vitae), (2) writing a letter, (3) preparing a cup of coffee, (4) preparing a cup of Japanese tea, (5) writing calligraphy, (6) drawing a picture, (7) preparing an envelope for presenting a gift of money, and (8) wrapping a gift. Real objects for the eight tasks were used as stimuli. Each task was used once as a target sequence and once as a distractor sequence.

Participants were seated at a table holding all the objects that were used to perform both the target and distractor sequences. Participants were instructed to perform the target sequence using the objects they wanted to use, and also told that they did not need to use all of the presented objects. The behaviour of each participant was videotaped for later analysis.

One of the authors evaluated the participants' action steps according to criteria made in Niki, Maruyama, Muragaki and Kumada (2009). Action errors were classified into one of the following nine categories, based on Humphreys and Forde's (1998) criteria: (1) Semantic: A semantically-related

object was used instead of a target object, For example, a participant put sugar in the teapot rather than in the cup. Also, a situation where semantically related behaviour was found instead of the conventional behaviour was also classified as a semantic error. For example, a participant wrote another person's name in the place where their own name should be written on an envelope. (2) Incompleteness: The participant did not complete an step, For example, a participant wrote only a postal code without an address on an envelope. (3) Perseveration: Some actions were inappropriately repeated immediately, (4) Repetition: The participant repeated an action inappropriately later in the sequence. For example, after a participant folded a letter and wrote an address on an envelope, if he or she folded the letter again, the last action was counted as a repetition., (5) Omission: Necessary steps were omitted. For example, failing to put a bill into an envelope for presenting a gift of money was counted as an omission., (6) Sequence: A participant failed to follow the conventional order of actions. For example, pouring hot water in the cup before the putting the coffee in was counted as a sequence error., (7) Toying: A participant only lifted an object and then set it down or fiddled with it, (8) Addition: A participant added an action using a target object that was outside the range of actions produced by the control group. For example, a participant wrote a postal code on an envelope for a personal history when the target task was writing a personal history., (9) Distractor: A participant used distractor objects. There were several patterns to this behaviour-using one or two distractor objects individually, or using them as a set. For example, when a participant was asked to make a cup of coffee, the participant also made a cup of Japanese tea.

For all the patients with right frontal lobe tumours, the largest proportion (33-79 %) of error types was "Distractor"(Table 1). Only three distractor errors were made by control participants, and no action errors were found in patients with left frontal lobe tumours. The patients with right frontal lobe tumours made the other action errors that are regarded as typical errors in ADS, but the number was small. There were only two (5 %) omission errors for IF, one (4 %) for TY, and none for YJ. These frequencies are low compared with the results from other ADS patients. Humphreys and Forde (1998) reported that a large proportion of errors were omissions for FK (37 %) and HG (35 %). In our study, IF made some sequence errors (11 %), while TY and YJ made none.

The results of Experiment showed that patients with right frontal lobe damage made action errors, which have not been found in previous studies. Interestingly, many of their action errors using distractor objects were semantically related to the behavioural context of the target tasks. For example, when the target task was "wrapping the gift" and the distractor objects were a set of "calligraphy" items, one of the patients (IF) crumpled

a piece of a plain paper used for calligraphy to fix the gift in the box. Another patient (TY) ground ink and wrote a list for the gift with the writing brush for calligraphy. This type of action error has never been reported in previous studies with ADS patients and was not found in patients with left frontal lobe tumours and the normal control participants in our study.

When presenting target objects as well as distractor objects, action schemas related to distractor objects would also be activated. In patients with left frontal lobe tumours and normal control participants, since the distractor objects were unnecessary to perform the target task, the action schemas related to distractor objects would be inhibited. However, since the inhibitory function was impaired in the patients with right frontal lobe damage, they used the distractor objects.

We also consider that understanding of own situation was impaired in our patients with right frontal lobe damage. For example, YJ prepared a cup of coffee while writing a letter (the letter was a target task, and coffee was a distractor sequence). Although the behaviour using the coffee set items was categorized as an unrelated distractor error, the whole behaviour activity including both the target task and distractor sequence (prepare a cup of coffee while writing a letter) did not deviate from typical everyday activities. However, no normal control participants and patients with left frontal lobe tumours performed like this in Experiment. Patinets with left frontal lobe tumours and control participants could tacitly understand the situation that it was an experiment, and they should only execute the task which was requested. Therefore, we suggest that performing distractor tasks was one of the symptoms of the patients, even though this did not deviate from behaviour in everyday life. A recent study revealed that activity in the right middle frontal gyrus (BA9) was related to context processing (Holmes, MacDonald □, Carter, Barch, Stenger, and Cohen, 2005). This suggests the possibility that the patients in our study are impaired in their ability to implicitly understand how should they behave under this situation. Cognitive deficits in understanding the situation, i.e., they are being tested, might be one of causes for their inability to organise action sequences in the same way as the patients with left frontal lobe tumours and normal control group. Using distractor objects semantically consistent with the context of the target might not emerge only because of impairment of the inhibitory function of objects use, by producing a novel interpretation of the meaning of objects, but also due to an impairment in their understanding of their own situation.

References

1. Holmes, A.J., MacDonald, A.W., Carter, C.S., Barch, D.M., Stenger, V.A., Cohen, J.D. (2005). Prefrontal functioning during context processing in schizophrenia and major depression: an event-related fMRI study. Schizophrenia Research, 76, 199-206.

2. Humphreys, G.W., & Forde, E.M. E. (1998). Disordered action schema and action disorganization syndrome. Cognitive Neuropsychology, 15(6/7/8), 771-811.
3. Niki, C., Maruyama, T., Muragaki, Y., & Kumada, T. (2009). Disinhibition of sequential actions following right frontal lobe damage. Cognitive Neuropsychology, 26(3), 266-285
4. Schwartz, M.F., Reed, E.S., Montgomery, M., Palmer, C., & Mayer, N.H. (1991). The quantitative description of action disorganization after brain damage: A case study. Cognitive Neuropsychology, 8(5), 381-414.

THE SOCIAL WORKER'S EXPERIENCES IN WORK WITH A DIFFICULT ('INTOLERABLE') CLIENT

Katarzyna Pawełek

Adam Mickiewicz University, Poznań, Poland

The article contains information concerning the work of social workers with difficult ('intolerable') clients. The main group of clients were presented of social work in the light of and accordingly to the Polish legislation. It emphasize that using the welfare in Poland is perceived as nothing to be proud of, although there are persons who have made it their 'way of life'. The peculiar status of some of clients breeds social resentment and a general dislike for these persons. They are 'intolerable' client as they evoke strong antipathy on the part of social workers. It is a reason why is difficult to show them warmth, empathy and attention.

In the course of work with difficult clients there appear many problems.

The aim of this paper is to show the selected experiences of a social worker in the field of work with clients. First, I wish to define and portray an average client of social help (ward) in the light of and accordingly to the Polish legislation. In the further course of work I introduce the factors which determine the specificity of social work with difficult clients as seen from the perspective of both: a client and a social worker. The discussion concludes in the analysis of all the considerations.

Clients of social worker in the light of Polish legislation. The client is a person "who has applied for help to the institution of social services in the hope of receiving it, has established that (…) their choice is right and, as a result, has entered into a contract with a social worker" (Garvin & Seabery, 1996, p. 153). The contract, in such a conception, defines the conditions upon which the service may be provided.

The Welfare Act of March 12, 2004 defines social work in art. 6 pt. 12 as "a professional activity aimed at assisting both individuals and whole families in strengthening or regaining the ability to function in society by performing respective social roles and creating conditions conducive to this goal."

The art.7 in the above-mentioned Act specifies that "social help is offered to persons and families" in the case of one (or more) of the following circumstances: poverty, orphan hood, homelessness, unemployment, disability, long-term or/and serious illness, domestic violence; the need to protect the victims of human trafficking; the need to protect motherhood or families with many children; helplessness in performing parental duties and housekeeping, especially in families with single parents or having many children; problems of the youth who leave all-day educational care institutions and find it hard to adjust socially in the new reality; problems with integration of foreigners who have been granted the refugee status or the additional security measures taken up in the Republic of Poland; problems with social adjustment after being released from prison; alcoholism or drug addiction; an act of God or crisis situation; natural or ecological disaster.

The main determinants of the specificity of social work with a difficult client. According to Mudrecka (2002, pp. 123) the essence of social workers' professional activity consists in 'helping people who fail in correct social functioning which, in turn, results in their inability to satisfy their essential needs'.

The following aspects play an important role in successful functioning of a social worker (Davis, 1995, p. 99-103):69

authenticity, empathy, warmth, the gift of convincing others;
being interested and ready to take practical action;
knowledge ('being an expert' in one's field);
awareness and sensitivity.

It seems that it is not significant for the process of helping, whether the clients' problems result from 'acts of God' (e.g. death of a close relative or a friend, illness, cataclysm), or their own (more or less conscious) choice (e.g. drinking alcohol, taking drugs, serving a sentence in prison, homelessness).

2.1 From the client's perspective. The (peculiar) character (status) of clients of social help services, their social image and the stigmatizing effect of them benefiting from the social help system determine the specificity of social work.

Garvin and Seabury (1996, p. 153) distinguish three kinds of clients: Clients 'by their own choice' who seek help themselves and report to a social worker on their own; Clients 'by inclination' who are urged and pressurised by different groups of people or institutions to use help provided by a social worker (e.g. reaction of the family to the fact of alcohol abuse by one of its members). A possible client's refusal to use help is not followed by any legal consequences, but his/her decision may result in other restrictions (e.g. divorce); Clients 'by coercion' are persons, "whose dependence on the welfare system is forced by the law, and the refusal of contacts with a designated person, or an institution causes certain clearly defined consequences" (Ibidem).

In the case of this group it is worth to pay attention to three issues.

Firstly, a social worker runs into two problems. The first one is: to what extent can the clients 'by coercion' be referred to as 'clients' in social work? We are dealing here with a clash of two principles: principle from autonomy and principle to humanism (respecting life of every person).The second problem is how to meet the established, professional goals in spite of all the above-mentioned restrictions? For example, how to accomplish rehabilitation goals when we deal with convicts who are appointed a probation officer?

Secondly, a social worker can encounter negative reactions of clients 'by coercion' (e.g. no intention to attempt to change one's situation, denying the existence of any problems).

Thirdly, which method of working with the client will be most effective?

In general, using the welfare in Poland is perceived as nothing to be proud of, although there are persons who have made it their 'way of life'.

It has already been pointed out (Pawełek, 2007/2008) that the clients of social workers experience moral dilemmas connected with the assistance they receive. On the one hand, they fear to show their weakness, but simultaneously, on the other hand, they want to get rid of a burden of their own responsibility by looking for help outside. Thus, the search for help is accompanied by the fear of social disapproval.

The client is perceived as a helpless and dependent person, left to the 'mercy of state,' seemingly incompetent and valueless. A psychological repercussion of this phenomenon consists in a redefinition of identity, namely: losing self-confidence, feeling shame and humiliation, manifesting learned helplessness. Such poor self-image results from the existence of cultural stereotypes of a client of social help ('social pathology' and the so-called 'dregs of society'): 'an alcoholic', 'unemployed', 'liar', 'hooked on welfare', 'aggressive', 'uneducated' (Zaworska- Nikoniuk, 2002, p. 28, p. 28, Grodzka, 2003, p. 59).

The peculiar status of clients breeds social resentment and a general dislike for these persons. As a result, stigmatisation may lead to social exclusion of the clients of social help.

2.2 Social worker's perspective. In literature, expressions like: 'intolerable", 'difficult' client, client 'by coercion' can be found (Davis, 1995; Sobierajski, 1999). Davis (1995, p. 27) distinguishes clients who are "intolerable" as they evoke strong antipathy on the part of social workers.

According to Zaworska-Nikoniuk (2002, s. 29) working with 'intolerable' clients that is persons who 'suffer from different kinds of mental and characterological disturbances, or those very demanding in the process of applying for services and access to them, but choosing not to use them afterwards.'

Generally, ‘intolerable’ clients (Davis, 1995, p. 28-31): are not liked, are eccentric, are not involved into any field of social life in a satisfactory way, are not emotionally focused on the work, family, nor friends, have a paranoid attitude towards environment, suffer from personality and character disorders.

Using services of social workers by ‘intolerable’ clients is difficult for two reasons. Firstly, ’clients are not able to realise how it is possible to use the help of another person constructively’ (Ibidem, p. 31). Secondly, clients are convinced, that ‘all interpersonal contacts consist in exploiting one another’ (Ibidem, p. 32).

Kromolicka’s research (2003, p. 247) revealed that ‘social workers at their work meet persons to whom they have negative attitude and they cooperate with them unwillingly as they do not see any chance for changing their life situation.’ The following categories of clients are most difficult in terms of providing them with help: addicts (mainly alcoholics), persons with demanding attitudes, clients who are not active professionally, mentally ill persons, educated clients who avoid work, aggressive persons.

The social workers examined by Kromolicka (Ibidem) claim, among others, that:

“barraters and alcohol addicts are the most difficult group of clients”,

“70 % of families that are given help have been using it for generations”,

“clients whose situation does not improve at all discourage social workers from making any effort. They seem to dwell on that situation deliberately and count exclusively on social assistance.”

On the first Portal of Social Assistance (The Internet Forum of Social Assistance) a discussion on working with a difficult client was initiated in September 2008. Social workers shared their experience:

Andrzej: “My over 10-year-long professional experience and work with different difficult clients result in mental damage”

~X: “We are joking at work, that we must have been real troublemakers in our former lives to have ended up as social workers today. I think that social workers should speak up about the high price they are paying for choosing their profession. By the way, I admit I also use the ‘method of giving myself permission to leave the place of work earlier’ after a ‘very difficult intervention.’

Ala: “My boss fears everything, and he only occasionally stands up for his employee. It is mainly the clients themselves and their satisfaction that he expresses his concern about. The rest of people involved do not really count for him.

~X: “I’m a manager myself. I support my employees best I can and therefore I know very well how exhausting the meetings with difficult clients may be for my employees. ”

~Karolcia: „Sometimes I have a problem with persons released from prison. A guy, who had served 12 years for murder and rape, looked at me insolently and searched for any signs of weakness and fear. I was going to do a community interview with him with my heart in my mouth, because there were no colleagues who would be willing to help me out. But I managed. When the guy asked me whether I wasn't afraid to visit him for the interview, I asked him whether he himself was not afraid to stay with me in one room. The guy burst out laughing. And now he still greets me on the street".

~Wredna: „A difficult client can really "kill" the faith that social workers have in their profession. Psychopaths, characteropathic individuals".

A short analytic commentary would be in place here. What are people saying? What is their perception of work with difficult client? Nightmare or a challenge? What they need? What works?

Kromolicka's research and social workers' statements on the first Portal of Social Assistance show that how clients are perceived by social workers depend on stereotypes and prejudices. The future apprentices of social work meet with negative attitudes very early and sometimes is very hard to modify them. Grodzka (2003) asked students of The School of Social Services Workers about their image of social work's client. The typical client was very often described by indicating his or her personality features and behaviours, life situation, external appearance and age (e.g. unemployed person, demanding, self-assured, alcoholic, sloppily dressed etc.). The author concludes "the image of social work's client perpetuates various stereotypes- is simplified, generalized, often explicit, contains as a rule negative marks (that not always result from direct contacts with the client)" (Ibidem, p. 65).

What action should be taken to minimize the risk social workers are guided by stereotypes and prejudices in relation with their clients? It is essential social workers have knowledge how stereotypes and prejudice can influence attitudes towards other people as well as they are able to recognize their beliefs and attitudes toward clients.

3. Working with difficult clients. Working with "intolerable' clients is not easy, because such people gain power by weakening others. Therefore it is difficult to show them warmth, empathy and attention.

In the course of work with difficult clients there appear many problems. Hence, a question arises: how to deal with them? Selected problems and suggestions as to how it is possible to cope with them are presented below.

Dealing with difficult clients

Hostility (Clients attack) – get actively involved into the contact with the client and stop his/her attack; say clearly and justify what he/she can and cannot do for the client.

Dreams vs. reality (clients have a problem with distinguishing between external and internal world) – boost the client's 'ego', base on facts (e.g. you wish for A, but all you can get is B), react in an authentic way (positive and negative emotions);

'Adult' Vs. 'Child' – address the 'Adult part' of a client, set clear boundaries, avoid taking responsibility for settling the client's problems and running their errands;

Broader environment (the client searches for 'henchman' for his/her own views and requests) – adopt a consistent strategy of cooperation with institutions which provide help to a client (Davis (1995), pp. 41-46).

In the light of what has been said, the work with difficult clients requires professional knowledge, social skills, among others, the negative and positive assertiveness (Szymańska, 2012, p. 77). Psychological knowledge may be also helpful, for example psychoanalysis and transactional analysis. In situation when social worker is attacked by his/her client the negative and positive assertiveness is needed. The negative assertiveness includes such abilities as: expressing disagreement, saying 'no', expressing negative emotions, limiting undesirable requests (Ibidem). The positive assertiveness includes such abilities as: asking others for a favour and help, initiating and supporting interpersonal contacts, expressing praise, satisfaction and respect (Ibidem). When client has a difficulty with distinguishing the outside world from internal, among others, the knowledge of psychoanalysis is useful. It allows the social worker to understand that the better the client's 'ego' develops, the better his/her level of integration of personality structure is (Pospiszyl, 1998, p. 31), that lets clients rely on facts (the outside world). In the situation when social worker would like to set clear boundaries and avoid taking responsibility for settling the client's problems and running their errands the fundamental assumptions of the transactional analysis may be useful. It helps him/her to understand the three basic 'psychological realities': the Parent, the Adult and the Child. According to T. A. Harris (2009, pp. 56-57): 'the Adult is a computer processing data, where decisions are made only after adding up and calculating the information coming from three sources: the Parent, the Child and the data which the Adult has already gathered and which he/she is currently accumulating.'

According to Sobierajski (1999) the theory and practice show that the most effective method of work with this group of clients is conducting a case study (**direct influence**), preceded by social diagnosis and preparation of an action plan. Also, one must not forget about environmental influence and work with the whole family (**indirect influence**)

A personal contact of social worker with the client and work with him are direct influences.

Providing social and welfare protection services (e.g. meeting the essential needs of individuals) and creating optimal conditions for his/her life (eg. environmental) are an indirect influence.

The case study method requires from the social worker 'a peculiar attitude to another person, resulting from the internal harmony with the assumptions of the method that the principles of work ensue from' (Mudrecka, 2002, p. 132). Closer observations suggest that social workers believe that:

Every person has some positive features and it is possible to find them within him/her;

Every client is a unique individual;

Every client has inalienable rights

It is not possible to make a client happy 'by force' (i.e. without his/her permission and involvement);

There are no perfect clients;

Clients are bio-socio-cultural individuals, so their behaviour and functioning are conditioned by many factors.

The Polish educationalist, A. Kamiński (1972), says that 'extending the bridge of kindness,' in other words the establishment of a psychological bond with the client, is a prerequisite of the individual case method.

A question arises: is it possible then to be disposed kindly and positively towards a difficult client? The above-quoted comments of social workers on the Internet of Social Assistance have proved that holding a positive attitude towards this group of clients is extremely difficult but possible.

And how does work with the above-mentioned group of clients look like from the perspective of social workers? May the participants of the Internet Forum take the floor now:

Andrzej: "I used to help a woman whom I can easily call 'a difficult case'. Almost every conversation with her ended unpleasantly for me – my body sort of trembled nervously after our meetings. One day, I came up with a simple idea. Whenever the woman visited the Center, I switched on 'my internal, warning light:' 'DIFFICULT CLIENT, BUT A HUMAN BEING', which allowed me to keep distance in relations with her. I also remember my irritation with her over-high, unreasonable expectations, especially in the view of available forms of help I could offer. In the end, we prepared a list of important problems to be settled which I then analysed. I never questioned any of them. I told her which problems could be settled at once, which could be sorted in future and which of requests would be formally turned down by the centre. Next, we negotiated the list of matters to be settled for the time being. Finally, meetings with the difficult woman ceased to be such a nightmare. "

Papa: “In our centre, difficult clients and their cases are dealt with by coordinators of social work team. Whenever it’s observed that one of social workers or senior social workers fail to cope with a client, we gather and discuss the problem. If the senior social worker in charge of helping such a difficult client becomes exhausted, another social worker, who feels ready to take over this challenge, ‘takes over the baton’. If, after some time, it turns out that this particular social worker also fails to cope with the person or the coordinator, as a last resort, it is the manager who ‘takes over the baton’.

~ dzibar: “I’ve always liked working with difficult clients. It posed a challenge for me, my qualifications, provided food for thought, and the reason for considerations why I’m experiencing problems with a particular client. In the case of difficulties, I took additional trainings. Today, generally speaking, I do not have any problems with the clients of social help themselves, but I do with some fellow social workers and their managers. Isn’t it interesting?”

~social worker: “How do you manage difficult clients professionally? First of all, we have to realise that we are not able to control other people’s behaviour- we are only able to control our own actions.”

~Karolcia: “I think that each of us tries to work out their own tactics for dealing with difficult clients and manages to handle them to a greater or lesser degree.

Social workers list methods of working with difficult clients and skills that help them: being open to peoples’ problems and listening to them (without criticizing), team work and supervision. It is important for social workers to realize that they do not have any control over someone behaviours- he/ she can control exclusively his/ her actions.

The essence of social workers’ professional activity consists in helping people. From the theoretical and practical point of view it is not significant for the process of helping, whether social worker works with clients: ‘by their own choice’, ‘by inclination’, ‘by coercion’ named as well difficult client. This last group of clients evokes strong antipathy on the part of social workers- Kromolicka’s research demonstrates it. Social worker comments on the first Portal of Social Assistance show that work with difficult client – although its basis are driven by stereotypes and prejudices- is possible.

Any social worker, keeping in mind the best interest of their client, is supposed to help, support and protect people who are not able to find their way out of difficult reality on their own. It also concerns difficult clients.

One of the essential rules in social work is a principle of acceptance, which “requires a social worker to accept every client as he/she is, regardless of the fact whether he/she meets or not the requirements set by a social worker ” (Mudercka, 2002, p. 13) as well as whether the client arouses social worker’s liking or dislike.

Acceptance means that a difficult client is regarded as not worse than others, but as someone who needs help, care and – as Davis claims (1995, p. 47) – a sense that they "have met somebody who is ready to be actively engaged in joining the client in their struggle." Maybe this is precisely the key to the problem of working with difficult/ 'intolerable' clients which, in a way, might put an end to an everlasting search for a ready-made recipe, some "magic formula" for social workers, which would say: "provided you do this or that, you will succeed."

References

1. Davis, M. (1995) 'Czerpanie przez pracownika socjalnego z zasobów własnego „Ja"' in Praca socjalna. Pomoc społeczna J. Kwaśniewski, ed. J. Kwaśniewski Warszawa, Interart.
2. Davis, M. (1995) 'Nieznośni klienci' in Praca socjalna. Pomoc społeczna, J. Kwaśniewski, ed. J. Kwaśniewski, Warszawa, Interart.
3. Garvin, Ch.D. & Seabery, B. A. (1996) Działania interpersonalne w pracy socjalnej. Tom I. Warszawa, Interart.
4. Grodzka, D. (2003) Obraz klienta pomocy społecznej. Praca Socjalna, Nr 4, p. 59-65.
5. Harris, T.A. (2009) Ja jestem OK- ty jesteś OK. Poznań, Rebis.
6. Kamiński, A. (1972) Funkcje pedagogiki społecznej, Warszawa, PWN
7. Kromolicka, B. (2003) 'Wybrane bariery działania społecznego pracowników socjalnych' in Działanie społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku, E. Kantowicz & A. Olubiński, eds. E. Kantowicz & A. Olubiński, Toruń, Akapit.
8. Mudrecka I. (2002) 'Doświadczenia pracownika socjalnego w pracy z klientem' in Pracownik socjalny. Wybrane problemy zawodu w okresie transformacji społecznej, J. Brągiel & A. Kurcz, eds. J. Brągiel & A. Kurcz , Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
9. Pawełek, K (2007/2008) 'Ethical dilemmas in social work- the Polish situation', IUC Journal of Social Work Theory and Practice, [Online], Available at: http://www.bemidjistate.edu/academics/publications/social_work_journal/issue17/contents.htm
10. Pospiszyl, K. (1998) Resocjalizacja. Teoretyczne podstawy oraz przykłady programów oddziaływań, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak".
11. Sobierajski P. (1999) 'Kuratela sądowa dla dorosłych jako obszar pracy socjalnej' in Praca socjalna w Polsce: badania, kształcenie, potrzeby praktyki. Materiały z VIII Zjadu Polskiego Stowarzyszenia Szkół Pracy Socjalnej w Katowicach, A. Niesporka & K. Wódz, eds. A. Niesporka & K. Wódz, Katowice: „Śląsk".
12. Szymańska, J. (2012) Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki, Warszawa, CMPPP MEN.
13. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115 poz. 728)
14. Zaworska- Nikoniuk, D. (2002) 'Dylematy systemu pomocy społecznej (perspektywa klienta i pracownika socjalnego)'. Wychowanie na co dzień, Nr 4, p. 27-30.
15. Grodzka, D. (2003) 'Obraz klienta pomocy społecznej' Praca Socjalna, Nr 4, s. 59-65.

THE BASIC COMPOUNDS AND CORE MECHANISMS OF LEARNED HELPLESSNESS FORMATION AMONG THE CHILDREN HAVING WEAK SOMATIC HEALTH IN THE PROCESS OF ONTOGENETIC DEVELOPMENT

Olesya Volkova[1], Julija Andrejeva[2]

[1]Krasnoyarsk state medical university
named after the academician V.F. Voino-Yasenetsky, Russia
[2]Klaipeda University, Lithuania

The confidence of the power and positive outcome of any life situation is an integral part of ability to initiate self-activity, to bear responsibility for its result (both positive, and negative). Similar approach forms subject approach to life, activity, personal space and a time continuum.

Modern social and economic conditions in a combination to the lowered level of the population health promote formation of the learned helplessness from early children's age, including it in all aspects of activity as one of the main mechanisms of personal adaptation. Operation of the helplessness mechanism is fixed by understanding the idea that the initiative is senseless, activity is unpromising, creativity is blamed, canons and regulatory norms of activity are registered from the outside.

The negative events having unpredictable and uncontrollable character, promote emergence and fixing the phenomenon of "the learned helplessness". Having come up repeatedly against an insuperable life situation, the person reconciles, perceives negative events as a karma, destiny, fate, inevitability to supervise and change which beyond his or her powers. The danger of such fatalistic perception of one repeating negative situation is in the mechanism of response to the negative situation which is transferred to all other life situations, even those which outcome has opportunity to be positive and productive.

The interdisciplinary researches being on a joint of physiology, psychophysiology and psychology became the starting point in studying the problem of "the learned helplessness" phenomenon essence.

For the first time the idea about existence of this phenomenon was noted in works of the American psychologist, the professor of Pennsylvanian university Martin Seligman (1974) who in the course of supervision over results of experiments specially organized by physiologists found out that dogs refuse attempts to overcome a stressful situation, and don't seek to avoid influence of the most stressful factor. On the contrary, in a situation of regular stressor influence, after several unsuccessful attempts of avoiding its negative impact animals behaved permanently "helplessly". It was also noted that the similar "helpless" behavior was steadily shown in the situations similar experimental

that testified that "helplessness" was learned – was formed and fixed by means of negative experience obtaining (Seligman M.E.P., 1974, 1993).

The opportunity to be successful in the course of development and knowledge of reality, prospects of self-realization and vital self-implementation depend not so much on the level of basic intellectual potential, but on the personal features of the individual combining motivation to transformation of surrounding reality, sufficient level of the strong-willed aspiration focused on fight against difficulties, the active living position interfaced to continuous self-development and self-education. Bases of such active informative and active approach to formation of own existence is being put in a family, formed under the influence of a close environment (Seligman M.E.P., 1993; Varga A. Ja., 1985; Vedeneeva E.V., 2009; Loginova I.O., 2011; Stolin V.V., 1981; Thostov A. Sh., Arina G. A., 1991; Ciring D.A., 2010; Jakovleva Ju.V., 2008).

The feeling by person of not controllability of the future and the current events involves development of the actual insufficiency of activity control that subsequently has direct impact on decrease in motivation, ability to be trained and manifestation of such negative emotions as the raised level of uneasiness, frustration, depression, sense of hopelessness, definiteness of life and total grief. Not controllability of activity consequences naturally develops pessimism, passivity, steady unwillingness to overcome difficulties, the will to delegate all the responsibility for consequences of any activity to external determinants. Here the most influential factor in the mechanism of the learned helplessness emergence is not the heavy emotional experiences connected with futility of efforts, but irresistible feeling of not controllability, indifference, and helplessness (Seligman M.E.P., 1993; Vedeneeva E.V., 2009; Druzhinin V.N., 1996; Zabelina E.V., 2008; Zalevskij G.V., 2007; Loginova I.O., 2011; Stolin V.V., 1981; Thostov A. Sh., Arina G.A., 1991; Ciring D.A., 2010; Jakovleva Ju.V., 2008).

The founder of the learned helplessness theory Martin Seligman, however, came to similar conclusions while studying not only negative, but also stable, permanently positive reinforcements of person's activity. In both cases he revealed loss of initiative and ability to overcome difficulties (Seligman M.E.P., 1974, 1993).

The analysis of available psychological researches has also shown that the process of "the learned helplessness" formation takes rather short period of time (Seligman M.E.P., 1993; Ciring D.A., 2010; Shhedrina A.G., 1989; Jakovleva Ju.V., 2008).

This phenomenon is shown by manifestos of deficiency in three main spheres of the personality: motivational (inability to work actively, to initiate activity), cognitive (limitation of opportunity to learn counteraction mechanisms, mechanisms of opposition to negative tendency and ability not

to shift negative experience to other spheres of activity), emotional (stress, frustration, depression) which is the consequence of activity unsuccessfulness (Seligman M.E.P., 1993; Ciring D.A., 2010).

These specific features are extremely brightly shown in combination with the weakened somatic health. Being, in fact, one of the starting mechanisms for the development of the learned helplessness, psychosomatic frustrations are fixed under the influence of the learned helplessness itself, thereby "closing" this circle in which, subsequently, detection of primary/secondary role, both the learned helplessness, and the psychosomatic illness become complex problem for diagnostic (Alexander Franz G., 1980; Lipowski Z.J., Lipsitt Don. R., Whybrow Peter C., 1988; Seligman M.E.P., 1993; Brojtigam V., Kristian P., Rad M., 1999; Vygotskij L.S., 1984; Nikolaeva V.V., 1987; Thostov A.Sh., Arina G.A., 1991).

The four-component structure of personal helplessness offered by D.A. Ciring, includes strong-willed, emotional, cognitive and motivational components. The author allocated the set (complex) of symptoms, opposite to personal helplessness according to the psychological contents, which was called "independence" and can be characterized by the expressed strong-willed activity, optimistic attitude, emotional steadiness, intra-tensional motivation, creativity (Ciring D.A., 2010).

The close interrelation of the learned helplessness with strong-willed development of the child which is specified by lack of initiative, indecision, low level of organization, persistence, commitment is critical for this research. Besides, it is obvious that the learned helplessness as the form of activity organization is the catalyst and determines the decrease in resilience of an organism to harmful influences of environment, promotes development and an exacerbation of somatic diseases of a various etiology. The somatic status is one of the defining factors, both development of the child, and the organization of all social, subject, educational and educational environment which (as experience unfortunately shows) is focused not on health (as a way to recovery), but on illness (as process and the status). In this case the problem of immunity formation is the general feature concerning both learned helplessness and somatic health (Seligman M.E.P., 1975, 1993).

The learned helplessness is closely connected with personal will-power development which bases are put at the preschool age. In this case we can speak about existence of specific features of both will-power development and personal/learned helplessness determined by the specific situation of a child illness (Seligman M.E.P., 1993; Varga A.Ja., 1985; Vedeneeva E.V., 2009; Vygotskij L.S., 1984; Zabelina E.V., 2008; Zalevskij G.V., 2007; Ivanov V.I., 1993; Nikolaeva V.V., 1987; Polivanova K.N., 2000; Thostov A.Sh., Arina

G.A., 1991; Ciring D.A., 2010; Shhedrina A.G., 1989; Jakovleva Ju.V., 2008).

The important factor leading to formation of child learned helplessness the parental relation. Parental stereotyping and fixing on a certain type of the parental relation to the child (lack of orientation to desires and possibilities of the child in combination with a hyper patronage), inadequate understanding of an illness and health phenomena, and, as a result, specific understanding of healthy lifestyle in a family lead to decrease in the level of development of all strong-willed action components and formation of the learned helplessness (Varga A.Ja., 1985; Vygotskij L.S., 1984; Druzhinin V.N., 1996; Nikolaeva V.V., 1987; Stolin V.V., 1981).

In the situation of often being ill child two specific factors play significant role: pathological, connected with frequent violations of breath functions, the general asthenia, hemodynamic of the child, and maternal, fixing attention of the child to his weaknesses, morbidities, impossibility to do that other children do. Being formed images – "natural" and "cultural" bodies – are a basis of child self-identity and it starts being formed systems of the relations, including informative position in relation to the world around (Varga A.Ja., 1985; Druzhinin V.N., 1996; Nikolaeva V.V., 1987; Stolin V.V., 1981).

In modern researches the parental relation is described by various concepts and terms which are defined by initial theoretical positions of authors. Nevertheless, psychologists don't contradict with each other and it is possible to see an initial basis which sets a duality or polarization of the parental relation in all definitions. On the one hand, the main characteristic of the parental relation is the love to the child, pleasure from activity and from communication with the child, aspiration to its protection and safety, unconditional acceptance and attention, the complete attitude towards him. From another point, the parental relation is characterized by insistence and control. Both characteristics are caused by a certain parental position and attitudes (Ananyev V.A., 2006; Varga A.Ja., 1985; Vygotskij L.S., 1984; Nikolaeva V.V., 1987; Stolin V.V., 1981).

In the course of the analysis of the factors influencing the relation of parents to a somatic illness of the child, the following can be allocated: low level of parental health; wide knowledge of the population on the course of diseases dangers. As a result parents feel constant fear for children and surround them with hyper guardianship; conviction of parents in the knowledge or ignorance of certain children's diseases in general.

Depending on this situation one sort of parents treat children, others "correct" prescriptions of doctors, the third drive the child from one expert to another. These circumstances are shown variously depending on specific psychological features of parents. For example, the disturbing parents

concentrated on health create the atmosphere of fear, uncertainty, and situation of expectation for serious illnesses and a bad outcome of a disease. While selfish parents aspiring to a demonstration, can even use illness of the child for drawing attention to the person. Self-confident in the forces and opportunities parents usually give insufficient attention to the child in the case of disease and heath. Children who were given little attention to while being healthy, as a rule, aren't provided to it during illness at all, only some parents are reconstructed and create to the child necessary conditions. In families where the child was surrounded with excessive attention being ill, the care amplifies, parents try to foresee each desire of the child that can have negative consequences. In all cases parents, noticing difficulties of the child, generate the secondary alarm aggravating his disease state (Varga A.Ja., 1985; Vygotskij L.S., 1984; Druzhinin V.N., 1996; Ivanov V.I., 1993; Lichko A.E., Ivanov N.Ja., 1980; Nikolaeva V.V., 1987; Stolin V.V., 1981).

The advanced preschool age (from 5 to 7 years) is direct continuation of early age in general sensitivity which is carried out by ontogenetic potential to development. It is the period of mastering social space of the human relations through communication with close adults, and also through the game and real relations with contemporaries. The preschool age brings to the child new basic achievements.

The analysis of a leading kind of activity shows that the main part at preschool age as it determines development of mentality of children is assigned to game.

At the advanced preschool age, by means of subject role-playing games the strong-willed sphere starts developing: there is a development of randomness of behavior and mental processes. In a role-playing game the child is guided by a model of action (standard) which is the model to compare the behavior. Being in the game the favorable conditions for emergence of prerequisites of attention, memory, motility are created.

It is possible to tell that thanks to the beginning of development of a strong-willed and motivational component of the senior preschool children, formation and the emotional sphere can be possible, that is emotional self-control of behavior which couldn't begin the of formation without strong-willed component.

Formation of all above the listed components affects the cognitive sphere of the child. If all spheres develop without delays and difficulties, the child gets such characteristics as: coordination of various points of view, the foundation of reflexive thinking, correlation of logic of real and game action are laid, as there are other kinds of activity (drawing, designing, educational activity), speech functions, coherent statements develop (Vygotskij L.S., 1984;

Druzhinin V.N., 1996; Zabelina E.V., 2008; Ivanov V.I., 1993; Nikolaeva V.V., 1987; Polivanova K.N., 2000; Stolin V.V., 1981).

From these provisions it is possible to draw a conclusion that at the advanced preschool age the huge base for further development of the child is put. Describing this age it is impossible to speak about formation of will-power, motivational, emotional and cognitive spheres fully, but this age period is specified by mortgaging of bases to their formation that is especially significant within studying of the learned helplessness which is structurally presented by all listed components of psychological development of the preschool child.

Becoming a school pupil sums up the result of the preschool childhood and becomes a launch pad of younger school age (6-7 – 10-11 years). Younger school age is a very responsible period of the school childhood on which full accommodation I.Q. and persons, desire and ability to study, confidence of the forces depends.

New position of the child in society, position of the pupil, is characterized by that it has obligatory, socially significant, socially controlled activity – educational, he has to submit to system of its rules and bear responsibility for their violation.

In the course of school training all spheres of development of the child change qualitatively, reconstructed. This reorganization begins with intensive development of the cognitive sphere. The main direction of thinking development at school age is transition from particular and figurative to verbal and arguing thinking. Unlike the child preschool child, at the solution of tasks leaning on spontaneously developed ideas of sensually perceived properties of things or on acquired in communication with adults “everyday concepts”, the school student should consider such properties of things which are reflected and fixed in the form of originally scientific concepts.

The intellectual reflection (ability to understanding the content of the actions and their bases) is the new growth marking the beginning of theoretical thinking development at younger school students’ stage. The theoretical thinking is found in the situation demanding not so much application of the rule, but opening, designing.

In the course of training other informative processes – attention, perception, memory are also changing. In the forefront here we see the formation of randomness of these mental functions that can occur spontaneously, in the form of the stereotypic adaptation to conditions of activity of the doctrine, or purposefully, as an interiorization of special actions of control.

At the age of 7-11 years motivation and demand spheres develop, as well as consciousness of the child. Aspiration to self-affirmation and claim on recognition

from teachers, parents and the contemporaries become significant, first of all connected with educational activity, with its success. Educational activity demands responsibility from children and promotes formation as a personal feature (Vygotskij L.S., 1984; Druzhinin V.N., 1996; Zabelina E.V., 2008; Ivanov V.I., 1993; Nikolaeva V.V., 1987; Polivanova K.N., 2000; Stolin V.V., 1981).

This age is characterized by fixing of an orientation of strong-willed component development. At this stage the self-knowledge and a personal reflection develops as ability to establish borders of the opportunities independently ("If I can or I can't solve this problem? ", "what do I need to solve the problem? "), the internal plan of action (ability to predict and plan achievement of a certain result), randomness, self-checking.

The emotional sphere of younger school students is characterized by easy responsiveness on occurring events and specific colorful perception, imagination, intellectual and physical activity powered with emotions; spontaneity and frankness of expression of the experiences – pleasures, grieves, fear, pleasure or displeasure; readiness for fear affect. In the course of educational activity the child endures fear as a presentiment of troubles, failures, uncertainty in the forces, impossibility to cope with a task; the school student feels threat to the status in a class, a family; big emotional instability, frequent change of moods (on the general background of cheerfulness, cheerfulness, cheerfulness, carelessness), tendency to short-term and rough affects.

So, this period, having special importance of the emotional sphere, is sensitive to formation of the learned helplessness as the child estimates result of the negative experience substantially through a prism of emotional perception.

It is possible to draw a conclusion that at younger school age there is a fixing of the strong-willed, motivational, behavioral and emotional sphere. And at his age stage it is already possible to track the first obvious manifestations of the learned helplessness. If at younger school age violations, in any of spheres are shown, further it can lead to lag in study, and to phenomenon fixing at personal level afterwards.

The younger teenage period is the period of childhood completion, growth from it, transitional from the childhood to a maturity. Usually it corresponds to chronological age from 10-11 to 14-15 years. At younger teenage age obvious changing character is peculiar to the emotional sphere. Transitivity of teenage age includes biological aspect. Physical, physiological, psychological changes, emergence of a sexual inclination do this period exclusively difficult, including for the most teenager promptly growing up in every sense.

At younger teenage age tendency to behavioral reactions which are usually characteristic for earlier stages of development quite often remains. They are

as follows: refusal reaction, reaction of opposition, protest, imitation reaction, compensation reaction, overcompensation reaction.

Actually teenage psychological reactions arise at interaction with environment and quite often form specific behavior during this period: emancipation reaction, reaction of "negative imitation", grouping reaction, reaction of hobby, the reactions caused by the being formed sexual inclination.

At younger teenage age the cognitive sphere develops actively. The younger teenage age is characterized by increase of informative activity ("the inquisitiveness peak" falls on 11-12 years), expansion of informative interests. The perception becomes selective, purposeful, analytically – synthetic activity. Qualitatively all key parameters of attention improve: volume, stability, intensity, possibility of distribution and switching; it appears controlled, will-powered process (Vygotskij L.S., 1984; Druzhinin V.N., 1996; Zabelina E.V., 2008; Ivanov V.I., 1993; Nikolaeva V.V., 1987; Polivanova K.N., 2000; Stolin V.V., 1981).

Memory internally mediated by logical operations; storing and reproduction gain semantic character. The memory size, selectivity, accuracy and activity increase. Thinking processes are gradually reconstructed – operating by particular representations is replaced by theoretical thinking. The theoretical arguing thinking is under construction on ability to operate with concepts, to compare them, to pass during reflection from one judgment to another. Due to the development of independent thinking, transition to initiative informative activity individual distinctions in intellectual activity amplify.

The strong-willed component isn't less important in development of younger teenage age. On this age period there is the formation connected with formation of strategy or ways of problems and difficulties overcoming. Part of them is being built in the childhood for permission of simple situations (failure, quarrel) and become habitual. At teenage age they are transformed, filled new with "adult sense", gain lines of independent, actually personal decisions at collision with new requirements.

Cognitive and emotional spheres come to the forefront at younger teenage age, they develop most obviously, influence the general behavior of the child but as gets the new transformations without which other spheres and the sphere of a motivational and strong-willed component couldn't develop.

In spite the fact that in many cases the young man continues to remain a school student, educational activity in the senior classes has to get a new orientation and the new contents focused on the future.

The specific level of cognitive development at younger teenage and advanced teenage age – formal and logical, it is formal – operational thinking. This is abstract, theoretical, hypothetical-deductive thinking which hasn't been connected with specific conditions of environment, existing at present. By the

end of younger teenage age the general mental capacities are already created, however throughout the senior teenage they continue to be improved. Possession of difficult intellectual operations of the analysis and synthesis, theoretical generalization and abstraction, reasoning and the proof is improving. Further intellectual development assumes an exit to qualitatively new level connected with development of creative abilities and assuming not simply assimilation of information, and manifestation of an intellectual initiative and creation something new: it is a question of ability to see a problem, to put and reformulate questions, to find non-standard solutions (Vygotskij L.S., 1984; Ivanov V.I., 1993; Nikolaeva V.V., 1987; Polivanova K.N., 2000; Stolin V.V., 1981).

Besides feeling of a maturity and its types teenagers have a tendency to a maturity – aspiration to be, seem and be considered as the adult. However the aspiration to be the adult causes resistance from people around. It appears that in system of the relations with adults the child still can't occupy any place, and he finds the place in children's community.

Communication with the contemporaries is the leading type of activity at this age. So norms of social behavior, norm of morals accustom the equality and mutual respect relations are established here. If the teenager can't find system of communication satisfying him in school, he often "leaves" school, certainly, more often psychologically, though not so seldom physically.

Activity of communication is extremely important for formation of the personality in the true sense of the word. In this activity the main new growth of teenage age is consciousness or, in other words, the social consciousness transferred inside is formed. According to L.S. Vygotsky, it also is consciousness. The consciousness means joint knowledge. This knowledge is the system of the relations. And the consciousness is the public knowledge transferred to the internal plan of thinking.

The emotional sphere develops at the advanced teenage age actively. The orientation on the future, feeling of blossoming of the physical and intellectual capacities, the opening horizons is created at young men and girls by the optimistic health, the raised vitality. The general emotional health becomes more equal, than at younger teenagers. Sharp affective flashes, as a rule, consign to the past; but in some situations, for example, when views of the young man, his maximal judgments disperse from views of the interlocutor, there can show sharp attacks and unexpected reactions. The emotional sphere in youth becomes much richer according to the contents and is thinner on shades of experiences, the emotional susceptibility and ability to empathy raises.

The development of the strong-willed and motivational sphere gain steadier character. Preliminary self-determination, creation of vital plans for the future is the central psychological new growth of the advanced teenage age.

The specific features of interpersonal interaction and activity of often ill child are limitation of contacts circle of the sick child, objective dependence on adults (parents, teachers), and aspiration to receive from them the help. So the aim of the research is to reveal the correlation between learned helplessness phenomena and the mention above factors.

For the purpose of detecting the learned helplessness features formation in ontogenesis, it is important to consider age psychological features of the child at each stage of his development since the period of the advanced preschool age during which the learned helplessness shows the first signs, to the advanced teenage age, being characterized intensive formation of independence and the will, resisting to helplessness as to a phenomenon of psychological human life.

As a result of research the author presents the conclusion that the specific perception of "health" and "disease" phenomena closely connected with inefficient parental attitude to the children state of health develops the phenomena of learnt helplessness in the process of ontogenetic development of a child with weak health.

From all above the listed provisions it is possible to sum up the result that throughout all age stages there is a formation of motivational, strong-willed, emotional and cognitive spheres. If in senior preschool and younger school it is possible to speak about a mortgaging of these spheres, at younger and advanced teenage age it is possible to mention about their formation. Violation at least one of spheres at any age stage can lead to a failure.

The theoretical and practical analysis of specifics age features of the listed categories of children from a position of ontogenetic approach allowed generalizing and systematizing those of them which can promote identification, diagnostics and studying the mechanisms of learned helplessness formation throughout the entire period of child development.

Clinical supervision show that disorganization in a family is capable to become the reason of emergence of somatic complaints, can provoke an exacerbation of chronic diseases, burden their current, is capable to reduce efficiency of efforts of doctors and physicians to improve a condition of the sick child.

Health signs in modern society are considered not only absence of diseases, but also harmonious development of the personality as a whole, ability to high intellectual and physical performance, ability to adapt to constantly changing conditions of the environment quickly.

The main essence of the term "health" is made by consciousness of the person, reasonable, conscious choice of means and actions for health and healthy lifestyle formation. Healthy lifestyle observance, from these positions, can be an important factor of development and supplement the characteristic

of social situation of development of the child. In this situation it is very important that following/ non-following healthy lifestyle in many respects is defined and is represented by a position of parents. Without possessing sufficient life experience, the child seeks to receive the help from the close adult (the parent, the tutor). The adult, having own ideas of a healthy lifestyle and following available representations, can or promote overcoming the psychological barriers caused by an illness, or provoke their strengthening and emergence new.

The specific traditions of a certain family concerning the general habits in food, influences the relation to physical activity, develops certain ways of emotions expression. In a family children are trained the relation to own body, health and an illness. In a family the behavior of the child is formed during a disease. So for the solution of any psychological and medical, rehabilitation task in the conditions of an illness of the child it is necessary to consider style of relationship in a family, existence of "family stereotypes" concerning an illness – health. Thus presence of safe emotional and psychological climate at a family and the effective, adequate parental attitude towards somatic sick child plays significant role.

In a situation of child with the weakened health development two specific factors have places: pathological, connected with frequent violations of functions of breath, the general asthenia and a hypo dynamic of the child, and parental, fixing attention of the child to his weaknesses, morbidities, impossibility to do that other children do. Being formed images – "natural" and "cultural" bodies – are a basis of self-identity of the child and its starting to be formed systems of the relations, including informative position in relation to world around.

From the position of psychosomatic approach it is possible to say that helplessness is formed and "learnt" gradually, under the influence of not so much disease or understanding of degree, nature of the somatic status influence on activity and the child, but much more under the influence of social response to the features of somatic health of the child. The fixed forms of family behavior play significant role in formation of negative tendencies in emotional and strong-willed, motivational, cognitive development of the child identity as a family is the system which often reacts by patterns which don't promote productive changes and adaptation to them, but on the contrary, quite often interferes with development of its certain members and family system in general.

References

1. Ананьев, В.А. Основы психологии здоровья. Кн. 1: Концептуальные основы психологии здоровья. Психология здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с.

2. Бройтигам, В., Кристиан, П., Рад, М. Психосоматическая медицина / пер. с англ. М., 1999. 373 с.
3. Варга, А.Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции. Вестник МГУ. Серия «Психология». 1985. № 4. С. 32-37.
4. Веденеева, Е.В. Взаимосвязь мотивационного компонента личностной беспомощности и ведущей деятельности на разных возрастных этапах. Вестник Томского государственного университета. 2009. № 322, С. 186-189.
5. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 4. М.: Педагогика, 1984. 432 с.
6. Дружинин, В.Н. Психология семьи. М.: КСП, 1996. 160 с.
7. Забелина, Е.В. (2008) Коммуникативная активность и беспомощность подростков: результаты формирующего эксперимента: Вестник Костром. гос. ун-та им. Н.А. Некрасова, № 5. Кострома
8. Залевский, Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. Серия: Достижения в психологии. М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2007. 336 с.
9. Иванов, В.И. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений. Вестник МГУ. № 1, 1993. С. 31-38.
10. Личко, А.Е., Иванов, Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных//Невропатология и психиатрия. Вып. 8., 1980. С. 1195-1198.
11. Логинова, И.О. Особенности устойчивости жизненного мира человека в кризисных условиях жизнедеятельности//Вестник Московского государственного областного университета. Серия: «Психологические науки». № 2 М., 2011. С. 21-26.
12. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. 166 с.
13. Поливанова, К.Н. Психология возрастных кризисов: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений. http://www.childpsy.ru/index.php/view/person/item/1. М.: Академия, 2000. 184 с.
14. Столин, В.В. Семья как объект психологической диагностики. Семья и формирование личности. М.: МГУ, 1981. С. 26-38.
15. Тхостов, А.Ш., Арина, Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л. 1991. С. 18-22.
16. Циринг, Д.А. Психология личностной беспомощности: исследование уровней субъектности. М.: Академия, 2010. 410 с.
17. Щедрина, А.Г. Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты. Новосибирск, 1989. 135 с.
18. Яковлева, Ю.В. Феномен самостоятельности (на материале юношеского возраста)//Вестник Костром. гос. ун-та им. Н.А. Некрасова. № 5. 2008. С. 161-165.
19. Alexander, Franz G. Psychosomatic Medicine. New York, 1980. 138 p.
20. Lipowski, Z.J., Lipsitt, Don. R., Whybrow, Peter C. Psychosomatic medicine: current trends and clinical applications. NY: Oxford University Press (5th edition), 625 p.
21. Seligman, M.E.P. (1993) What You Can Change & What You Can’t. NY: Knopf, 1988. 317 p.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION FOR PATIENTS DIAGNOSED WITH GLIOMA

Olesya Volkova[1], Mikhail Chernov[2]

[1]Krasnoyarsk state medical university named after the academician V.F. Voino-Yasenetsky, Russia
[2]Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan

The patient differs from the healthy person not only by changes of internal organs functioning and health, but his mental state is changing qualitatively. The illness influences perception and the relation of the patient to surrounding events, to the illness itself. By means of illness he has special position among close people, another position in society. Most common changes at patients are considered as the reorganization of interests in the direction from the outside world to own feelings, to functions of the body, to restriction of interests. Thus there are various new phenomenon of all parties of the personality: the affective mood, motility, the speech change.

In the situation of serious threat to life and wellbeing, the perception of time can be changed in the form of its acceleration or delay. In some cases the great value is got by flows of memories, expressiveness of which can be connected with intoxication caused by an illness or specifics of treatment. Character changes of such patients can interfere or complicate treatment, result in disability, create the conflicts in medical institutions, cause the negative attitude to people around towards these patients. It is important to be able to distinguish these painful changes of mentality, to provide and expect their emergence, medicinal methods and way of carrying out psychotherapeutic conversations to soften their manifestations.

Conversation with patients, behaviour of the medical personnel and all tactics of medical actions should be based on features of mental violations.

Having intracranial glioma patients have problems with sleep and appetite, there appears irritability, sensitivity and tearfulness are increasing, and dreaming becomes superficial, touches become unpleasant, patients become disturbing, they feel fears. Not each patient can tell the doctor that he felt fear because of false shame before mental disorder or unwillingness to look the coward at night (Aleksander F., Bek A., Rash A., Sho B., Jemeri G., Cheville A., Gordon W. A., Zafonte R., Cicerone K., Wen P.Y., Kesari S.).

Sometimes there are persuasive fears for the health or not peculiar earlier hysterical reactions. The doctor always has to remember that hysterical reaction is a painful manifestation and it is necessary to treat it as to an illness.

Reactions of the personality to the disease can have pathological character and be shown in the form of psychogenic neurotic, disturbing and depressive

reactions. Other patients express psychologically adequate reactions concerning experiences of the disease. Psychological violations at somatic diseases usually consist of mental somatogenic disorders and of reaction of the personality to the fact of disease.

Reaction of the personality to intracranial glioma is in direct dependence on many factors: sharpness of the disease and stage of development; ideas of this disease at the patient; nature of treatment and psychological situation; identity of the patient; the relations to an illness of relatives and colleagues.

There are various types of attitude to the illness, which can be generally defined by such features as: asthenic depressive reaction, psycho-sthenic reaction, morbid depressive reaction, hysterical and euthorical nosognostical reaction.

Asthenic depressive reaction – the attitude to the illness is observed with emotional instability, small endurance in relation to irritants, weakening of motives to activity, feeling of weakness and depression, despondency, uneasiness. Such state promotes the wrong relation to the illness, perception in gloomy tones of all events that usually adversely affects a course of disease and reduces success of treatment.

Psycho-sthenic reaction – the patient is full of alarm, fears, is convinced of the worst outcome, waits for serious consequences. He overcomes doctor's inquiries, walks from one doctor to another. Tests the mass of unpleasant feelings, remembers the symptoms of an illness which relatives and acquaintances had, and finds their signs at him. Such patient needs detailed explanation of his state and its reasons.

Morbid depressive reaction – the alarm and doubt are less presented, but belief in availability of an illness is more. Excessively emotional persons inclined to imagination as though live an illness, invest it with an aura of singularity, exclusiveness, special, unique martyrdom. Such patients demand special attention to them, accuse surrounding of their state misunderstanding, of insufficient sympathy to their sufferings.

Euthoricalanosognostical reaction – has features of inattention to the health, illness denial, refusal of inspection and medical appointments. The reaction of the personality has impact of: stage of the disease; change of physical abilities and appearance; change of situation in family and society; vital restrictions and the deprivations connected with an illness; need of treatment or operation. Doctors often have to meet denial of an illness fact (anosognosia). Denial or illness replacement most often happens at a serious and dangerous illness and intracranial glioma is in the list of such type of diseases and among cancer, tuberculosis, mental diseases. Such patients ignore disease completely, or attach significance to less heavy symptoms and explain

the state by them; they treat themselves for the illness, which is thought up (Aleksander F., Bek A., Rash A., Sho B., Malkina-PyhI.G.).

Great difficulties arise when relatives, denying an illness, refuse treatment, start using own means, resort to the help of sorcerers, healers and psychics. It is considered that adequacy of reaction to an illness depends on degree of a maturity of the personality and patient's intellectual opportunities.

Reaction of the personality to an illness depends on age of the patient. Patients have various reactions on the same illness with identical outcome. Young conduct the illness to violation of plans for the future, patients of middle age feel interferes with performance of plans, for elderly it is perceived as the inevitable end.

According to reaction of the personality the doctor has to create new vital installation for the patient, it is obligatory taking into account his opportunities.

The listed factors not only participate in an origin of frustration, but also do the individual vulnerable to psycho emotional stresses, complicate psychological and biological protection, facilitate emergence and make current somatic violation heavier.

"Vicious circle" mechanism plays significant role in the case of intracranial glioma as the violation arising originally in the somatic sphere, causes psychopathological reactions, which make personality disorganized, and they, in turn, are the reason of further somatic violations. So, the complete picture of a disease is developed on "vicious circle".

Long affective states change parameters of physiological processes, transferring an organism to other mode of functioning connected with tension of adaptive systems. The chronic tension of adaptive and compensatory mechanisms eventually can lead to formation of secondary somatic violations.

The internal picture of an illness – covers the various parties of subjective reflection of a disease and includes four levels of this reflection: sensual – level of feelings: emotional level is connected with different types of response to separate symptoms, a disease as a whole and its consequences: intellectual level is connected with idea, knowledge of the patient about the disease, reflections of its reasons and possible consequences: motivation level is connected with a certain relation of the patient to the disease, with behaviour and way of life change in the conditions of an illness and activity updating on return and health preservation (Aleksander F., Bek A., Rash A.).

Even quite healthy person can be very sensitive to blurt or doctor's behaviour, so the idea of an illness appears, which results in worsens of development and the outcome of an illness. It is obvious that by boundless trust to the doctor, authority to the doctor patient is prepared for suggestion, for the psychotherapy accompanying medical treatment. It is important that

this psychotherapy to be positive, so the intellectual part of internal picture of an illness was replenished with optimistic hopes for recovery.

Degree representation of different levels of internal picture of an illness in its general structure depends on the stage of disease, qualities of diagnostic and medical procedures, age features of the person (Cheville A., Gordon W. A., Henson J.W., Posner J.B., Seligman M.E.P., Wen P.Y., Kesari S.).

The long somatic disease among category of children often becomes a source of delay in mental and somatic development. The regression phenomena, i.e. return to reaction types which are peculiar to younger age are often observed. This regression is considered as the protective mechanism, it gives the chance to the child not to understand the fact of the disease, its weight and the forecast for the future.

Children till 6 years have fantastic ideas of the disease which are connected with sensation of fear before pricks and other medical manipulations. Teenagers have escape to the past. The past is estimated as happiness standard. Leaving in imaginations and tendency in the future. Then the disease is perceived as a temporary barrier.

In the group of elderly people the disease proceeds heavier and the state worsens for longer time.

Restrictions of female role lead to the situation described by next features: there is no activity as a Person, financial dependence, physical and mental overstrain, it is more difficult for woman to climb the carrier ladder, they get difficulties of communication with colleagues.

Restrictions of a male role influences standard of success and status. It also has negative impact on self-updating of the man. A man has to be knowing, competent, always control the surrounding situation. There is a hard expectation that the man will be physically strong, courageous and won't avoid danger, so norm of physical hardness is destroyed. It often seems that a man shouldn't show weakness and fear; he has to solve the problems not to have them. His emotions should be accumulated inside (Bek A., Rash A., Sho B., Cheville A., Gordon W. A., Zafonte R., Cicerone K., Malkina-PyhI.G., Seligman M.E.P., Wen P.Y., Kesari S.).

The next problem is – the family can be a source of additional troubles in process of intracranial glioma treating.

We can meet here different kinds of relatives' attitude to the fact of disease.

For example, super inclusiveness of relatives in vital problems of the patient. Super sensitivity of each family member to distresses of another: "Make a mountain out of a molehill". So it shows low ability to change rules of interaction under changing circumstances. Relationships in a family are rigid. Tendency to avoid expression of disagreement and open discussion of the problem is the type of factor interfering the treatment.

Character and degree of feelings, emotional perception of the disease phenomena, events depend on nervous activity type, on education and bringing up process, influence of the family, society and traditions.

There is east story about the doctor who, addressing to the patient, speaks: "There are three of us: you, illness and I. If you take my part, we together will win against an illness; if you take the illness part, you together will master me". Wisdom of this reasoning is that mood of the patient, his hope for success of treatment, belief in treatment are beautiful allies of the doctor. So it is difficult to treat patients, who have suppressed mood, gloomy thoughts, uncertainty in a favourable outcome of an illness.

Medical workers aren't an exception: among them there are impressionable, hypochondriac, easily giving in to suggestion meet persons. Unfortunately, there are many doctors who instead of competently understanding feelings and being convinced of groundlessness of fears, the behaviour, support suspicions of patients. The word of the doctor who isn't competently explaining this or that symptom, mistakes in the diagnosis, or incidentally dropped self-confident phrase, noncritical relating to the words and acts of the doctor can serve as the reason of an origin of imagined diseases not existing at the patient.

Patients should fight against difficulties of life, endure many excitements and the conflicts. Along with statement of the diagnosis it is very important to listen to the patient, to estimate his personality. Work of the doctor and the nurse – is not excess loading, as a result of contact with patients they have an opportunity for such supervision which gives invaluable help, for example at emergence of complications.

One of contact creation methods with the patient is conversation about his illness during which the doctor can learn about what hopes pins the patient on the forthcoming operation, on recovery. The doctor during such conversation has to report to the patient about real opportunities, inform him on all necessary items connected with procedures, thereby preparing to necessary cooperation.

The patient can fill with misgivings his relatives which can panic and prevent the effective work directed on treatment of the patient. It is expedient to allocate two main types of manifestation of fear before an illness: the first type – all symptoms of this state are shown in the behaviour of the patient, loudly expressed of. Usually work with such patients isn't interfaced to special difficulties as it is easy to calm them if there is a good contact with them and due methods are used. It is much more difficult to work with the cool, judicious, disciplined patients fears who can show it in an unexpected form: in the form of heavy vegetative complications (crises, collapse, shock) or psychopathological demonstrations unexpected and unusual in form.

The fear of the patient is aggravated by environment which he gets in hospital, isolation from a family, strict schedule, a great number of strangers (neighbours by room) which try “to distract” him diligent. Patients don’t stint information, but undergone an operation, as a rule, are inclined to exaggerate everything that happened to them. Certainly, the identity of the surgeon is exposed to discussion also, patients together estimate a situation. They can influence extremely adversely at each other. Important subject of such conversations are stories that the anaesthesia was unsuccessful and the doctor “cut on flesh”.

Many problems arise in connection with anaesthesiology. Many patients are afraid of anaesthesia, helplessness, consciousness losses, asthma, awful impressions, bad dreams, are afraid that will tell under anaesthetic nonsense, will let out the secrets, and will behave not as follows. At repeatedly having anaesthesia patients there can affect former impressions, endured fears. It is necessary to emphasize that change of a condition of consciousness during an anaesthesia can make patients susceptible to mental damage. Though the perception of actions and statements of people around during giving an anaesthesias’ realized, later this fact can become a source of concern and fears (Aleksander F., Bek A., Rash A., Sho B., Jemeri G., Cheville A., Gordon W. A., Zafonte R., Cicerone K., HensonJ.W., Posner J.B., Malkina-PyhI.G., Seligman M.E.P., Wen P.Y., Kesari S.).

So we can come to the conclusion that rehabilitation of patients diagnosed with glioma has to be based on systematic and cross scientific approach. Physical rehabilitation, implementing therapeutic goals for patients with motor deficit, sensory deficit, for patients with cranial nerve and mechanical and motor deficits as well as cognitive rehabilitation, cancer and pain management, decreasing the fatigue for patients with glioma, managing exercises physical workload and massage therapy are all parts of this system approach. The cross scientific approach in work with this group of patients concerns psychological rehabilitation for patients diagnosed with glioma, medical personnel and relatives of the patients.

References

1. Aleksander F. Psihosomaticheskaja medicina. Principy i primenenie [Psychosomatic medicine. Principles and application] – M.: In-tOGI, 2004. – 336 s.
2. Bek A. Kognitivnaja terapija depressii [Cognitive therapy of depression] / A. Bek, A. Rash, B. Sho, G. Jemeri. – SPb.: Piter, 2003. – 304 s.
3. Cheville A. Rehabilitation of patients with advanced cancer. Supplement: Cancer Rehabilitation in the New Millennium, Volume 92, Issue Supplement 4, pages 1039-1048, 15 August 2001.
4. Gordon W.A., Zafonte R., Cicerone K., et al. Traumatic brain injury rehabilitation: state of the science. Am J Phys MedRehabil. 2006; 85: 343-382.

5. Henson J.W., PosnerJ.B. Neurological complications. In: Holland JF, FreiEI, Bast RC, et al. Cancer medicine. Philadelphia: Lea &Febiger,1993: 2268–86.
6. Malkina-PyhI.G. Psychology of victim behavior / Malkina-PyhI.G. – M.: Jeks-mo, 2006. – 1008 s.
7. Seligman M.E.P. What You Can Change & What You Can't / M.E.P. Seligman. – NY: Knopf. – 1993.
8. Wen P.Y, Kesari S. Malignant gliomas in adults. N Engl J Med. 2008; 359: 492-507.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДОУ И СЕМЬИ В ВОСПИТАНИИ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

А.А. Гаврилович

Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина, Белоруссия

«Здоровье дороже всего…» – эта народная мудрость близка и понятна сердцу каждой матери, неравнодушного педагога. Одной из важнейших функциональных обязанностей педагога дошкольного учреждения является обеспечение безопасности детей, физическое развитие, укрепление здоровья, формирование навыков здорового образа жизни. Выделение этой функции в самостоятельную и значимую связано с тем, что организм ребенка раннего и дошкольного возраста не окрепший. Повышенное внимание к ней требует и сама жизнь, здоровье детей, тем более тех, которые живут в зонах, потерпевших от аварии на Чернобыльской АЭС. В народной педагогике давно замечено, что физическое здоровье связано с духовным. Воспитатель должен способствовать созданию благоприятных условий для гармоничного развития детей, охраны и укрепления их здоровья – не только физического, но и психологического. Психологическое здоровье рассматривается нами как эмоциональный комфорт ребенка, с чем связаны основные задачи превентивной педагогики, успешность решения которых мы видим в совместной работе дошкольного учреждения и семьи.

Образовательная работа в дошкольном учреждении и в семье направлена на обеспечение возможностей для благоприятного социального, личностного и познавательного развития дошкольников. При этом особую значимость приобретает эмоциональное самочувствие ребенка в процессе взаимодействия с окружающими и сверстниками.

Как справедливо отмечал известный детский психолог А.В. Запорожец, «эмоции развиваются в деятельности и зависят от содержания и структуры этой деятельности». В связи с этим неблагоприятный характер взаимодействия с окружающими может привести к возникновению эмоциональных трудностей у детей и как следствие этого к негативным последствия, ухудшению их здоровья.

Вопросам возникновения, проявления и диагностики эмоциональных трудностей у детей отводится все большее место в современной психолого-педагогической науке. Л.А. Абрамян, А.И. Захаров, З. Матейчек, А.М. Прихожан, М. Раттер классифицировали эмоциональные трудности. А.А. Бодалев, Л.Я. Гозман, В.В. Столин, Г.Т. Хоментаускас уделяли внимание их диагностике.

В Базисной программе дошкольного образования Республики Беларусь «Пралеска» осуществлен новый подход к пониманию выражения «здоровый человек» не только с точки зрения его физического бытия, но и психического здоровья. В разделе «Расти здоровым, малыш!» отмечается, что «физическое здоровье невозможно без психического. Вот почему мы стремимся сформировать привычки здорового образа жизни. Дети познают культуру владения своим телом, научатся красиво двигаться, ощутят радости от своей легкости, ловкости, подвижности, здоровья. Поэтому развитие у ребенка физических качеств и способностей – существенная задача укрепления и охраны здоровья». Программа ориентирует на гуманистический подход к оздоровительной работе, учет возрастных и индивидуальных физических и психических особенностей детей, широкое и умелое использование природных средств закаливания, оздоровления и физического развития. В числе первых и раздел программы «Сотрудничаем с семьей», в котором важная роль отводится проблеме взаимодействия педагогов с родителями, установлению партнерских отношений, созданию благоприятного микроклимата во взаимоотношениях, сотрудничеству, сотворчеству. Эта же идея просматривается и во всех других разделах программы.

До недавнего времени считалось, что главным воспитателем должны быть детский сад, школа, коллектив. Однако сегодня все чаще раздаются голоса противников этой точки зрения. Они считают, что одно коллективное воспитание, оторванное от семьи, не приносит желаемых результатов. Психология доказала, что наивысшие качества личности закладываются в самом раннем возрасте, когда ребенок впитывает жизненные впечатления, получает жизненный опыт вместе с любовью матери, с ее поддержкой, когда контакт с родителями ему просто необходим, буквально, как воздух.

Сферы деятельности современной семьи, в которых реализуются ее общественные и индивидуальные функции, чрезвычайно многообразны: репродуктивная, воспитательная, хозяйственно-бытовая, экономическая, сфера первичного социального контроля, сфера духовного общения, социально-статусная, досуговая, эмоциональная, сексуальная. Семье принадлежит основная социальная функция – воспитание детей – считают социологи, психологи, педагоги (А.И. Антонов, В.Н. Дружинин,

Т.А. Маркова, А.Г. Харчев, др.). Воспитательный потенциал семьи обусловлен рядом преимуществ, которые отмечены исследователями прошлого и настоящего. Среди них:

– семейное воспитание отличается глубоко эмоциональным, интимным характером;
– в семье ребенок имеет возможность длительно и постоянно наблюдать поведение матери и отца в неофициальных семейных отношениях, общается с людьми, разными по возрасту, половой принадлежности, жизненному опыту;
– педагогические воздействия семьи постоянны и длительны, повторяются в самых разнообразных ситуациях;
– в семье ребенок просто и естественно приобщается к реальной жизни, при этом имеются объективные возможности для систематического включения детей в бытовую, хозяйственную, воспитательную деятельность;
– поскольку семейное воспитание начинается с самого рождения, в семье есть возможности развить и направить задатки ребенка.

В дошкольные годы ребенок почти полностью отождествляет себя с семьей и других людей воспринимает преимущественно через призму суждений, оценок, поступков родителей. Для дошкольника не существует мир, а есть окружение, которое и определяет его поведение. В решении вопросов семейного воспитания особые требования предъявляются к личности матери и отца, которым необходимо четко знать, представить, кого они хотят воспитать, каким человеком хотят видеть своего ребенка.

Вместе с тем, как показывает практика, воспитательный потенциал семьи используется не в полной мере. Все чаще звучит мнение о кризисе семьи. Исследователи данной проблемы констатируют, что вопросы воспитания нередко уходят на второй план, при этом на первый выдвигаются социально-экономические проблемы (А.И. Антонов, И.Ф. Дементьева, др.). Но даже вне этих проблем семейное воспитание носит часто стихийный характер, у родителей отсутствуют четкие знания, умение проанализировать свои методы воспитания – указывают Е.П. Арнаутова, В.М. Иванова, Л.И. Маленкова, В.Н. Ярош.

Многие согласятся с тем, что ни семья, ни дошкольное учреждение не могут заменить один другого. Только вместе можно достичь желаемого для детей, помочь им раскрыться, реализовать свои возможности, создать благоприятные условия для сохранения и укрепления здоровья ребенка.

Взаимосвязь общественного и семейного воспитания в формировании личности ребенка проявляется во взаимодействии обеих этих сторон,

объединяемых общей воспитательной целью, общим предметом и результатом деятельности. И без того сложная проблема взаимосвязи семьи и детского сада усугубляется тем, «что предмет воспитания – ребенок – является субъектом этого процесса» (Л.Б. Шнейдер, 2007).

В настоящее время мы располагаем теоретической базой по проблеме взаимодействия дошкольного учреждения и семьи (определены основополагающие принципы, формы взаимодействия детского сада и семьи) – В.И. Безлюдная, Ж.А. Барсукова, Е.Л. Гутковская, Л.В. Загик, В.М. Иванова, В.К. Котырло, Т.А. Маркова, Е.А. Панько, по проблеме преемственности воспитания и образования в семье, дошкольном учреждении и начальной школе – О.С. Анисимов, Ю.В. Громыко, А.И. Левко, В.И. Слободчиков, А.П. Сманцер, Е.А. Панько, др.

Результаты организованного нами исследования с целью изучения социально-психологических аспектов профессиональной деятельности педагогов дошкольных учреждений свидетельствуют о том, что во многих случаях педагоги весьма поверхностно знают детей, не понимают закономерностей развития личности воспитанников, что проявляется при составлении психологических характеристик на детей. Наибольшие трудности при этом касаются характера отношений ребенка с членами семьи и сверстниками. Наблюдается тенденция: чем моложе воспитатель, тем реже он по собственному побуждению вступает в общение с родителями. Среди воспитателей существует далеко не всегда справедливое мнение о педагогической некомпетентности родителей. В ходе опроса 130 воспитателей на вопрос «От чего бы Вам хотелось предостеречь родителей в нравственном воспитании детей?», 29 % дали следующие ответы: «Они ничего не хотят знать», «Стараются только сдать ребенка, чтобы им не заниматься» и т.п. Вместе с этим наши наблюдения и беседы с родителями детей убеждают в обратном: многие из них хотят знать, как воспитывать здорового ребенка, интересуются, как их сыну или дочери живется в детском саду.

Следовательно, на практике иногда причины неэффективного взаимодействия в системе «педагог – родители» кроются не в родителях, а в коммуникативной некомпетентности самих педагогов – в их неспособности устанавливать и поддерживать необходимые контакты с родителями воспитанников. Причинами плохой коммуникации в данном случае выступают такие распространенные в педагогической среде стереотипы и предвзятые представления в отношении детей и их родителей, как:

– непогрешимость воспитателя («Воспитатель всегда прав»),
– страх поиска и принятия нового («Я всегда так делаю и это правильно», «Это методически верно»),

– непринятие ребенка таким, каким он есть («Ребенок должен быть хорошим», «Ребенок должен быть послушным», «Ребенок должен всегда уважать взрослых», др.).

Воспитателю в рамках работы с членами семьи воспитанника необходимо преодолеть в себе элементы назидания и выработать способ доверительного общения, воспринимать родителя как соучастника педагогического процесса, как равноправного партнера, осознавать ответственность за свои советы.

Представляют интерес и результаты нашего исследования (совместно с Т.А. Мойсак) по изучению восприятия и понимания воспитателем родителей воспитанников, основным методом которого был контент-анализ словесных портретов семей дошкольников, «созданных» воспитателями. Анализу подверглись 360 «свободных характеристик» семей, созданных воспитателями разного уровня профессионализма (4-х «мастеров», 4-х «почти мастеров», 4-х «немастеров»). Следует отметить, что, давая свободные характеристики родителям воспитанников, воспитатели испытывали больше затруднений, чем при характеристике самих детей. В нашем исследовании у педагога в целом преобладала оптимистическая установка в оценке будущего развития воспитанника в семейных условиях. При этом такую позицию воспитатели-«мастера» проявляли чаще «почти мастеров» и «немастеров» (соответственно 58,6; 33,3; 7,7 %). Пессимизм в отношении перспектив развития ребенка в семье преобладал в «свободных характеристиках» воспитателей низкого уровня профессионализма.

Познание педагогом семьи, полученная им при этом информация дает основание для индивидуально-дифференцированного подхода к семьям воспитанников. Для воспитателя, познавшего психологию родителей, особенности воспитания в семьях воспитанников, родители – не «усредненный» образ; каждый из них в его представлениях имеет свое лицо; каждый – индивидуальность, на которую он и ориентируется в процессе общения с ним.

Работа психологов и педагогов, практика дошкольного воспитания свидетельствуют о том, что в разных семьях неодинаково относятся к своим детям, воспитанию, дошкольному учреждению. Е.А. Панько, исследуя взаимоотношения педагогов с семьей, выделила несколько групп «трудных» родителей. Это родители:

– не уделяющие должного внимания воспитанию ребенка;
– высокомерные, не воспринимающие воспитателя как авторитетное лицо в области педагогики;
– безразличные к работе дошкольного учреждения, пассивные, ничем не интересующиеся;

– излишне пекущиеся о своем ребенке, переоценивающие его;
– не понимающие значения дошкольного образования в развитии ребенка;
– имеющие индивидуальные характерологические особенности, затрудняющие установление контакта;
– малообразованные, особенно в вопросах семейных отношений.

Следует отметить, что некоторые исследователи в качестве ведущих причин возникновения эмоциональных трудностей у детей рассматривают именно дисгармонию семейных взаимоотношений, разновидности неправильного семейного воспитания (В.И. Гарбузов, Т.М. Мишина, В.К. Мягер, А.С. Спиваковская, Э.Г. Эйдемиллер). В связи с этим выделяются различные типы неблагополучных семей (М.И. Буянов, А.Я. Варга, В.В. Ковалев), а также виды неправильного воспитания (А.Я. Варга, А.И. Захаров, А.С. Спиваковская). Следовательно, взаимодействие педагогов и родителей необходимо, с одной стороны, для оптимизации процесса воспитания ребенка, с другой стороны, для здоровья самого общества. В конечном итоге, речь идет о праве ребенка на таких родителей, которые способны обеспечить ему возможность всестороннего развития и благополучия.

Педагогическая позиция родителей представляет собой системообразующую категорию, включающую в себя, во-первых, когнитивный и поведенческий компоненты, во-вторых, представления родителей о возрастной динамике развития ребенка, самоценности периода дошкольного детства и основных задач воспитания. Проявляется она в отношении к ребенку, в высказываниях и оценке родителями поведения своего ребенка, в их реальной деятельности и общении с ними.

Как следствие, основными задачами в сфере взаимодействия с семьями воспитанников выступают:
– обеспечение преемственности, взаимопроникновения воспитания в семье и воспитания в дошкольном учреждении, содействие в возрождении и сохранении традиций семейной педагогики;
– объединение усилий семьи и детского сада в решении задач, связанных с разносторонним развитием детей; создание атмосферы сотрудничества и сотворчества, установление партнерских взаимоотношений в профессиональном общении с родителями дошкольников;
– оказание помощи в овладении родителями психолого-педагогической культурой, гуманистическим подходом к ребенку, повышении эффективности их воспитательных воздействий на детей, укреплении веры в своего ребенка и себя как компетентного родителя.

Таким образом, семья – основа психотелесного здоровья ребенка. Она создает условия для первичной ориентации детей в организации здорового образа жизни, нуждается в помощи специалистов на всех этапах дошкольного детства. Очевидно, что семья и детский сад, имея свои особые функции, не могут заменить друг друга и должны взаимодействовать во имя полноценного развития и здоровья ребенка. Сотрудничество дошкольного учреждения и семьи предполагает наличие у родителей ответственности, а у воспитателей – семейной центрированности педагогической деятельности, основанной на рассмотрении ребенка только в контексте семьи. Основной путь налаживания такого сотрудничества – организация образовательного взаимодействия, результатом которого станет реализация целей и принципов личностно ориентированного образования дошкольников.

Список литературы

1. Запорожец А.В. К вопросу о генезисе, функции и структуре эмоциональных процессов у ребёнка / А.В. Запорожец, Я.З. Неверович // Вопросы психологии. – 1974. – № 6. – С. 59-73.
2. Евдокимова Е.С. Педагогическая поддержка семьи в воспитании дошкольника / Е.С. Евдокимова. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 96 с.
3. Мацковский М.С. Социология семьи: проблемы теории, методологии и методики / М.С. Мацковский. – М.: Наука, 1989. – 116 с.
4. Минияров В.М. Психология семейного воспитания / В.М. Минияров. – М.: МПСИ, 2000. – 256 с.
5. Панько Е.А. Психология личности и деятельности педагога дошкольного образования: моногр. / Е.А Панько. – Мн. : БГПУ, 2005. – 231 с.
6. Пралеска: воспитание и обучение детей в дошкольном учреждении : базисная программа и методические рекомендации / коллектив авторов; под ред. Е.А. Панько. – Мн.: НМЦентр, 2000. – 472 с.
7. Шнейдер Л.Б. Семейная психология: учебное пособие для Вузов / Л.Б. Шнейдер. – 3-е изд. – М. : Академический Проспект; Екатеринбург: Деловая книга, 2007. – 511 с.

ИЗБРАННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМЫ СОВЛАДАНИЯ С ПЕРЕЖИВАНИЯМИ И СТРЕССОМ, А ТАКЖЕ ВЫБОРА АДЕКВАТНЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ

А.В. Даниленко

УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Белоруссия

Во все эпохи и периоды исторического развития человеческая жизнь сопровождалась переживаниями кризисов и травмирующих событий. Особенно актуальной проблема становится в XXI веке, который

уже ознаменован перспективой угрозы нового мирового глобального кризиса, а соответственно, роста психологических проблем и психического напряжения.

В современной психологии существует определенная база исследований стратегий и механизмов совладания с переживаниями, которыми люди располагают. Психология преодоления кризисов оперирует понятиями «психологическая защита», «переживание», «совладание» («копинг»). В связи с этим ключевыми исследовательскими направлениями являются работы по изучению психологических механизмов защиты, совладания с переживаниями, а также копинг-стратегий.

Научные разработки в области психологии преодоления в качестве основных механизмов совладания рассматривают мобилизацию внутренних ресурсов организма, напрямую связанных с Я-концепцией, самооценкой и самоотношением личности. Учитывая тот факт, что неотъемлемым и первостепенным компонентом Я-концепции является Я-физическое или Я-телесное, нам представляется важной работа именно с этой Я-структурой в контексте поведения в ситуации переживания сложных моментов жизни.

Физический Я-образ является центральным элементом имиджа человека. Взаимосвязь стратегий совладания, Я-концепции и имиджа определяет актуальность рассмотрения смены имиджа, как вероятных копинг-стратегии, способа совладания или механизма защиты, обладающего потенциалом для преодоления переживаний.

Традиционное понимание переживания, относящееся к периоду советской психологии, прежде всего, связано с именами Л.С. Выготского и С.Л. Рубинштейна. Л.С. Выготский рассматривал переживание как «действенную динамическую единицу сознания». Он рассматривает категорию переживания в контексте анализа онтогенеза и понимает переживание как величину, которая «наиболее полная … в структуре сознания, … движущая поведением» и в которой «представлена личность в социальной ситуации развития». «Другой важный момент – это включение переживания в контекст идеи о единстве аффекта и интеллекта, причем акцент ставится на сопряженности переживания с конфликтными ситуациями, через которые проходит история индивида» (Л.С. Выготский).

Как первоэлемент предметной области психологии, переживание представлено у С.Л. Рубинштейна как переживание (субъективное начало) и знание (объективное начало), которые являются двумя областями одного феномена – сознания (С.Л. Рубинштейн).

Ф.Е. Василюк рассматривает переживание иначе: «в том значении, в котором «пережить» значит перенести какие-либо, обычно тягостные,

события, преодолеть какое-нибудь тяжелое чувство или состояние, вытерпеть, выдержать и т.д. Речь тут идет о «переживании-деятельности», а не о «переживании-созерцании», как в предыдущих работах, т.е. о динамическом, активном, преобразующем ситуацию, результативном, продуктивном процессе. В качестве продукта процесса переживания рассматривается смысл и осмысленность.

Таким образом, переживание в психологии рассматривается двояко: как «непосредственная внутренняя субъективная данность психического явления» (Ф.Е. Василюк, С.Л. Рубинштейн) и как активный, результативный процесс, работа, производящая перестройку психологического мира с целью повышения осмысленности жизни, т.е. в рамках теории деятельности, которая стала теоретическим фундаментом и нашего исследования.

Исследование имиджа как социально-психологического феномена – достаточно распространенное явление в современной науке, в т.ч. психологии (Е.Б. Перелыгина, А.И. Панасюк, Е.А. Петрова, В.М. Шепель, Г.Г. Почепцов, И.А. Федоров и др.).

Имидж (фр. или англ. image) – в буквальном переводе на русский язык означает образ, облик. Однако согласно мнению Е.Б. Перелыгиной, «правильнее определить имидж как разновидность образа, а именно такой образ, прообразом которого является не любое явление, а субъект». Следовательно, термин «имидж» является частным по отношению к общему понятию образ.

Термин «имидж» стал использоваться в лексиконе русскоязычных авторов только с конца XX века, став предметом изучения специальной науки – имиджелогии, а также одним из ключевых понятий психологии имиджа.

В теории и практике современной имиджелогии данный термин интерпретируется достаточно широко. Российский имиджеолог И.Ф. Симонова, систематизировав существующие на сегодня определения данного понятия, выделяет в его трактовке следующие подходы:

– имидж как совокупность «внешних характеристик и поведенческих навыков»;
– имидж как совокупность «видимых, внешних характеристик и некоего объема информации, которую можно получить (передать) с их помощью»;
– имидж – «мнение, которое складывается на основе восприятия и переработки этой информации».

Другой российский исследователь, профессор А.Ю. Панасюк определяет имидж человека как «мнение об этом человеке у группы людей

в результате сформированного в их психике образа этого человека, возникшего вследствие прямого их контакта с этим человеком или вследствие полученной об этом человеке информации от других людей; по сути, имидж человека – это как он выглядит в глазах других людей, или, что одно и то же, каково о нем мнение других людей». Таким образом, он отождествляет понятие «имидж» с таким понятием, как «мнение».

Е.Б. Перелыгина относится к данной позиции критически, отмечая, что «с таким определением имиджа нельзя согласиться, как и с отождествлением имиджа с репутацией или авторитетом». «Мнение обязательно предполагает словесную форму выражения», в то время как образ, а значит и имидж, т.к. он является его частным случаем, предполагает наличие невербальных элементов». Данное замечание относится и к пониманию имиджа как репутации.

Понятие имиджа достаточно четко различается с понятием авторитета, под которым понимают значение или влияние лица, письменного источника и т.п., которое находит нужным постоянно учитывать какой-то человек или определенная группа. Имидж человека также может служить фактором, способствующим доверительному отношению и возможности оказывать влияние; однако этот фактор является лишь одной из функций имиджа, которая не всегда и проявляется.

Сегодня наука не располагает единым, совершенным определением понятия имидж. Данный факт можно объяснить тем, что имидж является многогранным образованием, объединяющим различные аспекты и включающим множество свойств, которые представляется сложным свести к одному знаменателю.

Раскрытие сущности понятия имидж невозможно без рассмотрения его структуры. Рассмотрим один из возможный вариантов структуры имиджа как многомерного конструкта, включающего различные элементы, отличные друг от друга по значимости, степени динамичности либо статичности и находящиеся во взаимодействии.

Наиболее статичным компонентом имиджа является его ядро, включающее наиболее ярко выраженные характеристики, которые и обеспечивают его устойчивое функционирование и могут быть как врожденными, так и приобретенными в процессе жизнедеятельности индивида (ценности, установки, направленность личности и т.д.).

Индивидуально-личностный компонент, включающий характеристики:

1) физическая индивидуальность (конституция, рост, вес, осанка, черты лица, тембр голоса и т.д.);

2) личностные качества (темперамент, характер, эмоционально-волевые свойства, морально-нравственные характеристики и т.д.).

Социальный компонент, включающий социальный статус, социальные роли, модели ролевого поведения, стиль жизни и др.

И.Ф. Симонова выделяет основные характеристики имиджа:

– информативность;
– символичность;
– активность;
– динамичность;
– эмоциональная окрашенность;
– функциональность.

Информативность сообщает о совокупности признаков, которые присущи самому объекту. При этом информация может нести в себе значительную долю необъективности. «Имидж можно рассматривать как разновидность свернутого сообщения: значительный объем информации, которую несет объект через посредство имиджа, сводится к ограниченному набору символов» (С.К. Нартова-Бочавер). Таким образом, символичность является характеристикой, также присущей имиджу.

Под активностью в данном случае понимается способность воздействовать на сознание, эмоции, деятельность и поступки отдельных людей и целых групп населения.

Имидж имеет внутреннюю структуру, т.е. является многомерным конструктом, обладающим собственной динамикой. Динамичность имиджа проявляется в способности его элементов преобразовываться, видоизменяться в соответствии с изменениями в самом носителе или в групповом сознании. Таким образом, обеспечивается «возможность адекватно вести себя в постоянно меняющейся внешней среде, изменять поведение, облик в зависимости от ситуации, адекватно реагировать на обстоятельства и т.д.» (С.К. Нартова-Бочавер), т.е. данная характеристика обеспечивает адаптивность и приспособляемость к актуальным условиям среды.

В.М. Шепель выделяет три возможных подхода к классификации имиджа:

– функциональный;
– контекстный;
– сопоставительный.

Ф. Джефкинс и Д. Ядин («Паблик Рилейшнз», 2003), будучи сторонниками первого подхода, выделяют следующие пять типов имиджа:

– зеркальный – «имидж, свойственный нашему представлению о себе»;
– текущий – отражающий взгляд со стороны;
– желательный – отражение нашего стремления;
– корпоративный – имидж целой организации;

– составной – «вариант имиджа образуется при наличии ряда независимых структур вместо единой корпорации».

Представитель контекстного подхода, британская исследовательница Э. Сэмпсон выделяет три вида имиджа личности:

– самоимидж;
– воспринимаемый имидж;
– требуемый имидж.

Самоимидж – нынешнее состояние и отношение к себе, сформированное на основе прошлого опыта. Воспринимаемый имидж отражает то, как нас воспринимают и оценивают другие, что может значительно отличаться от наших представлений о себе, т.е. от самоимиджа. Требуемый имидж зависит от занимаемого места в обществе, включает требования, налагаемые определенной «ролью».

Данная классификация позволяет рассматривать имидж с трех сторон: «со стороны своего Я и со стороны других людей, со стороны реалий и со стороны желаний».

В рамках сопоставительного подхода выделяются и сравниваются близкие имиджи, которые в зависимости от сфер деятельности, социального контекста различаются по механизмам формирования, содержанию, своим проявлениям и т.д.

Итак, можно отметить, что об имидже целесообразно говорить как о многомерном личностном конструкте, обладающем множеством характеристик и сложной структурой, несводимым к другим понятиям, таким как образ, авторитет, репутация и т.д.

И.Ф. Симонова выделяет следующие функции имиджа, наиболее важные с психологической точки зрения:

– самовыражения;
– коммуникативная;
– психологической защиты;
– адаптации;
– социального тренинга;
– личностной самоидентификации;
– терапевтическая;
– аксиологическая.

В.М. Шепель обозначает две группы функций имиджа: ценностные и технологические. Он также выделяет наличие такой функции как психотерапевтическая: «суть ее в том, что личность, благодаря осознанию своей индивидуальной незаурядности и повышенной коммуникабельности, обретает устойчивое мажорное настроение и уверенность в себе». Взаимосвязанной с данной функцией имиджа представляется такая его функция как

иллюзорно-компенсаторная, выделенная И.А. Фёдоровым. Данная функция проявляется в том, что «имиджи позволяют как бы «поиграть в несбывшееся», компенсировать стереотипность обычной жизни, сохраняя тем самым личность, но не нарушая поведенческой рамки групповых ролей».

Формирование собственного имиджа, своего образа, отвечающего своим желаниям и требованиям, благоприятствует установлению психологического комфорта, снижению вероятности возникновения депрессивных состояний и неврозов, тем самым повышает адаптацию и продуктивность деятельности субъекта во всех сферах жизнедеятельности.

Имидж является одним из ключевых факторов адаптации. Таким образом, можно говорить о потенциале имиджа как сложного и многомерного феномена, включенного в структуру личности и выполняющего такие функции как психотерапевтическая и компенсаторная, для совладания с переживаниями.

Неотъемлемым элементом структуры персонального имиджа является Я-концепция, которая выполняет ряд важнейших функций в жизнедеятельности личности. Так, Р. Бернс выделяет следующие:

– обеспечивает внутреннюю согласованность;
– определяет интерпретацию жизненного опыта личности;
– является источником ожиданий.

Я-концепцию представляют в виде трехкомпонентной структуры, включающей:

– когнитивный компонент – представления индивида о себе – Я-образ;
– аффективный (ценностный) компонент – самооценка;
– конативный (поведенческий) компонент – потенциальная поведенческая реакция.

Р. Бернс отмечает, что «предметом самовосприятия и самооценки индивида могут быть, в частности, его тело, его способности, его социальные отношения и множество других личностных проявлений».

Гармонизация и интеграция всех структур Я-концепции – залог успешности построения копинг-стратегий для совладания с переживаниями и стрессом. В случае дезинтеграции Я-концепции, неадекватной выраженности каких-либо ее компонентов, необходима перестройка Я-концепции, как потенциальная стратегия совладания с переживаниями.

В условиях современности, когда в стандарте успешной личности телесная красота занимает одно из ведущих мест, образ физического Я, как структурный элемент Я-концепции, выступает важнейшим личностным образованием. Образ физического Я влияет на все сферы жизнедеятельности индивида от эмоциональной до межличностной.

В структуре образа физического Я можно выделить те же взаимосвязанные компоненты, что и в структуре Я-концепции в целом, т.е. когнитивный, аффективный и поведенческий.

Поведенческий компонент в данном контексте подразумевает регулярные телесные практики по преобразованию внешнего облика, в частности, по формированию габитарного имиджа в целом.

Габитарный имидж – это внешний облик человека – его телосложение, одежда, прическа, аксессуары и т.д. Внешность, стиль, одежда человека – это источник мнения о нем, фактор формирования впечатления.

Как отмечает А.А. Гавриленко, такая стратегия «может приводить к восстановлению равновесия между реальным образом физического Я и идеальным». Таким образом, телесные практики, направленные на восстановление равновесия, являются адаптационно-компенсаторными стратегиями, обладающими потенциалом для гармонизации Я-концепции, а, следовательно, для регуляции аффективной, когнитивной, поведенческой сфер личности в период переживаний и стресса. А.А. Гавриленко дает следующую классификацию стратегий по преобразованию внешности:

– предполагающие искусственно осуществляемое радикальное изменение анатомических параметров тела (например, пластическая хирургия);
– предполагающие более естественный путь изменения анатомических параметров тела индивида (диета, занятия фитнесом и т.п.);
– предполагающие коррекцию тела при помощи социальных элементов оформления внешности (косметика, одежда, аксессуары и т.п.).

Изменение габитарного имиджа может способствовать гармонизации Я-концепции, повышению самооценки индивида, что ведет к улучшению адаптации в социуме, новой реакции социума на личность.

Применение стратегий по изменению характеристик телесности ведет не только к повышению привлекательности внешности, но обладает целостным психокоррекционным эффектом. Грамотно выстроенный внешний облик индивида меняет внутреннее психологическое состояние, гармонизирует все компоненты Я-концепции, способствует самопринятию, выстраиванию положительной динамики в переживаниях жизненных обстоятельств и стресса.

Смену имиджа как способ выхода из кризиса рассматривает практический психолог А.П. Мерсиянова. Ею выделены три причины, по которым смену имиджа можно рассматривать как стратегию, обладающую потенциалом для разрешения внутренних конфликтов:

– значение физического Я для самооценки и самоотношения;

– удовлетворение потребности в переменах, которая может обостряться в сложных жизненных ситуациях: «…у человека могут даже на иррациональном уровне сложиться такие схемы: «должно что-то срочно измениться, пусть это буду хотя бы я» … То есть уже само изменение имеет «лечебный» эффект»;
– изменение имиджа – это определенная внешняя активность, позволяющая отвлечь внимание от внутренних негативных переживаний и конфликтов.

Целью данного исследования стало выявление избранных особенностей личности в контексте проблемы совладания с переживаниями и стрессом, а также выбора адекватных копинг-стратегий.

В число методов исследования вошли: 1) «Методика исследования самоотношения к Образу Физического Я» (женский вариант), которая позволяет оценивать анатомические, функциональные и социальные характеристики внешности в двух подсистемах самоотношения: системе «Я и другие» и системе «Я-Я»; 2) Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин, 1993); 3) Коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Контингент исследования – 30 женщин в возрасте 19-56 лет (средний возраст 25 лет), среди которых присутствовали студентки, работницы и домохозяйки.

По первой методике у испытуемых выявлена высокая самооценка анатомических (7,76) и социальных характеристик (7,75) собственной внешности. Отдельные функциональные характеристики образа физического Я (сила, быстрота, ловкость) оцениваются как средние, но в целом показатели удовлетворенности тоже высоки (7,1). Общая удовлетворенность физическим Я составляет (7,5), что говорит об удовлетворенности испытуемых своей внешностью, одеждой, функциональными возможностями тела.

Показатели личной значимости характеристик внешности свидетельствуют о высокой степени важности для испытуемых своего образа физического Я. Для них важно обладать привлекательной внешностью (9,2), быть хорошо одетыми и использовать косметику (8,9). Значимость физических качеств варьирует в среднем от 6,7 для силы и 8,3 для гибкости. Если средняя значимость физических показателей составила 7,5, то значимость анатомических и социальных характеристик оказалась выше на 1,55.

По второй методике можем констатировать, что результаты показали невысокий уровень адаптационных возможностей, однако уровень отдельных показателей оказывается выше. Так, 76,7 % испытуемых имеют средние показатели коммуникативного потенциала с достоверностью в среднем 3,3.

В качестве основных выводов исследования можно обозначить следующие заключения:

1. Испытуемые женщины предъявляют более высокие требования к характеристикам внешности, особенно анатомическим и социальным показателям.

2. Испытуемые в целом удовлетворены своим образом физического Я.

3. Испытуемые ориентируются на соблюдение общепринятых норм поведения и адекватно оценивают свою роль в коллективе.

4. Испытуемые выявляют средний уровень конфликтности и успешности устанавливать контакты.

5. Испытуемые имеют достаточно низкий уровень (2,8) поведенческой регуляции, что свидетельствует о высокой утомляемости, истощаемости, склонности к нервным срывам.

По итогам корреляционного анализа завершающим выводом может выступать следующее утверждение: высокая значимость для женщин характеристик внешности, а следовательно, и озабоченность своим внешним видом, не ведут к повышению адаптационного потенциала их личности, а скорее можно говорить об обратной взаимосвязи. Адаптационный потенциал играет ведущую роль в процессе совладания с переживаниями. Для повышения адаптационного потенциала личности актуальной стратегией, способной повысить устойчивость процесса регуляции поведения, потенциально может являться, например, смена имиджа, повышающая самооценку, что согласуется с механизмом «обретение уверенности», выделенным А.П. Марсияновой.

Список литературы

1. Бёрнс Р. Развитие Я-концепции и воспитания / Р. Бёрнс. – М.: Прогресс, 1986. – 422 с.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти т. Т. 4. Детская психология / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
4. Гавриленко А.А. Образ физического Я как структурная составляющая Я-концепции: дис. ... кандид. психол. наук: 19.00.05 / А.А. Гавриленко. – М., 2009. – 175 с.
5. Мерсиянова А.П. Смена имиджа как способ выхода из личностного кризиса [Электронный ресурс] / А.П. Мерсиянова. – Режим доступа: http://center-bliss.kz/?p=254
6. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова-Бочавер // Психологический журнал. – 1997. Т. 18. № 5. – С. 20-30.
7. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: Изд. 2-е / С.Л. Рубинштейн. – М., 1946. – 704 с.
8. Панасюк А.И. Имидж: определение центрального понятия имиджелогии [Электронный ресурс] / А.И. Панасюк // Доклад на открытом заседании президиума академии имиджелогии, 26 марта 2004 г. – Режим доступа: http://academim.org/art/pan1_2.html

9. Перелыгина Е.Б. Психология имиджа: Учебное пособие / Е.Б. Перелыгина. – М.: Аспект Пресс, 2002. – 223 с.
10. Симонова И.Ф. Педагогика имиджа: Монография / И.Ф. Симонова. – СПб., 2012. – 304 с. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.simmerk.ru/files/lib/main_menu.htm.
11. Фёдоров И.А. Имидж как программирование поведения людей / И.А. Фёдоров. – Рязань: Новое время, 1997. – 240 с. Шепель В.М. Имиджелогия: секреты личного обаяния / В.М. Шепель. – М.: Культура и спорт, Юнити, 1994. – 320 с.
12. Шепель В.М. Имиджелогия. Как нравиться людям / В.М. Шепель. – М.: Народное образование, 2002. – 406 с.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИЗБРАННОГО КОНТИНГЕНТА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

А.В. Даниленко

УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Белоруссия

Качество жизни – очень широкое и неоднозначно трактуемое понятие. В настоящее время не существует единого всеобъемлющего определения качества жизни. Понятие было введено в научный оборот в середине 60-х гг. XX века в контексте теорий постиндустриального или нового индустриального общества и используется сейчас во многих областях научного знания. Оно включает в себя объективную (набор необходимых параметров и условий жизни индивида) и субъективную составляющие (оценку или степень удовлетворенности индивида и общества их реальным состоянием). Критерием объективной оценки качества жизни служат научные нормативы потребностей и интересов людей по соотношению, с которыми можно объективно судить о степени удовлетворения этих потребностей и интересов. Однако потребности и интересы людей индивидуальны и степень их удовлетворения могут оценить только сами субъекты. Они не фиксируются какими-либо статистическими величинами и практически существуют лишь в сознании людей и, соответственно, в их личных мнениях и оценках. Таким образом, оценка качества жизни выступает в двух формах: 1) степень удовлетворения научно-обоснованных потребностей и интересов; 2) удовлетворенность качеством жизни самих людей.

Количество параметров, используемых для оценки объективной составляющей качества жизни, широко варьирует от 3-4 до 1000 – что зависит от целей и возможностей исследования. В широкомасштабных проектах изучения качества жизни учитывается множество объективных показателей как природных, так и социальных. В статистике ООН качество жизни

определяется примерно по 150 обобщенным индикаторам, рассчитываемым для каждой страны. Среди них, как правило, присутствуют: средняя ожидаемая продолжительность жизни в стране, ВВП на душу населения (или производство продуктов питания и промышленных товаров на душу населения) и уровень загрязнения окружающей среды. Объективная сторона рассматриваемой научной категории является предметом исследования социологии, демографии, экономики, социальной медицины и т.д.

Нас больше интересует ее субъективный аспект – качество жизни как комплексная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на субъективном восприятии и оценке степени его собственной удовлетворенности условиями и характеристиками жизни.

Сегодня качество жизни рассматривается как надежный, информативный и экономичный метод оценки здоровья и благополучия человека как на индивидуальном, так и на групповом уровне.

Качество жизни иногда отождествляют с понятием «уровень жизни». Но понятие «уровень жизни» является более узким и характеризует уровень благосостояния – степень удовлетворения материальных и духовных потребностей людей массой товаров и услуг, используемых в единицу времени. Уровень жизни базируется на объеме реальных доходов на душу населения и соответствующем объеме потребления. Уровень жизни – категория экономическая, а качество жизни – категория социальная.

Проблема качества жизни имела свои истоки в рассуждениях о смысле жизни, природе человека, добродетелях, помощи ближним, богатстве, благе. Подтверждением этому является фраза Аристотеля: «Цель государства – благая жизнь».

Однако считается, что история учения о качестве жизни начинается с 1947 г., когда профессор Колумбийского университета США D.A. Karnovsky опубликовал работу «Клиническая оценка химиотерапии при раке», где всесторонне исследовал личность человека, страдающего соматическими заболеваниями. Развитию этого направления способствовала также разработанная в 1980 году биопсихологическая модель медицины, сутью которой явился учет психосоциальных аспектов заболевания. С 80-х годов XX века наблюдается лавинообразный рост публикаций по фундаментальному исследованию качества жизни, который продолжается и сейчас.

Качество жизни трактуется сегодня как «степень удовлетворения человеческих потребностей», как «степень комфортности человека внутри себя и в рамках своего общества» и т.д. В начале XXI века появилось понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» (health related quality of life).

В проблему научного изучения качества жизни большой вклад внесла Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), которая выработала основополагающие критерии качества жизни:

– физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
– психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания);
– уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
– общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
– окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации);
– духовность (религия, личные убеждения).

С 1995 г. функционирует международная организация, изучающая качество жизни – MAPI Research Institute – основной координатор всех исследований в области качества жизни. Институт ежегодно проводит конгрессы Международного общества по исследованию качества жизни (International Society of Quality of Life Research – ISOQOL), внедряя в жизнь тезис о том, что целью любого лечения является приближение качества жизни больных к уровню практически здоровых людей.

Психологической наукой качество жизни определяется как удовлетворенность человека своей жизнью и выражается в уровне и степени реализации его потребностей (А. Кэмбелл, Ф. Конверс, В. Роджерс, Э. Фромм и др.).

В ряде работ утверждается, что истинное значение качества жизни отражается в субъективных оценках индивида, его ощущениях. Субъективная оценка качества жизни зависит от многих факторов. К числу этих факторов относят:

– уровень интеллектуального развития личности,
– доход,
– занятость,
– возраст,
– брачный статус,
– национальность,
– место проживания,
– здоровье,
– внешность.

А. Кэмбелл писал: «Если мы попытаемся объяснить мироощущение людей на основе объективных обстоятельств, мы оставим непонятой большую часть того, что нам необходимо объяснить» (Campbell A., 1981). Так он показывал значимость субъективных оценок качества жизни. Это не значит, что представители этой концепции отрицают значимость объективных оценок. Они утверждают, что необходимо учитывать сложный характер взаимосвязи объективных условий и их субъективную оценку. А. Кэмбелл, Ф. Конверс, В. Роджерс обращали внимание на то, что степень удовлетворенности жизнью формируется под влиянием двух факторов: эталона сравнения и оценки среды.

Эталон сравнения включает в себя следующие виды и уровни сравнения: устремления, ожидания, равенства, личные потребности. Уровень устремлений – то, чего человек желает достичь. Уровень ожиданий – то, что человек ждет от своей жизни. Уровень равенства – положение, которое человек считает для себя достойным. Личные потребности есть степень реализации этих потребностей. Считается, что решающая роль принадлежит субъективным оценкам, так как этими учеными доказано, что социальное влияние, социальное окружение не всегда определяют то или иное качество жизни. Выделяя объективные индикаторы – возраст, пол, доход, образование, занятость – ряд исследователей, стоящих на позициях «ощущаемого качества жизни», утверждает, что эти индикаторы могут фиксировать лишь отдельные стороны удовлетворенности жизнью.

Этими же авторами разработана формула оценки «ощущаемого качества жизни», в соответствии с которой уровень удовлетворенности «ощущаемым качеством жизни» выявляется при расхождении между притязаниями индивидов и уровнями их удовлетворения. Если использовать данную формулу, то получается, что люди, чьи реальные условия близки желаемым, будут считать уровень своего качества жизни высоким. Люди же, имеющие большие расхождения между реальным и желаемым статусом, будут оценивать своей уровень качества жизни как низкий. Однако в этой формуле не учитывается уровень притязаний людей, их психологические особенности, условия жизни, а на основе только одного показателя невозможно дать объективную оценку качеству жизни.

Г. Гендерсон, М. Сирги, Г. Самли предлагают другое измерение качества жизни, которое основано на деятельностном подходе. Они предлагают осуществлять анализ качества жизни, включающий в себя четыре уровня оценки. Первый уровень – оценка целей и способов их достижения; второй уровень – оценка настоящего и будущего; третий уровень – оценка социального потенциала качества жизни и его реализации; четвертый уровень – индивидуальный, групповой, социетальный и мировой.

В настоящее время в литературе существуют методики, используемые для измерения субъективного качества жизни, в частности, шкала «ощущаемого счастья», шкалы семантического дифференциала, шкала Кентрила, шкалы «аффективного баланса» Брендберна и др.

А. Кэмбелл, П. Конверс, К. Роджерс для оценки ощущаемого качества жизни предлагают использовать такие категории, как «счастье» и «удовлетворенность». «Счастье» фиксирует эмоциональную сторону, а «удовлетворенность» – познавательную. Измерение этих категорий и есть измерение субъективной стороны качества жизни.

Методологической основой этой концепции являются идеи радикального эмпиризма, прагматизма, феноменологического и экзистенциалистского подхода, концепции потребностей А. Маслоу и Э. Аллардта.

Из концепции А. Маслоу может последовать ошибочный вывод – возникновение потребности возможно только после стопроцентного удовлетворения нижележащей. На самом деле почти о любом здоровом представителе общества можно сказать, что он одновременно и удовлетворен, и не удовлетворен во всех своих базовых потребностях. Ни одна из них почти никогда не становится единственным, всепоглощающим мотивом поведения человека. Практически любой поведенческий акт детерминирован множеством мотивов. По его мнению, только 10 % людей способны реализовать потребности в самовыражении и самоактуализации, что означает стремление человека достичь максимума своего потенциала.

Согласно мнению Э. Аллардта, качество жизни – это удовлетворение трех систем базовых потребностей: «иметь», «любить», «быть». К первой группе потребностей он относит экономические условия, занятость, здоровье, образование. Ко второй – общение, контакты в локальном сообществе, дружеские отношения, социализацию. К третьей – интеграцию в общество и жизнь в гармонии с природой, политическую активность, досуг и др. В отличие от позиции А. Маслоу в теории Э. Аллардта, где потребности также располагаются иерархично, движение потребностей возможно в двух направлениях: вверх, если предыдущая потребность удовлетворена; вниз, если не выполнены желания более высокого порядка. В соответствии с этим качество жизни понимается как результат возможности удовлетворения потребностей человека.

В рамках концепции «ощущаемого качества жизни» одной из проблем является выражение субъективной оценки качества жизни, например, в понятиях: «счастье-несчастье», «успех-неуспех», «удача-неудача», «смысл жизни», «любовь» и др. В. Франкл, разделяющий основные положения этой концепции, отмечает, что «человек может найти смысл жизни в создании творческого продукта или совершении дела, или в переживании

добра, истины и красоты... природы и культуры; или... во встрече с другим уникальным человеком». Представители этого направления считают, что общая субъективная оценка качества жизни складывается из когнитивной и аффективной оценки.

Когнитивный компонент включает в себя оценку общей удовлетворенности жизнью и ее различными сферами, что представляет собой два независимых психологических состояния, так как они формируются различными механизмами усвоения информации.

Аффективный компонент представляет собой баланс позитивных и негативных аффектов. К позитивным аффектам относится ощущение счастья, социальной поддержки, удовлетворенности. Негативные аффекты выражаются в ощущении стресса, депрессии, тревоги, неудовлетворенности. Сторонники данной концепции для оценки ощущаемого качества жизни предлагают использовать такие категории, как «счастье» и «удовлетворенность». По их мнению, «счастье» фиксирует эмоциональную сторону, а «удовлетворенность» – познавательную. Применение этих категорий относительно индивида и общества в целом и есть измерение субъективной стороны качества жизни.

Г.М. Зараковский утверждает, что основным субъективно-оценочным проявлением качества жизни является счастье. Древнегреческие философы трактовали счастье двояко: эвдемоническое и гедоническое. Эвдемоническое понимание счастья – это «состояние совершенства», что обусловлено самосовершенствованием личности и самореализацией человеком себя как духовного, разумного существа. В гедонистическом понимании счастье – это «сумма насаждений, которые испытывает человек», что обусловлено любыми удовольствиями и радостями, которые выпадают на его долю.

Г. Айзенк говорит о фиксации счастья. Изучение удовлетворенности жизнью выявило, что повторные тесты показывали постоянство сумм, набранных одним и тем же человеком. Возможно, счастье – это внутреннее состояние, на которое мало влияют внешние обстоятельства, за исключением экстраординарных. Также он высказывал идею о том, что люди наделены разным потенциалом счастья от рождения.

В рамках психологического подхода к пониманию «качества жизни» поднимаются проблемы смысла и цели жизни. Э. Фромм изучал качество жизни именно в данном аспекте. Он обращает внимание на то, что «обладание и бытие являются двумя основными способами существования человека, преобладание одного из которых определяет различия в индивидуальных характерах людей и типах социального характера».Э. Фромм показывает, что модус «иметь» ориентирован на потребление, приспособление

окружающей действительности к своему «Я», на высокий уровень, но низкое качество жизни. Под бытием ученый понимает такой способ существования, при котором личность ориентирована на удовлетворение потребностей в самореализации и самоактуализации. Норма «быть» дает возможность максимально развивать свою индивидуальность, продуктивно использовать способности, творить, повышать свой интеллектуальный уровень. Качество жизни людей с модусом «быть» не зависит от их жизненного уровня.

Качество жизни связывают также со смыслом жизни. Переживание осмысленности жизни в процессе самоосуществления часто сопровождается состоянием счастья, гармонии, душевного здоровья, полноты жизни, что и определяет феномен качества жизни. В.Э. Чудновский выделяет различные уровни смысла жизни в зависимости от позитивного или негативного влияния на становление и развитие личности и вводит понятие «оптимальный смысл жизни» Оптимальный смысл – это тот смысл, который обеспечивает высокое качество жизни человека.

По мнению Г.М. Зараковского, смысл жизни дает человеку основной критерий качества его жизни в части духовно-психологической составляющей. Наличие личностного смысла жизни создает перспективу жизненного пути и тот психологический стержень, который позволяет человеку преодолевать различные трудности и испытания, возникающие на жизненном пути.

Обобщенный критерий качества жизни «психологическое благополучие» предлагает К. Рифф. Для описания структуры психологического благополучия автор обращается к гуманистическим теориям здоровой личности (А. Маслоу, К. Роджерс, Г. Олпорт), к идеям К.-Г. Юнга и к тем представлениям о развитии человека, которые содержатся в концепциях Э. Эриксона, Ш. Бюлер и Б. Ньюгартена. Учитываются также позитивные критерии психического здоровья М. Ягоды и представления Д. Биррена о позитивном функционировании в позднем возрасте.

К. Рифф выделяет 6 параметров психологического благополучия:

– позитивное отношение к себе и своей прошлой жизни (самопринятие),
– наличие целей и занятий, придающих смысл жизни (цели в жизни),
– способность выполнять требования повседневной жизни (компетентность),
– чувство непрекращающегося развития и самореализации (личностный рост),
– отношения с другими, пронизанные заботой и доверием (позитивные отношения с другими),

– способность следовать собственным убеждениям (автономность).

По мнению К. Рифф, предложенные шкалы являются универсальными и характеризуют сущность психологического благополучия вне зависимости от социокультурных условий.

Существует модель качества жизни, объединяющая удовлетворенность жизнью, представление о счастье, мотивацию, ценностную структуру, личностные характеристики, в том числе уверенность в себе и стили поведения.

Таким образом, для психологического подхода к анализу качества жизни характерным является рассмотрение реализованности личностных потребностей и степени адаптации внешней среды для личности. Представители этого подхода считают, что качество жизни характеризует состояние общества, прежде всего с точки зрения социально-психологического климата. Модель «ощущаемого качества жизни» построена на утверждении, что истинное значение качества жизни отражено в субъективных ощущениях индивидов, формирующихся на основе конкретных материальных условий жизни, эмоционального настроения и т.д. В соответствии с этим качество жизни есть психологическое состояние личности.

Целью данного исследования было определено изучение избранных особенностей качества жизни студенческой молодежи на основе физических и психических компонентов здоровья.

Для оценки качества жизни использовалась русскоязычная модификация неспецифического «Опросника SF-36» (автор – J.E.Ware, 1992), который был создан для того, чтобы удовлетворить минимальные психометрические стандарты, необходимые для групповых сравнений. Методика предназначена для изучения всех компонентов качества жизни.

Контингент исследования – 80 студентов УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», представителей обоих полов, разных специальностей в возрасте 19-24 лет, отобранных в случайном порядке.

Модель, лежащая в основе конструкции шкал и суммарных измерений используемого нами «Опросника SF-36», имеет 3 уровня:

– 36 вопросов;
– 8 шкал, сформированных из 2-10 вопросов;
– 2 суммарных измерения шкал.

Оценка осуществляется по следующим шкалам:

1. Физическое функционирование. Шкала отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

2. Ролевое (физическое) функционирование. Показывает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей).

3. Боль. Физическая боль и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. Общее здоровье. Оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент.

5. Жизнеспособность. Подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

6. Социальное функционирование. Определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Эмоциональное функционирование. Предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. Психологическое здоровье. Характеризует настроение: наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Все шкалы объединены в 2 суммарных измерения: физический компонент здоровья (PH) и психологический компонент здоровья (MH).

1. Физический компонент здоровья (Physical Health – PH) составляют шкалы:

– физическое функционирование;
– ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием;
– интенсивность боли;
– общее состояние здоровья.

2. Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH):

– психическое здоровье;
– ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием;
– социальное функционирование;
– жизненная активность.

Нормальный показатель по физическому (PH) и психологическому (MH) компонентам здоровья составляет 50 баллов и выше (the SF Community). Показатели 0-49 баллов по физическому и психическому благополучию являются низким результатом, не соответствующим норме.

Статистический разброс результатов по физическому и психологическому благополучию у студентов составил от 33,77 до 60,85 баллов по общему показателю PH и от 18,04 до 59,6 баллов по общему показателю

МН. Таким образом, показатель психологического благополучия имеет более низкие результаты по сравнению с показателем физического благополучия (18,04 в сравнении с 33,77). Высокие результаты по показателям примерно равны (59,6 и 60,85 баллов).

По физическому компоненту здоровья 55,7 % испытуемых показывают уровень средний и выше среднего, 44,3 % – ниже среднего.

По психологическому компоненту здоровья 37 % испытуемых показывают уровень средний и выше среднего, и 63 % – ниже среднего.

Исследование показало, что по показателю физического благополучия доминируют результаты в пределах и выше нормы. По показателю психического благополучия доминируют результаты ниже нормы.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что общий уровень качества жизни избранных представителей студенческой молодежи стремится к пределам нормы за счет высоких показателей по компоненту физического здоровья, а показатель психологического здоровья у большинства испытуемых ниже среднего.

Список литературы

1. Айзенк Г. Язык счастья: Как с помощью психологии и тестов построить идеальные семейные отношения / Г. Айзенк. – М.: Эксмо-Пресс, 2002. – 345 с.
2. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // Медицинский портал «Здоровье Украины» [Электронный ресурс]. – Киев, 2006. – Режим доступа: http://www.health-ua.org/archives/health/1374.html. Дата доступа: 28.02.2014.
3. Лига М.Б. Качество жизни как основа безопасности: / М.Б. Лига; под ред. М.В. Константинова. – Москва: Гардарики, 2006. http://www. rusnauka.com/16_ADEN_2011/Psihologia/12_88633.doc.htm.
4. Маслоу А.Г., Мотивация и личность / А.Г. Маслоу. – СПб.: Евразия, 1999. – 352 с.
5. Нуругаев Р.М. Качество жизни в трудах социологов США / Р.М. Нуругаев, М.А. Нуругаев // Социологические исследования. – 2003. – № 8. – С. 90–95.
6. Рифф К. Качество жизни населения России. Психологические составляющие / К. Рифф, Г.М. Зараковский. – Москва: Смысл, 2009. – 228 с.
7. Савченко Т.Н., Субъективное качество жизни. Подходы, методы оценки, прикладные исследования / Т.Н. Савченко, Г.М. Головина. – М.: Институт психологии РАН, 2006. – 170 с.
8. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М.: Прогресс, 1990. – 372 с.
9. Фромм Э. Иметь или быть? / Э. Фромм. – М.: АСТ, 2008. – 400 с.

ДЕФИЦИТАРНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В СТРУКТУРЕ СУБЪЕКТИВНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ ЛИЧНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

С.Э. Ковалёв, М.Г. Ишенгельдиева

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

В связи с радикальными социально-экономическими, политическими и идеологическими изменениями в нашей стране коренным образом меняются требования к личности профессионала и его профессиональному поведению. В условиях рыночных отношений, жесткой конкуренции и наличия рынка рабочей силы эти требования заметно возрастают. Кроме того, быстрое развитие техники и технологии предполагает не только высокий уровень профессиональной компетентности, но и весьма выраженные профессионально важные качества. Именно к таким качествам любого профессионала относится ответственность, которую с полным правом можно назвать универсальным профессионально важным качеством, то есть востребованным в любой профессиональной деятельности.

Современная жизнь с каждым днем все ощутимее изменяет сложившуюся за многие столетия систему взаимоотношений человека с окружающим миром. Интенсификация труда, напряженность повседневной жизни, загрязнение среды обитания, множество разнообразных неблагоприятных факторов и незаметно, и явно, к тому же, как правило, интенсивно и длительно воздействуют на человека («стрессируют» его). В большинстве случаев этим воздействиям сопутствует перенапряжение физических и психических процессов, ухудшение функционального состояния, изменение личностного статуса, нарушение профессиональной эффективности и безопасности труда, а также развитие психосоматических заболеваний. По данным многих исследователей (Н.В. Тарабарина, В.А. Агарков, Ю.В. Быховец, Е.С. Калмыкова, А.В. Макарчук, М.А. Падун, Е.Г. Удачина. З.Г. Химчан, Н.Е. Шаталова, А.И. Щепина, Е.Д. Соколова, Ф.Б. Березин, Т.В. Барлас), мы живем во времена увеличения стрессовых нагрузок, и большинство показателей стрессов и напряжений постоянно возрастает. Практически любой человек в течение своей жизни неоднократно переживает состояние стресса в многообразии его проявлений. Психологический стресс в трудовой и социальной жизни человека сегодня представляет собой одну из существенных проблем современного общества.

Каждый человек обладает определенным энергетическим статусом, управляет своими энергетическими ресурсами через определенный образ

жизни. Когда происходит нарушение этого статуса, состояние энергетической достаточности переходит в состояние дефицитарности, последствиями которого являются болезни и различные дезадапционные проявления.

Дефицитарные состояния относятся к неравновесным (неустойчивым) психическим состояниям. Состояния дефицитарности, т.е. энергетической недостаточности, появляются в случаях, когда нарушаются процессы саморегуляции, адаптации и самоактуализации, у человека искажается энергообеспечение организма и, как следствие, могут повыситься энергетические потребности и истощаются внутренние ресурсы.

В настоящее время все большую значимость в жизнедеятельности человека и общества приобретает способность личности к наилучшему использованию своих возможностей в соответствии с предъявляемыми обстановкой требованиями, и это одна из важных психолого-акмеологических тенденций современной жизни. Требования к управленческому персоналу и, в частности, к государственным служащим повышаются и усложняются, так как успешность их деятельности во многом определяет социально-экономическое положение страны.

Исследователи (У.Б. Кеннон, Ю.В. Щербатых, Л.И. Покидышева, Р.А. Белоусова, Е.В. Смирнова, К.Р. Седов, А.Н. Горбань, Е.В. Петушкова, В.Т. Манчук, Е.Н. Шаламова) отмечают высокий уровень стрессогенности управленческой деятельности. При этом у лиц, занимающихся управленческой деятельностью, влияние социальных факторов на развитие различных форм дефицитарных психических состояний весьма значительно. Многократное возникновение уникальных по сложности и многообразию стрессовых ситуаций, в которых государственные служащие должны действовать успешно, является специфической особенностью деятельности госслужащих.

Склонность госслужащих к профессиональным стрессам (низкая стрессоустойчивость) еще довольно редко учитывается при оценке кадрового, ресурсного потенциала управленческого аппарата, но профессиональные стрессы реально существуют, связаны с повседневной деятельностью госслужащих и отрицательно влияют на их физическое и психическое здоровье, эффективность их деятельности (качество работы, прогулы, текучесть кадров и др.). Значимость влияния профессиональных стрессов на психосоматическое состояние государственных служащих и эффективность их деятельности порождает необходимость разработки конкретных методов и приемов защиты госслужащих от повреждающих перегрузок, а также выявления возможных источников (в том числе социально-психологических) дефицитарности, что будет способствовать выработке путей минимизации его отрицательных последствий. К сожалению,

проблема дефицитарности психических состояний госслужащих пока не нашла целостного отражения как в фундаментальных отечественных исследованиях, так и в практике социально-психологической подготовки руководителей и специалистов государственной службы.

Поэтому практическую значимость исследования дефицитарных психологических состояний трудно переоценить. Становится ясно, что данное исследование имеет большое значение.

Необходимо также отметить, что перспективным направлением в изучении проявлений дефицитарности психических состояний является концепция локуса контроля. Несмотря на то, что дихотомия «экстернальность-интернальность» интерпретируется по-разному, подчас в рамках взаимоисключающих теорий, ясно, что локус контроля личности является ее важной интегральной характеристикой, показателем взаимосвязи между отношением человека к самому себе и окружающему миру. Выделение личностной характеристики, описывающей то, в какой степени человек ощущает себя активным субъектом собственной деятельности, а в какой – пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств, и может способствовать дальнейшему изучению широкого круга проблем общей и в особенности прикладной психологии личности, в том числе проблем, связанных с дефицитарными психическими состояниями. Тем более предметом психологического анализа все чаще становятся различные формы произвольной активности индивида, его обыденное сознание, типы объяснения окружающего мира, мировоззренческие установки, отношение человека к своей судьбе. Локус контроля – качество, характеризующее склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам либо собственным способностям и усилиям. Начиная с работ Дж. Роттера, многие исследователи, например, С.Р. Пантилеев, В.В. Столин, Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, Эткинд и др., проявляли интерес к личностной парадигме, связанной с оценкой того, внутренний или внешний локус контроля имеет индивид.

В связи с вышеизложенным, а также принимая во внимание специфику деятельности госслужащих, весьма значимым видится изучение особенности дефицитарных психических состояний в структуре субъективной локализации контроля личности госслужащих.

Актуальность исследования, таким образом, обусловлена:

– несоответствием между влиянием стресса на жизнедеятельность государственных служащих и тем местом, которое занимает эта проблема в научных исследованиях и практике подготовки руководителей;
– необходимостью предотвращения (или минимизации) возникновения дефицитарных психических состояний у госслужащих

(неблагоприятных психосоматических состояний, ухудшения результатов деятельности и т.д.) и отсутствием необходимой для этого эмпирической и методической базы;

– высокими социальными и профессиональными требованиями, предъявляемыми к госслужащим, и низким уровнем знаний госслужащих об источниках возникновения дефицитарности в структуре субъективной локализации личности, путях его предотвращения и преодоления.

Решение данных вопросов имеет как теоретическую, так и практическую ценность для формирования эффективной и действенной системы государственной службы Республики Казахстан.

Целью работы является изучение дефицитарного психического состояния в структуре субъективной локализации контроля личности.

Объектом исследования являются профессиональные работники, находящиеся на государственной службе.

Предметом – особенности дефицитарных психических состояний в структуре субъективной локализации контроля личности, находящейся на государственной службе.

Гипотеза исследования предполагала разработку и подтверждение следующих предположений:

1) специфика профессиональной деятельности государственных служащих детерминирует появление у них дефицитарных психических состояний;

2) формирование, специфика содержания и проявление дефицитарных психических состояний госслужащих определяется субъективной локализацией контроля личности.

Среди методов исследования можно выделить:

1) теоретический анализ источников по изучаемой проблеме;

2) диагностические: составленная анкета по выявлению факторов стресса; метод цветовых метафор И.Л. Соломина; проективная методика цветовых выборов Люшера; проективный тест «Незаконченные предложения» Сакса-Сиднея; тест-опросник «Уровень субъективного контроля», разработанный Е.Г. Ксенофонтовой; методика диагностики дефицитарных психических состояний С.Э. Ковалёва.

3) методы математической статистики: корреляционный анализ, t-критерий Стъюдента, критерий χ^2, φ-угловое преобразование Фишера.

Эмпирическое исследование было проведено на 30 испытуемых – руководителях и специалистах государственного учреждения «Департамент по защите прав детей комитета по охране прав детей» Министерства образования и науки РК».

Теоретическая значимость состоит в том, что результаты исследования дополняют научные представления об особенностях регуляции ответственного профессионального поведения личности госслужащего, особенности дефицитарных состояний личности госслужащих, а также расширяют исследовательское поле в таких отраслях социальной психологии, как социальная психология личности в профессиональной деятельности и социальная психология организаций.

Практическая значимость работы определяется возможностью использования выявленных фактов, закономерностей, исследовательских процедур и методов для научно обоснованного прогнозирования ответственного профессионального поведения личности в организации при профессиональном отборе и должностных перемещениях, а также при оценке эффективности и надежности работы персонала, проявлений возможных деструкций и деформации в личности госслужащего.

Апробированный в ходе исследования комплекс методов диагностики дефицитарных психических состояний и субъективной локализации контроля личности может быть использован в практике управления трудовыми коллективами и организации воспитательной работы в производственных и педагогических системах. Материалы исследования могут быть использованы при разработке программ повышения квалификации руководителей и преподавателей.

Надежность, достоверность и обоснованность выводов, полученных результатов обеспечивались исходными методологическими позициями автора; проверкой общих теоретических положений посредством соотнесения их с полученными результатами; применением апробированных методов исследования; применением совокупности надежных методик исследования, адекватных его цели и задачам; репрезентативностью выборки; сопоставлением с выводами других исследований.

Специальная программа изучения особенностей дефицитарных психических состояний личности госслужащих, возникающих под влиянием переживания профессионального стресса, должна включать описание теоретических и методологических оснований для анализа симптомов дефицитарных психических состояний личности госслужащих с учетом наличия у них переживаний профессионального стресса; разработку модели исследования и определение показателей дефицитарности в структуре локализации контроля личности; характеристику выборки, методов, методик и процедур исследования.

Изучение наличия стресса в профессиональной деятельности государственных служащих, как условие появления дефицитарных психических состояний, позволило определить следующее.

В ходе проведения эмпирического исследования были выявлены и подтверждены с помощью методов математической статистики следующие факторы развития стресса у госслужащих в целом:

– специфика трудовой мотивации (мотив достижения успеха, мотив аффиляции, мотив альтруизма);
– организационные моменты, влияющие на удовлетворенность трудом (рабочая нагрузка, неинтересная работа, невозможность дальнейшего служебного роста).

В эмпирической части работы было выявлено наличие стресса у 70 % из числа опрошенных. Факторами стресса у данной группы госслужащих являются:

– неинтересная работа;
– большая рабочая нагрузка;
– физические и психические перегрузки;
– всегда в работе придерживаться инструкций;
– неудовлетворенность рабочим днем;
– невозможность дальнейшего служебного роста.

Испытуемые этой группы обладают такими личностными особенностями, как невротичность, раздражительность, спонтанная агрессивность, низкая выраженность коммуникативных качеств, повышенная тревожность, которая впоследствии приводит к развитию стресса. При возникновении перегрузок данные работники госслужбы для выполнения дальнейшей работы должны затратить больше усилий, используя для этого резервные силы организма. При длительном таком воздействии организм истощается, что влияет на психическое и физическое здоровье. В то же время внутреннее неприятие своей деятельности может повлечь за собой образование негативных эмоций, желание сменить место работы. Неинтересная работа, которая к тому же требует приложения больших психических усилий, не будет приносить удовлетворения и будет являться главными источниками стресса.

В группе с наличием стресса большое количество респондентов всегда следует инструкциям. Следование инструкциям не всегда оправдано. В работе случаются такие моменты, когда приходится проявить инициативу, когда невозможно получить какую-либо информацию, в таких случаях необходимо применить все знания и действовать сообразно обстоятельствам. Таким образом, в сложных профессиональных ситуациях респонденты экспериментальной группы чаще оказываются менее успешны в профессиональной деятельности. И данный факт, на наш взгляд, может явиться причиной возникновения стресса.

Работая в Департаменте по защите прав детей, большинство респондентов экспериментальной группы считают невозможным дальнейший служебный рост по своей специальности. Это может говорить о том, что либо они уже достигли каких-либо высот, либо деятельность в данном департаменте не дает такой возможности. Отсутствие движения вперед не способствует дальнейшему личностному росту. Нежелание двигаться вперед по служебной лестнице связано с неудовлетворенностью трудом, неинтересной работой, а также с отсутствием потребности что-либо изменить.

Человек может адаптироваться к любым условиям, но если работа не интересна, если же в будущем человек решил поменять сферу деятельности и нет стремления к дальнейшему служебному росту, к налаживанию доверительных отношений в рабочем коллективе, то, следовательно, неудовлетворенность сложившейся ситуацией будет способствовать развитию стресса и дефицитарности, что в свою очередь будет влиять на производительность труда, на психическое и физическое здоровье.

Группа испытуемых с отсутствием стресса составляет 30 % от числа опрошенных. Данная группа характеризуется уравновешенностью, эмоциональной стабильностью, обладают обладают выраженными коммуникативными качествами, отсутствием тревожности. У испытуемых этой группы есть цели, связанные с работой, с дальнейшим карьерным и личностным ростом.

В большинстве своем испытуемые этой группы всегда заканчивают рабочий день с чувством удовлетворения. Это может свидетельствовать о том, что данные госслужащие выполняют свою работу от чистого сердца, с большим энтузиазмом, увлеченностью, с любовью, иногда испытывая перегрузки как физические, так и психические. Респонденты этой группы считают свою работу интересной, следовательно, будут вкладывать в нее больше усилий, знаний без особых затруднений. Уверенность в своих силах и знаниях поможет им справиться с любой ситуацией, преодолеть любые препятствия. У испытуемых контрольной группы оптимистические взгляды на будущее, стремление к получению новых знаний, большинство госслужащих, не испытывающих стресс, считают возможным для себя служебный рост, то есть, не останавливаясь на достигнутом, они настроены двигаться вперед, добиться больших успехов и «побед».

По методикам ЦТО И.Л. Соломина и «Незаконченные предложения» мы выявили, что на образование стресса влияет неудовлетворенность мотива достижения успеха. Основными источниками стресса являются прошлое, отношения с коллегами, работа, в отличие от контрольной группы, где основными ведущими мотивами являются будущее, связанное с госслужбой и с повышением образовательного уровня. Для испытуемых

экспериментальной группы характерен неудовлетворенный мотив достижения успехов, в месте с тем невозможен дальнейший служебный рост, нет стремления, или возможности к получению новых знаний. Получение образования в наше время недоступно, так как оказывается не по карману всем желающим. Пугающая неопределенность будущего несет на себе негативные переживания, не реализованные мечты. Взгляды на будущее пессимистичны, нет четких, определенных целей. Поэтому и настоящее для них не кажется светлым. Все эти факторы способствуют возникновению стресса.

Изучение специфики содержания и проявления дефицитарных психических состояний госслужащих в структуре субъективной локализации контроля личности позволило определить следующее.

В сфере достижений обнаружены более высокие показатели у испытуемых экспериментальной группы, т.е. они считают себя причиной собственных достижений и готовы предпринимать усилия для дальнейшего достижения положительных результатов. Большинство испытуемых контрольной группы свидетельствуют о том, что они добились успеха с помощью других людей. Причину собственных достижений они видят в помощи и поддержке со стороны более влиятельных людей или со стороны родственников, друзей, знакомых. Более высокий показатель у госслужащих, испытывающих стресс, говорит о том, что данные работники больше чувствуют свою ответственность за те неудачи, которые уже произошли или еще могут произойти в их жизни.

По шкале интернальности в профессиональной деятельности сравнение показателей, полученных в выборке двух групп, выявило преобладание лишь у половины выборки выраженных значений по данной шкале независимо от преобладания стрессового переживания. Таким образом, у испытуемых, независимо от наличия стресса, выражено понимание, что получаемые результаты в профессиональной деятельности зависят от качества их собственных действий, они чаще проявляют склонность к принятию ответственности на себя. По шкале готовности к деятельности, связанной с преодолением трудностей, результаты говорят о том, что независимо от переживания стресса работники в меньшей степени готовы к деятельности, связанной с преодолением трудностей. Что касается профессионально-социальной интернальности и профессионально-процессуального аспекта интернальности, то здесь определены различия в выраженности показателей у госслужащих экспериментальной группы. Для госслужащих Департамента по защите прав детей, испытывающих стресс, характерна возможность продуктивной работы в ситуации ролевой неопределенности, отсутствия жестких инструкций.

Таким образом, для экспериментальной группы характерна более высокая общая интернальность, наиболее ярко проявляющаяся в сфере неудач и в сфере достижений. В обеих выборках высокая интернальность проявляется в сферах профессиональной деятельности, готовности к самостоятельно осуществляемой деятельности и деятельности, связанной с преодолением трудностей. В то же время значимые различия обнаружены в профессионально-социальной деятельности.

При изучении дефицитарных психических состояний учитывались уровни: психофизиологический, психологический, психосоциальный. У госслужащих, испытывающих стресс, выраженность дефицитарности проявилась на всех уровнях.

На психофизиологическом уровне дефицитарные психические состояния проявляются в показателях напряженности; кроме этого, тонус жизнедеятельности организма и соматические ощущения также являются достаточно выраженными показателями в группе с переживанием стресса. На психологическом уровне по всем шкалам дефицитарности были также обнаружены выраженные результаты у испытуемых экспериментальной группы в отличие от контрольной группы. При этом значимые различия отмечены по шкалам настроение и изменение психических функций. Кроме этого, видно, что показатели тревожности в экспериментальной группе оказываются завышенными, в то время как в контрольной группе оказываются завышенными результаты по шкале агрессивности и раздражительности. При анализе психосоциального уровня проявления дефицитарных психических состояний определены значимые различия по шкале отношение к себе и речевая активность. Выраженные средние показатели обнаружены также по шкалам принятие решений и отношение к окружающим. У госслужащих Департамента по защите прав детей, испытывающих переживания стресса, наблюдается сниженный уровень активации и тонуса, ощущение потери энергии и повышенное напряжение. К этому могут приводить систематические переутомления и неспособность расслабиться. При этом у госслужащих, испытывающих стресс, наблюдается дисгармоничное настроение, беспричинная угнетенность, апатия и усталость. Обычно такие люди могут испытывать пессимизм и недоверие к людям, неудовлетворенность жизненной ситуацией, низкий уровень интереса к жизни и активности во внешнем мире. Все это может приводить к ухудшению соматического самочувствия, производительности труда и снижению работоспособности.

По значениям коэффициентов ранговой корреляции мы видим, что со шкалой общей интернальности обнаружены статистически значимые связи по всем уровням проявления дефицитарности в экспериментальной

группе – на психофизиологическом, на психологическом и психосоциальном уровнях. В контрольной группе лишь по единственному уровню проявления дефицитарности обнаружена взаимосвязь с уровнем интернальности – психологический уровень. Соответственно, чем выше проявления интернальной жизненной позиции, тем значимее проявляются показатели дефицитарности на всех уровнях функционирования человека.

Соответственно, поставленные в начале исследования гипотезы о том, что специфика профессиональной деятельности государственных служащих детерминирует появление у них дефицитарных психических состояний, подтвердилась. Формирование, специфика содержания и проявление дефицитарных психических состояний госслужащих определяется субъективной локализацией контроля личности.

Отсутствие достаточных теоретических знаний о специфике профессиональной деятельности государственных служащих, особенностях социальной группы госслужащих, а также затруднявшая проведение данного исследования фрагментарность знаний о социально-психологических и психолого-акмеологических факторах стресса и дефицитарности, естественно, не могли не сказаться на полученных результатах проведенного исследования. В то же время выявленные эмпирически факты и закономерности необходимы для оптимизации профессиональной деятельности государственных служащих, а также являются полезным материалом для дальнейших исследований.

Знание особенностей дефицитарных психических состояний имеет огромное практическое значение в обеспечении готовности госслужащих к деятельности в напряженных, стрессогенных ситуациях, а также способствует минимизации проявлений и последствий деструктивного влияния в профессиональной деятельности госслужащих путем его профилактики и целенаправленной регуляции, что в немалой степени способствует обеспечению их эффективной деятельности.

Существует много различных методов и подходов к коррекции дефицитарных психических состояний (в том числе профессиональных, управленческих). Среди них необходимо особо выделить являющееся весьма продуктивным направлением совершенствование навыков саморегуляции, по своей природе соответствующих характеру причины возникающих затруднений.

Известно то, что избежать последствий психологического стресса можно, либо устранив внешний источник, либо изменив отношение к ситуации. Противостояние стрессу более успешно также в том случае, если человек имеет возможность сбалансировать действие позитивных

и негативных стрессоров (саморегуляция способствует установлению такого баланса). Таким образом, можно выделить два наиболее общих направления минимизации проявления дефицитарных психических состояний: регуляция социальных отношений и индивидуальная саморегуляция.

Следует согласиться с зарубежными исследователями в том, что ответственность за сохранность здоровья должна быть отражением существенных связей между человеком и организацией, в которой он работает. К сожалению, в действительности это не всегда так.

Итак, как показывают многие исследования, стресс необходим и связан с любой деятельностью, следовательно, избежать его может тот, кто ничего не делает. Современному человеку гораздо важнее не реагировать на стресс, а научиться правильно понимать, оценивать его глубину, найти причины и методы избавления от него.

Таким образом, исследование факторов стресса необходимо, особенно для тех типов профессий, которые направлены на общение, взаимодействие с людьми. Изучение этих факторов поможет в разработке определенных профилактических мероприятия для предотвращения развития стресса, а также негативных его последствий.

Таким образом, стресс – это неизбежность, о которой мы должны знать и помнить всегда. Стресс можно предвидеть. Нужно обязательно подготовиться к его приходу и постараться справиться с ним как можно лучше. Некоторых стрессов можно избежать вообще. Нельзя допускать победы стресса над собой. Надо терпеливо, с желанием готовить себя к сложным жизненным ситуациям, которые обязательно нам встретятся и на работе, и в личной жизни.

Полученные в исследовании данные могут быть использованы государственными служащими с целью повышения эффективности и снижения психофизиологической цены деятельности.

Перспективу дальнейшего исследования видим в разработке рекомендаций и проведении консультативной работы по повышению толерантности к стрессу.

Список литературы

1. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: Учебное пособие / В.В. Марков. – М.: Академия, 2009. – 320
2. Маслоу А. Самоактуализация. Психология личности, психология бытия / А. Маслову. – М.: Смысл, 2008. – 321 с.
3. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / А. Маслоу. – М.: Смысл, 2009. – 425 с.
4. Курек Н.С. Дефицитарные нарушения психической активности (Личность и болезнь): Автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04: Москва, 1998. – 25 с.
5. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья: Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченок. – М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2008. – 640 с.

6. Психоэмоциональный стресс / Под ред. К.В.Судакова. – М.: НИИ им. П.К. Анохина, 2005. – 183 с.
7. Хьелл Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер, 2001. – 608 с.
8. Ялом И. – Экзистенциальная психотерапия, Перевод Т.С. Драбкиной. (Irvin D. Yalom. Existential Psychotherapy. N. Y.: «Basic Books», 1999.

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА В СОВРЕМЕННЫХ ДИСКУРСАХ ЗДОРОВЬЯ

Мариан Мартинковский

Высшая офицерская школа сухопутных войск, Вроцлав, Польша

Здоровье в огромной степени зависит от всего образа жизни, от его экономической, социальной, духовной, экологической, политической компонент. Отношение к здоровью и болезни обусловлено, главным образом, тем, какой ценностью в данном обществе является человек. Общество и культура оказывают сильное влияние на критерий оценки людьми здоровья и нездоровья, диктуют, как вести себя в случае недомогания, то есть как сообщить другим о своих проблемах со здоровьем и продемонстрировать проявление болезни; когда и к кому обращаться за помощью, а также влияют на выбор лекарственных средств, предлагаемых врачами, знахарями и целителями. У каждой из существующих в мире культур есть свое особое отношение к здоровью и жизни. Это отражается, прежде всего, во взглядах человека на жизнь, общество и мир. Страх смерти – это общечеловеческое переживание, свойственное только человеческому существу: человек является существом, которое хочет жить, следовательно, сохранение себя является задачей всей его жизни. Люди воспринимают эту проблему таким образом, что экзистенциальное беспокойство остается совершенно забытым в повседневной суете вокруг здоровья. Болезнь можно победить, следовательно, страх не парализует, но подталкивает к действию. Поскольку победа над смертью не могла стать реальной целью жизни, то ею могло явиться здоровье (Bauman, 1998, C. 169).

Размышления по поводу специфики понятия здоровья находят свое отражение в определениях, содержащихся и в медицинской, и в немедицинской литературе. Из множества существующих определений можно выделить следующие типы описания здоровья: биологическое, функциональное (называемое также социологическим или социальным), биологически-функциональное и гуманистическое. Принятые в настоящее время концепции здоровья во многом представляют собой результат теоретических и практических изысканий, которые проводились философами, врачами, общественными деятелями, реформаторами, представителями

естественных и гуманитарных наук на протяжении многих веков. Созданные столетия тому назад и создаваемые сегодня концепции здоровья являются отражением существующих в данный период времени философских доктрин, знаний о природе человека, его отношениях с окружающим миром, а также отражением тех изменений, которые претерпевают верования, религия, обычаи, общественно-политические отношения, условия жизни, культура, методы научного познания и описания различных явлений. Этим же объясняются и значительные различия во взглядах на здоровье, болезнь и лечение, однако, независимо от многочисленных споров, ведущихся в рамках этой проблематики, важной представляется цель, ради которой они ведутся, а ею является успешное разрешение проблем со здоровьем, сопровождающих человеческую историю.

В последние триста лет в нашей культуре распространено представление о человеческом теле как о машине, которую следует рассматривать с точки зрения функционирования ее отдельных частей. Биомедицинская модель тела и здоровья возникла под влиянием теории Картезия, провозгласившего, что тело есть машина, которую можно рассматривать как систему и взаимодействие составляющих ее частей. Находящиеся под влиянием таких взглядов врачи стали рассматривать тело как машину, обычно пренебрегая при этом психическими, социальными и экологическими аспектами здоровья и болезни. В результате дух был отделен от тела, болезнь стала рассматриваться как нарушение в функционировании биологических механизмов, а здоровье стало трактоваться как отсутствие болезни. Основываясь на такой биомедицинской модели, отмеченной далеко идущим рационализмом, медицина принципиально сконцентрировала свое внимание на отдельных частях тела человека и в результате потеряла из поля зрения пациента как человеческое существо. Другим очень важным следствием доминирования биомедицинской модели тела и здоровья стало установление немыслимого ранее разделения медицинской среды на врачей, занимающихся телом, а также на психиатров и психологов, концентрирующихся на сознании, т.е. на психической, духовной стороне человека.

Эта ситуация в последние годы начинает меняться, на что, в частности, указывает Ф. Капра, который пишет: «Эта картина постепенно начинает заслонять целостную и экологическую концепцию мира, согласно которой вселенная является живой системой, а не механизмом; эта концепция делает акцент на реально существующие взаимосвязи и взаимозависимости всех явлений; благодаря ей мы пытаемся понять природу не только через призму ее фундаментальных структур, но и через призму латентных динамических процессов» (Capra. 1987, с. 440).

Здоровье и болезнь начинают рассматривать не только с медицинской и биологической, но также с психологической и культурной точки зрения. Системная модель живых организмов создает идеальные основания для нового понимания здоровья и его профилактики, которая будет полностью совпадать с новой парадигмой, подчеркивающей роль динамического равновесия. Сущность этой парадигмы выражена в убежденности, что здоровье является ощущением хорошего самочувствия, проистекающего из равновесия, включающего в себя физические и психологические аспекты функционирования организма, с одной стороны, и его взаимодействие с природной и социальной средой, с другой. Системный подход к здоровью имеет глубокое экологическое значение, он рассматривает воздействие на организм окружающей среды (нередко враждебной) и приспособительную реакцию на него организма (Рубанов, 1999).

Одной из первых научных дисциплин, которая занялась исследованием феноменов здоровья и болезни, остававшихся до этого времени исключительно в ведении биологии и медицины, стала психология. Психологический подход к явлениям здоровья, болезни и лечения тесно связан со взглядами на человеческую природу, которая в течение многих сотен лет интересует исследователей. В психологических концепциях здоровья и болезни особое значение приобретает вопрос об отношениях между телом и духом, а так называемая психофизическая проблема предстает как важный предмет философско-социологической мысли. Понимание души как самостоятельной, существующей независимо от тела реальности, а впоследствии «деление» человека на две разные субстанции – «духовную» и «телесную» – всегда порождало вопросы о характере связи между ними и инициировало попытки их объединения. Развитие психологической мысли и проникновение идей психологии в естественные науки в значительной степени способствовало преодолению господствующего в медицине редукционистского подхода к человеку и признанию его «homo universalis»: единством телесности, духовности и социальности.

Критические дискуссии вокруг биомедицинского подхода к трактовке тела и здоровья человека сопровождались также попытками сформировать концепцию здоровья и развивать ее дальше на основе социологических теорий. Наиболее интересными подходами представляются следующие:

1) структурный функционализм, рассматривающий систему профилактики как одну из задач, стоящих перед обществом, которое должно заботиться о повышении качества генофонда (а, следовательно, и здоровья людей как основного капитала, которые, будучи здоровыми, будут более полезны для него). Т. Парсонс, например, понимает здоровье

как состояние оптимальной способности к эффективному выполнению значимых задач (Parsons, 1969, с. 454). Согласно этой теории, промоция здоровья должна состоять в пропаганде рационального поведения, направленного на поддержание и укрепление здоровья, которое соответствует нормам и требованиям, разработанным врачами. Человек должен полностью им подчиниться; рефлексия в этой области от него не требуется. В свою очередь, общество создает механизм поощрения одобряемых форм оздоровительного поведения и порицания поведения, с такой точки зрения, неправильного;

2) теория экономического воспроизводства, трактующая здоровье как товар, согласно которой у индивидов, находящихся в экономически привилегированном положении, больше шансов иметь лучшее здоровье (обычно они ведут более здоровый образ жизни, особенно в сфере питания и проведения свободного времени);

3) теория культурного воспроизводства, исходящая из того, что в современных обществах проявляет себя универсализация культурного произвола доминирующей группы (это один из основных тезисов теории культурного воспроизводства П. Бурдье). Доминирующая группа навязывает «правильное» определение социальной реальности, в том числе понимание тела, здоровья и болезни (согласно этой теории здоровым является то, что элита считает здоровым, а ее взгляды, в свою очередь, формируются «профессионалами»);

4) критическая теория (P. Freire), отбрасывающая детерминизм, содержащийся в концепциях воспроизводства и рассматривающая культуру как поле битвы, на котором группы, занимающие подчиненное положение, все время создают контр-ценности, убеждения, картину мира и способы мышления, оспаривающие господство и несправедливость. Эта концепция направлена на формирование способности «критически мыслить» и навыка непрерывных интеракций между мыслью и поступком. Цель деятельности промотора здоровья должна заключаться в том, чтобы подвести индивида к свободе и развить у него способность воздействовать на окружающую среду с тем, чтобы изменить «status quo» (для пропаганды здоровья, которая ведется в рамках критической теории, характерна, таким образом, тенденция к тому, чтобы сделать индивида самостоятельным и активным субъектом в решении вопросов, связанных со здоровьем);

5) феноменология, ищущая ответа не на вопрос о том, чем в действительности является здоровье (и что есть действительно здорово, но на вопрос о том, что члены общества считают здоровьем или здоровым (Berger, Luckman, 1983, с. 284). Для этой теории важным является и то,

какие исторические и социальные условия привели к тому, что определенное содержание понятий «здоровье» и «болезнь» стало частью представлений здравого смысла и «реально» используется в практике повседневной жизни. В рамках феноменологического подхода мы также имеем дело со стремлением обозначить проступающие в обществе альтернативные относительно действующих концепции здоровья и болезни;

6) прагматизм, для которого знания, касающиеся здоровья и болезни, имеют контекстуальный характер. Дискуссия поэтому относится не к самим по себе понятиям «здоровья» и «болезни», а к человеческим представлениям о них. Эти представления получают статус истинного знания тогда, когда они удостоверяются практикой;

7) постструктурализм, с точки зрения которого в каждом обществе существует своего рода соперничество различных ответов на вопрос о том, что такое здоровье и как его формировать (например, академические рассуждения и научные исследования в этой области переплетаются с обыденным знанием). То, что считается «здоровым» в одно время, в одном месте, одной культуре, не считается таковым в другом месте и другой эпохе. Соответственно формы общественного восприятия здорового стиля жизни тоже настолько разнообразны и внутренне противоречивы, что здесь трудно найти какую-либо логику.

Представленные теоретические концепции (за исключением структурного функционализма) объединяет критическое отношение к биомедицинской концепции человека и здоровья. Биологическую модель мышления разрушил Т. Парсонс, создатель социологически-функциональной концепции здоровья, предметом анализа которой стало отношение между универсальными, общечеловеческими и социокультурными элементами – переменными величинами, связанными со здоровьем и болезнью на уровне личности и организма. В этом подходе здоровье трактуется как условие эффективного участия индивида в жизни социума и как состояние, в котором индивид проявляет оптимальную способность исполнения ролей и выполнения задач, возникающих в процессе социализации (Ostrowska, 1997, с. 68). Биологически функциональное определение опирается на предположение, что анализ здоровья должен принимать во внимание как биологические и функциональные факторы, так и психические переживания, им сопутствующие. К этой категории относится определение Всемирной организации здоровья (ВОЗ), в котором соотнесены три аспекта здоровья:

а) физическое здоровье (соматическое), относящееся к организму, телесности человека. Этим здоровьем мы обязаны не только природе, но также работе над собственным телом: можно укрепить определенные

составляющие физического здоровья с помощью упражнений и закаливания. Человек со слабым генотипом с помощью тренировок и правильного образа жизни может достигнуть очень хорошего состояния здоровья, и наоборот, кто-то, кто принес с собой на этот свет хороший генетический капитал, может из-за своей безответственности его потерять;

в) психическое здоровье, мерилом которого, согласно традиционным подходам, является степень интеграции личности. Эта интеграция, а точнее, ее результаты (среди которых назовем психологический комфорт) является критерием неоднозначным: по утверждению К. Добровского, хорошим самочувствием могут отличаться и психопаты, и примитивные личности, а плохое самочувствие, в свою очередь, может сопутствовать индивидам высокого уровня развития (Dąbrowski, 1989, с. 2014);

с) социальное здоровье, касающееся отношений между личностью и обществом. Его критерием является степень синтонии или социальной слаженности (Syrek, 2000, с. 39).

Определение здоровья, сформулированное экспертами ВОЗ, стало основой для формирования социо-экологической парадигмы здоровья, согласно которой здоровье – это не только отсутствие болезни, но и полнота хорошего физического, психического и социального самочувствия (Sokołowska, 1980, с. 108). С того момента, как это определение было принято, позитивному пониманию здоровья была придана законная сила: равноправным, а иногда и предпочтительным, становится субъективное ощущение здоровья. Определение состояния здоровья было освобождено от зависимости от критериев профессиональных (трактуемых в биомедицинской модели как единственно правомочных, т.е. как единственно верных) и в таком своем понимании вписано в более широкий контекст социальных ценностей и норм. Такой подход к пониманию здоровья подчеркивает его целостный характер, он охватывает индивидуальное и социальное измерения жизнедеятельности человека, понимаемого как биопсихосоциальное единство.

Социологический взгляд на проблемы здоровья связан с гуманистическими тенденциями в медицине и направлениями современной экологии (Słońska, 1994). Он сформировался на фундаменте системной теории живых организмов, согласно которой вселенная является динамической системой взаимосвязанных и воздействующих друг на друга элементов, по мере усложнения складывающихся в иерархически структурированную экосистему. В этом контексте (в самом широком подходе) здоровье понимается как правильное состояние экосистемы, являющейся в своей сущности динамическим равновесием ее подсистем, способным противостоять возможным угрозам нарушения этого равновесия (Sęk, 1992).

Болезнь же, в свою очередь, является следствием неравновесия, дисгармонии, отсутствия интеграции в единое целое отдельных элементов системы на разных уровнях ее организации.

Сущностные черты социоэкологической модели и значение, которое придается в ней понятию здоровья, можно представлять следующим образом (Мартинковский, 2003):

– среди разнообразных воздействий, которым подвергается здоровье, особое значение придается осознанной активности субъекта, его стремлению к самореализации, удовлетворению потребностей, его запросам, а также чувству ответственности за себя и свое здоровье;
– постулируется необходимость изучения того значения, которое в повседневной жизни придают здоровью отдельные индивиды и социальные группы (ранжирование), субъективной интерпретации того, чем является здоровье (определение), а также оздоровительного поведения через соотнесение его с обычным поведением в повседневной жизни (реализация);
– переносится акцент с профессиональной ответственности за здоровье (ответственности специалистов) на ответственность индивида (воплощение идеи самолечения, самозащиты);
– допускается возможность использования так называемых непрофессиональных форм лечения, помощи семьи, различного рода групп и социальных организаций, а также нетрадиционной, альтернативной медицины.

Социоэкологическая парадигма вводит новое понятие, новое относительно социомедицинской традиции, а именно понятие «промоция здоровья», которая определяется как процесс, позволяющий людям усилить контроль над своим поведением, улучшить и укрепить здоровье. В связи с этим от медицины и наук, с ней связанных, ожидается не только решение задачи предотвращения болезни, помощи больному человеку или человеку, которому угрожает болезнь, но предполагается также, что они займутся здоровым человеком, который, будучи соответствующим образом подготовленным, будет в состоянии сам укреплять и улучшать свое здоровье, а не только предотвращать болезнь или ее лечить. Эту новую тенденцию в медицине М. Демел называет термином «педагогическая медицина» (Demel, 1980), выражением которой в контексте проблематики здоровья является, в частности, отход от «промедицинской ориентации» и замене ее ориентацией «прооздоровительной». Сформированная на основе новейших исследований гипотеза о поведенческой этиологии болезней и возможностях укрепления здоровья и его совершенствования

благодаря собственным усилиям индивидов положила начало дискуссии о стилях жизни и их влиянии на здоровье. Развернувшаяся дискуссия способствовала тому, что лозунги «Болезнь легче предупредить, чем лечить» и «Твое здоровье в твоих руках» стали показателем подхода к здоровью современного человека.

Модный в последнее время постструктуралистский подход обращает особое внимание на массовую культуру, которая в принципе может играть конструктивную роль в промоции здоровья. Наблюдаемый в педагогической среде скептический подход к массовой культуре затрудняет, однако, возможности продуктивного воспитательного воздействия на молодежь средствами таких факторов, как мода, музыка, реклама, спорт, популярные журналы и телевизионные программы. Пропагандисты здоровья и здорового стиля жизни должны осознавать, что в повседневной жизни здоровье есть то, что люди считают здоровьем (даже если их взгляды противоречат медицинскому знанию), а решающую роль в этом контексте играют бытующие мифы, предрассудки, стереотипы и привычки, так же как и возникающие новые тенденции в культуре. Научные и медицинские подходы переплетаются с этими расхожими представлениями и мифами, поэтому современному человеку, который интересуется проблемами здоровья, часто бывает трудно поступать логично и рационально. Оздоровительные убеждения относятся к разряду мировоззренческих и всегда связаны с какой-либо концепцией здоровья, болезни и лечения, а обычно и жизни человека, и ее смысла. В зависимости от содержания и ценностных предпочтений система оздоровительных убеждений коренится в различных оздоровительных ориентациях (например, светской-религиозной, пессимистической-оптимистической, парамедицинской-медицинской и т.д.).

Создание социально-экологической модели и сформулированное на ее основе операциональное определение здоровья на практике стали теоретической базой для развиваемой с 1977 года программы под названием «Здоровье для всех», а также идеи промоции здоровья. Здоровье здесь понималось не только как абстрактное состояние, но, прежде всего, как:

– подверженная изменениям способность человека достигать полноты собственных физических, психических и социальных возможностей, способствующая творческой реакции на вызовы, которые бросает человеку жизнь;
– способ и мудрое умение жить без болезней и страданий настолько долго, насколько это возможно, но также и с ними, если их не удается преодолеть доступными средствами.

Быть здоровым означает возможность вести продуктивную и осмысленную жизнь как в сфере личной, так и общественной. При таком понимании здоровья никто не имеет монополии на то, чтобы судить о состоянии здоровья человека. Его собственные ощущения (самочувствие) хотя и важны, но они верифицируются в социальном действии (исполнении ролей), а медицинскому критерию придается инструментальное значение, соотнесенное с ценностями, признаваемыми индивидами и группой.

Кратко охарактеризованные выше концепции здоровья и болезни указывают на изменения, какие претерпела человеческая мысль в сфере проблематики оздоровления. Как доказывает история медицины, в течение многих веков внимание человека привлекали болезнь, боль, страдания, которые он учился преодолевать, расширяя свои познания об эффективных лекарственных средствах, что способствовало развитию медицины восстановительной, лечебной и терапевтической. Углубление понимания роли факторов, вызывающих болезнь, то есть этиологии болезни, и умение связывать возникновение, течение и лечение болезней с определенной причиной открыли дорогу профилактике, системе предупредительных мер, целью которых была защита человека от различных опасностей, угрожающих его здоровью. Со временем интерес к болезни, ее лечению и возможностям предотвращения переключился на здоровье, понимаемое позитивно, на здоровье как ценность, которую можно и нужно стараться приобрести благодаря предпринимаемым индивидуальным усилиям.

Промоция здоровья является процессом, который должен в массовом масштабе приводить к изменению образа жизни индивидов таким образом, чтобы он способствовал развитию оздоровительного потенциала общества. К такого рода изменениям можно прийти через изменение сознания и оздоровительного поведения. Естественно, эти изменения могут иметь спонтанный характер, но они также могут быть результатом осознанных действий, предпринимаемых на различных уровнях организации жизни социума, и направлены на индивида, группы индивидов и условия их жизни. Сущность связи между здоровьем человека и окружающей средой находит выражение в социально-экологической модели здоровья, являющейся в то же время и теоретическим основанием промоции здоровья.

Список литературы

1. Мартинковский М. Здоровье и здоровый образ жизни в ценностных ориентациях молодежи. – Минск: Технопринт, 2003.
2. Рубанов А.В. Экология в массовом сознании и поведении // Социология, 1999, №1.
3. Bauman Z. Śmierć i nieśmiertelność: O wielości strategii życia. – Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998.

4. Berger P.L., Luckman T. Społeczne tworzenie rzeczywistości. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1983.
5. Capra F. Punkt zwrotny: Nauka, społeczeństwo, nowa kultura. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1987.
6. Dąbrowski K. W poszukiwaniu zdrowia psychicznego. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1989.
7. Demel M. Pedagogika zdrowia. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1980.
8. Parsons T. Struktura społeczna a osobowość. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, 1969.
9. Sęk H. Subiektywne koncepcje zdrowia: Wybrane uwarunkowania // Przegląd Psychologiczny. 1992, № 3.
10. Słońska Z. Promocja zdrowia – zarys problematyki // Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna. 1994, № 1-2.
11. Sokołowska M. Granice medycyny. Warszawa: Wiedza Powszechna, 1980.
12. Syrek E., Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ РУКОВОДИТЕЛЯ

А.Р. Рафикова

Академия управления при Президенте Республики Беларусь

Представление о том, что руководящая должность является безопасной для здоровья специалиста, обманчиво. Кардинальные изменения условий современного управленческого труда, к которым относится его интенсификация, рост нервно-психического напряжения и умственной нагрузки приводят к многочисленным болезням профессионально обусловленного характера. Чем дольше человек занимает эту должность, и чем она выше, тем острее встает проблема сохранения профессионального здоровья, продления профессионального и творческого долголетия. В контексте значимости труда руководителя и представлений о профессиональном здоровье возникает аналогия с проявлениями надежности деятельности специалиста. При несовершенстве механизмов адаптации, снижающих профессиональное здоровье, снижается также и надежность функционирования специалиста, и это оказывает влияние на социально-экономический эффект деятельности. При этом современное научно-методологическое обоснование взаимоотношений «человек – профессиональная среда – внешняя среда» важно для решения практических задач по обеспечению профессионального здоровья специалиста, являющегося основой его профессиональной надежности.

Потенциальная опасность срыва профессиональной надежности сохраняется, если при наличии высокого развития профессионально важных качеств и квалификации, специалист не обладает функциональной надежностью, хорошим уровнем здоровья. Этот факт находит свое прикладное отражение. В частности, при подборе руководящих кадров всех уровней в масштабе предприятий предлагается учитывать, что степень надежности кандидата должна быть не ниже средней. Однако, вопрос разработки системы оценки профпригодности по показателям профессионального здоровья, несмотря на кажущуюся простоту и ясность, неоднозначен. Качественно и количественно выделить все сочетания показателей, которые могут служить критериями оценки профессионально пригодного или непригодного претендента с позиций организменной составляющей профпригодности, сложно. Неоднозначность ситуации определяется как большим числом составляющих этих сочетаний, так и отсутствием четких медицинских характеристик «здоровья» и «болезни», а также пограничных состояний. Поэтому при разработке концепции здоровьесбережения, в частности управленческих кадров, на наш взгляд, не целесообразно ставить задачей построение модели компонентов профессионального здоровья руководителя, а лишь ориентироваться на схематично представленную в литературе обобщенную структуру составляющих «профессиональное здоровье» (С.А. Бугров с соавт., 1993).

За направления развития концепции мы рекомендуем принять следующие принципы, лежащие в основе научного подхода к обеспечению профессионального здоровья руководителя:

1. Создание здоровой и безопасной физической производственной среды.

2. Обеспечение работников необходимыми профессиональными знаниями, умениями и навыками, позволяющими оберегать свое здоровье и сохранять безопасность труда.

3. Стимулирование поведения персонала, способствующего поддержанию здоровья и безопасности труда.

Следует отметить, что методология общей профилактики и реабилитации разработана в большей степени, нежели методы прогнозирования и управления здоровьем. Анализ подходов к прогнозированию и управлению профессиональным здоровьем, основанных на наличии экзо- и эндогенных факторов риска развития заболеваний, эмоционального стресса, индивидуальных характеристик и личностных свойств и др., дает основание утверждать, что в основе прогнозов развития профессионального здоровья, как и здоровья вообще также лежат положения теории адаптации. Нарушение процессов адаптации под влиянием действия факторов

риска профессиональной среды, нарушение гомеостаза объективно рассматривается как патофизиологическая основа многих болезней. Оценивая адаптационные резервы организма, можно не только прогнозировать возможные состояния здоровья, но и планировать осуществление соответствующих здоровьесберегающих мероприятий.

Профессиональное здоровье может разрушаться не только по причине пагубного влияния различных факторов окружающей среды (природных, профессиональных и т.д.), но и по причине постоянного неразрешенного конфликта между характеристиками личности, ее потребностями, мотивами и теми социальными и другими требованиями, которые к ней предъявляются обществом. Хочется поспорить с мнением основоположников аналитической психологии К. Г. Юнга (1875–1961) и Э. Фромма (1977), считавших, что адаптация к внешней стороне жизни (профессия, семья, общество) более важна, чем к внутренней – потребностям своей природы, а хорошая социальная адаптация личности часто достигается за счет отказа от потребностей индивида. В отношении развития профессионала с позиций психологии профессионализма в самом трактовании профессии заложена проблема такого отказа: профессия понимается как некоторый исход из ситуации постоянно воспроизводящегося конфликта между личностными качествами человека и объективными, нормативными требованиями деятельности. Можно привести примеры, когда ситуации данного конфликта приводят к разрушению профессионального здоровья руководителя.

Результаты исследований психического здоровья руководителей, проведенных нами, выявили, что из 230 обследованных у 64 % выявлены признаки «психоэмоционального выгорания» с деструктивными изменениями личностных характеристик. При этом в 31 % из зафиксированных случаев синдром «психоэмоционального выгорания» у руководителей связан не с воздействием внешних обстоятельств (особенностей и условий профессиональной деятельности), а с отсутствием мотивации и способностей к управленческой деятельности. Как указали респонденты, они постоянно чувствуют, что занимаются не своим делом. Неудовлетворенность своей работой, нежелание ею заниматься и даже склонность к другому виду деятельности, иными словами, несоответствие потребностей личности и организационной среды вызывает у данных руководителей деформации личности и психосоматические расстройства. Аналогичные результаты получены в исследованиях других авторов. Несоответствие структуры ценностей и предпочтений особенностям организационной среды приводит к снижению степени удовлетворенности трудом, собой как профессионалом, растет стрессовый фон при выполнении должностных обязанностей, и ухудшается здоровье.

Значение личностных предпосылок к профессиональной деятельности как основы успешной ее реализации в последующем и профилактики «срывов» профессионального здоровья в условиях этой деятельности на современном этапе возрастает. «Престижность» тех или иных профессий на разных этапах развития общества может снижаться, меняются критерии социального статуса. Отчасти это связано с тем, что вознаграждения очень слабо соотносятся с системными (общефункциональными) ценностями профессии и с достигнутым уровнем профессионализма. Сегодня, занимаясь предпринимательской деятельностью, можно заработать больше, а внутренняя альтруистическая мотивация, направленная на «обеспечение» общественных интересов у молодых людей, готовящихся к управленческой деятельности, снижается. Необходимость соответствия психических состояний, личностных качеств и нравственных потребностей любого уровня управленца, особенно работающего в сфере государственного управления, актуальным проблемам государства подтверждается и на глобальном уровне.

Кроме этого, адаптированная личность, как правило, отличается стремлением к самореализации, которая сбалансирована высоким самоконтролем, направленным на соблюдение нормативных требований общества. Деятельность дезадаптированной личности не может быть эффективной в социально-гуманитарном плане, так как актуальные эгоцентрические потребности решаются либо асоциальным путем, либо под влиянием постоянного учета внешних оценок, что лишает возможности человека реализовывать свой творческий потенциал. Когда руководитель идентифицирует профессию исключительно как инструмент индивидуальной карьеры, социального престижа, успеха применительно только к собственной личности, а материальное благополучие, приобретаемое разными способами, заменяет общественные интересы и ценности, это приводит к снижению социальных рейтингов руководителей в глазах общества. Причем не только одного, а к утрате доверия к руководителям как к целой «общественной группе» и преобразованию общественных приоритетов. Данный общественно-личностный конфликт мешает позитивному развитию, разрушает и здоровье руководителя, и здоровье общества, поскольку в число основных опор устойчивости, согласно мнению психологов, входят доминанты активности: познания и самопознания, деятельности, интеракции. Попадая в ситуацию с затруднением в реализации своей активности, при отсутствии ожидаемого результата, или если его инициатива и успешность недостаточно оцениваются вышестоящим руководством и обществом, руководитель может терять мотивацию к самореализации в профессиональной деятельности.

Отсутствие мотивации и возможностей к реализации указанных доминант создает основу для ослабления психологической устойчивости, а затем к болезням как следствию образа жизни.

Ученые давно нашли доказательства того, что особенности личности играют значительную роль в сопротивлении факторам риска (979,1982); личностный принцип регуляции состояний и деятельности, который обусловлен отношением человека к самому себе, окружающей действительности и собственной деятельности, в настоящее время является общепризнанным (Дубров Г.М., 1970; Метелица В.И., 1977; Ганзен В.А., Юрченко В.Н., 1981 и др.). Согласно утверждениям, три основные характеристики составляют психологическую выносливость: контроль, самооценка и критичность. Самооценка – это чувство собственного предназначения и своих возможностей. Критичность отражает степень важности для человека безопасности, стабильности и предсказуемости событий. Например, доказано, что лица с застревающей акцентуацией характера[3] обладают набором черт (жесткость взглядов и установок, честолюбие, настойчивое отстаивание интересов, упорство в достижении цели, высокий уровень притязаний), профессионально значимых для ряда профессий (в том числе и руководителя), которые не только обуславливают устойчивость таких людей к воздействию профессионального стресса, но и позволяют им эффективно адаптироваться за счет стратегий преодоления (копинг-стратегий) при решении проблем.

К условиям, позволяющим сохранять хорошее здоровье в условиях воздействия факторов риска профессиональной среды, специалисты также относят:

- способность к эмоциональному самоконтролю;
- способность к своевременной интеграции опыта других людей в свой жизненный (профессиональный) опыт;
- наличие высокой самооценки;
- наличие социальной поддержки.

С этих позиций управление здоровьем руководителя – это, во-первых, управление механизмами, определяющими развитие его личности, формирования позитивного самоотношения, готовности взаимодействия с внешней средой. И, во-вторых, это управление мотивацией к сохранению и совершенствованию своего здоровья. Снижение ценности здоровья в иерархии ценностей общества, недостаточный уровень валеологической образованности и культуры приводят к несовершенству социально-психологической установки на ответственность за формирование, развитие и сохранение собственного здоровья и здоровья окружающих.

Сегодня сама жизнь доказала, что психика и психологические установки являются универсальным инструментом в управлении процессами жизнедеятельности (известно много примеров, когда с помощью сильной психики люди сумели победить различные заболевания, в том числе и онкологические). Специфические приемы психорегуляции позволяют эффективно мобилизовать резервы организма, влиять на течение и исход заболевания, добиваться регрессии патологического процесса или, например, позволяют достигать отличных результатов в спорте высших достижений (методы ментальной тренировки). При этом нельзя забывать о взаимосвязи биологического и психического: тело человека – лишь инструмент для реализации психической деятельности, но этот инструмент необходимо поддерживать в хорошем состоянии, а сделать это можно только при наличии соответствующей психологической установки.

В человеке, как продукте природы и творце культуры, воплощен сплав биологических (природных) программ, характеризующих его генетическую наследственность, и небиологических программ общения, поведения и деятельности, составляющих социальную наследственность. В целом успешность развития индивида во многом определяется личностным принципом регуляции состояний и деятельности, когда человек сам осознает границы своих возможностей, взвешенно оценивает свои способности и в определенной степени сдерживает себя для предотвращения движения к деструктивному. Попытка управлять профессиональным здоровьем без учета социально-поведенческих особенностей личности специалиста, без решения проблем управления его психикой заранее обречена на неудачу. Соответственно, управление профессиональным здоровьем руководителя должно рассматриваться не только с позиций разработки системы организационных здоровьесберегающих мероприятий, но преимущественно с позиций управления психикой специалиста, учета особенностей и направленного развития его личностных качеств, которые подразумевают также достаточный уровень сформированности морально-волевых и ценностно-мотивационных установок на сохранение и совершенствование своего профессионального здоровья.

Представляется, что на современном этапе все большее значение приобретает определение психофизиологических предпосылок профессиональной деятельности как основы успешной ее реализации в последующем и профилактики «срывов» профессионального здоровья в условиях этой деятельности. Именно поэтому недостаточно говорить лишь о сохранении профессионального здоровья, очень важно учитывать всю периодизацию его становления: формирование, развитие и сохранение.

Соответственно, при профильном образовании профессионально ориентированные подходы необходимо простирать не ограниченно в формате профессионально значимых компетенций, но и в специфическом целевом формировании и развитии функциональных адаптационных резервов, профессионально важных психофизических качеств и способностей. Системные подходы к валеологическому образованию руководителей и сохранению их профессионального здоровья представлены в недавно опубликованной книге «Здоровье руководителя – формула успеха: советы специалиста».

Список литературы

1. Бессонова Ю.В. Ценностные детерминанты синдрома выгорания / Ю.В. Бессонова // Психологический журнал. – 2010. – Том 31. – № 5. – С. 114.
2. Психология профессионального здоровья: Учеб. пособие / Под ред. профессора Г.С. Никифорова.– СПб.: ООО Речь, 2006. – 480 с.
3. Рафикова А.Р. Здоровье руководителя – формула успеха: советы специалиста / А.Р. Рафикова, И.И. Ганчеренок. – Минск: Вышейшая школа, 2013.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТОЧНОСТИ ПЕРЦЕПТИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПОДРОСТКОВ С ПРЕДМЕТАМИ ВАРИАТИВНОЙ ФОРМЫ И ИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

А.В. Северин

Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина, Белоруссия

Проблема изучения перцептивных действий человека при восприятии предметов разной формы является одной из актуальных проблем общей психологии. По мнению ряда известных психологов – А.Н. Леонтьева, А.В. Запорожца, В.П. Зинченко – изучение перцептивных действий является приоритетным и перспективным направлением в психологической науке. В научной литературе имеется множество работ, посвященных изучению различных аспектов перцептивных действий. Под перцептивным действием в психологии принято понимать «основные структурные единицы процесса восприятия у человека» – это операции, направленные на анализ, получение и уточнение сенсорной информации при восприятии предметов (А.В. Запорожец). Понятие перцептивного действия отражает парадигму активности субъекта при восприятии объекта, выделении его как предмета из фона. Изучение перцептивных действий проводилось рядом исследователей в разных контекстах: при изучении психического образа, хода его формирования, регуляции

когнитивного поведения, изучении зрительного восприятия, взаимосвязи движений глаза и руки (И.М. Сеченов, П.К. Анохин, С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, Л.А. Венгер, Н.Ю. Вергилес, В.А. Ганзен, А.В. Запорожец, В.П. Зинченко, М.А. Кремень, Б.Ф. Ломов, В.Г. Морозов, Н.Н. Поддьяков, Л.А. Шифман, А.Л. Ярбус, А.В. Ярмоленко; Дж. Брунер, М. Вертгеймер, Дж. Гибсон, Д. Марр, Дж. Селли, Д. Хэбб, Н.Л. Морина и др.).

Согласно Ж. Пиаже, В.А. Ганзену, Н.Л. Мориной (Ганзен, 1974; Морина, 2002), перцептивные действия с предметами с вариативной формой имеют свою специфику. При изучении вариативности таких предметов формируется особый навык восприятия. Степень вариативности ряда предметов (листья и ветки дерева, батон хлеба, почва, тело человека, мяч, пружина и т.п.) воспринимающему их каждый раз приходится узнавать заново. Поэтому такой специфический навык человеку приходится регулярно подкреплять. Восприятие жесткого (константного) по форме предмета не требует обязательного нанесения на него перцептивного воздействия рукой в случае его повторного восприятия. Форма такого предмета сохраняет относительное постоянство, поэтому ее можно воспринимать и зрительно, на расстоянии. В то же время при каждом восприятии предмета с вариативной (изменчивой) формой необходимо кроме зрительного восприятия и моторное воздействие на него рукой.

Под предметами с вариативной формой понимаются такие предметы, которым «присуща вариативность формы: мягкость, упругость, пластичность. От усилия мышц руки человека при перцептивных воздействиях на него, они меняют свою форму в зрительно заметной человеку степени. При этом изменение формы, свойственное физической природе такого объекта, идет в масштабах, не разрушающих объект и его функциональное предназначение» (Лосик, 2013). При восприятии предметов, обладающих вариативной формой (ветка дерева, мяч, тело человека, туловище животного и др.) в коре головного мозга активируются специальные нейроны-детекторы, которые кодируют признаки изучаемого предмета (Соколов, 2003). Графически это можно представить в виде точек, расположенных на поверхности трехмерного пространства. Каждая точка на такой гиперсфере характеризует в виде числа какой-то один признак предмета и представляет собой субъективный признак стимула, анализируя который, можно построить субъективную шкалу, по которой человек оценивал предмет с вариативной формой. Вычислив оценку такого признака, по данной шкале можно построить матрицу субъективных различий между разными точками (признаками изучаемого одного предмета или рангом одного признака у разных предметов-стимулов).

Ряд авторов указывают, что при изучении вариативных предметов приоритетное значение имеет шкала упругости предметов (Морина, 2002; Лосик, 2008). Субъективные оценки человека по данной шкале дают информацию о степени изменяемости или вариативности предмета, которую можно представить в виде матрицы субъективных различий. При этом в восприятии вариативности формы предмета активное участие принимает не только рука, но и зрение. Именно зрительный анализатор в синхронности с перцептивными движениями руки помогает запоминать вариативность (Лосик, 2008). Показатели по шкале упругости дают исследователю дополнительную информацию о степени изменяемости или вариативности предмета. Однако при изучении предметов с жесткой формой (таких как кирпич, камень, ламинат, стол и пр.) измерение упругости может быть затруднено ввиду того, что предметы в достаточно небольшой степени отличаются по степени упругости (например, камень). Для вариативных предметов наиболее полноценно представлена шкала упругости, сформированная именно для оценки предметов с вариативной формой.

Показатели по шкале упругости дают исследователю дополнительную информацию о степени изменяемости или вариативности предмета. Было выяснено, что имеется различие при восприятии предметов вариативной формы по критериям: размер, форма, упругость ($F_{,эмп}$ = 49,7 при $p \leq 0,05$) (Северин, Лосик, 2014). При изучении жестких по форме предметов более информативными выступают шкалы размер и форма предметов, а шкала упругости подростками практически не используется. При этом точность шкалы упругости может быть определена путем построения нескольких шкал и сопоставления максимально похожей шкалы со шкалой упругости с учетом ранга девяти предметов (стимулов) по признаку упругости, оценки степени совпадения субъективной оценки и объективных показателей упругости. Чем больше была степень такого совпадения, тем точнее у него шкала упругости (Северин, 2010).

При всем многообразии исследований перцептивных действий в научной литературе не нашли достаточного отражения теоретические и экспериментальные данные по изучению перцептивных действий при восприятии предметов вариативной формы. Результаты исследований представлены только в единичных работах (Ж. Пиаже, Дж. Гибсон, М. Монтессори, Г.В. Лосик, А.В. Вартанов, Н.Л. Морина). Вместе с тем знание механизмов восприятия не жестких (константных), а вариативных предметов может пролить свет на раскрытие механизмов константности восприятия предметов. В связи с этим становится важным в теоретическом и прикладном планах изучение зрительного, тактильного восприятия

предметов вариативной формы подростками. Именно в подростковом возрасте в связи с его противоречивостью и переходным характером протекания, а также ввиду неблагоприятных обстоятельств данный навык может деформироваться, а то и вовсе утрачиваться. Поэтому становится важным изучение того, как именно подростки воспринимают предметы вариативной формы. На основе этого сложного вида восприятия у них происходит становление других психических процессов. Перцептивные действия выступают для подростков как условие и предпосылка успешности их общественной социализации и индивидуализации, гармоничности процесса самоактуализации и самораскрытия, как условие сохранения их психического и психологического здоровья.

Также следует отметить, что проблема сохранения и укрепления здоровья человека, ведения им здорового образа жизни была актуальна как в глубокой древности, так и в настоящее время. Сегодня особенно приоритетными становятся вопросы сохранения здоровья подрастающего поколения, молодежи в связи с появлением множества соблазнов (компьютера, Интернета, гаджетов, фастфудов и др.), которые облегчают жизнь человека, но не мотивируют к заботе о своем здоровье и соблюдению правил здорового образа жизни. Например, для получения некоторых образовательных или развлекательных услуг даже не надо выходить из дома, необходимые ощущения можно получить виртуальным путем, исключая двигательную и познавательную активность. Отмечается и рост числа проявлений молодыми людьми саморазрушающего и социально неодобряемого поведения: агрессии, нарушений питания, гиподинамии, табакокурения, употребления алкоголя, наркотиков и психоактивных веществ, увлеченности компьютерными и азартными играми и др. Становится понятно, что здоровый образ жизни молодежи – это глобальная социальная проблема. Подростки, и молодежь в целом, выступают определенными «маркерами» социального благополучия общества. Это такой контингент населения, который наиболее подвержен воздействию социальной среды, формированию определенных поведенческих установок, привычек и социальных навыков (Брехман, 1987; Купчинов, 2007; Никифоров, 2003; Северин, 2005).

Если принять условно уровень здоровья за 100 %, то тогда, по мнению экспертов ВОЗ, здоровье зависит более чем на 50 % от образа жизни, который ведет человек. Поэтому неправильный образ жизни «съедает» половину всего здоровья человека. При этом образ жизни человека выступает как предпосылка здоровья человека и как дальнейшее условие приобретения им здоровья. Подтверждает это положение и Ю.П. Лисицын, указывающий на то, что образ жизни человека непосредственно

связан с уровнем его здоровья (Лисицын, 2002). При переходе к здоровому образу жизни изменяется мировоззрение, приоритетными становятся духовные ценности, обретается смысл жизни, исчезает физиологическая и психологическая зависимость от алкоголя, табака, наркотиков и др. Именно поэтому от образа жизни подростка во многом будет зависеть и его настоящая и будущая жизнь, учебная и профессиональная деятельность.

На наш взгляд, забота о здоровье подрастающего поколения предполагает не только борьбу с болезнями, исследование их происхождения, но и изучение состояния здоровья здорового человека, профилактику заболеваемости, разработку концепций здорового образа жизни и др. Очевидно, что не всегда знание правил здорового образа жизни обеспечивает стремление соблюдать их в повседневной жизни. Большинству учащихся кроме знаний не хватает и здоровых отношений, навыков и привычек, способствующих укреплению здоровья. Поэтому необходимо поддерживать у них активность по соблюдению правил здорового образа жизни; создавать и повышать мотивацию к сохранению и укреплению собственного здоровья, оказывать поддержку в преодолении трудностей в учебе и организации своего досуга, в планировании своей жизни, так как это и другие факторы, во многом влияют на характер их образа жизни. Сознательное отношение к собственному здоровью должно стать нормой поведения современной молодежи, как высокоразвитой и здоровой личности, как будущего специалиста, в той или иной степени ответственного за здоровье других (Северин, 2005).

Цель исследования – выявление характера взаимосвязи точности перцептивных действий подростков с предметами вариативной формы и их представлений о здоровом образе жизни. Предполагалось, что для подростков с низкими показателями точности перцептивных действий будет характерен и низкий уровень правильности представлений о здоровом образе жизни.

Исследование проведено на базе государственного учреждения образования «Средняя школа № 30 имени Д.Б. Гвишиани г. Бреста», в котором было задействовано 60 подростков в возрасте 13-15 лет. Пол опрошенных подростков не учитывался.

Для изучения представлений подростков о здоровом образе жизни использовалась тестовая карта «Представления о здоровом образе жизни» (Ю.Г. Коджаспиров), позволяющая оценить уровень правильности представлений молодежи о здоровом образе жизни; для изучения перцептивных действий подростков с предметами вариативной формы – методика измерения сформированности навыка перцептивных действий подростка с предметом вариативной формы (А.В. Северин), которая направлена

на измерение степени точности перцептивных действий подростков (методика проверена на надежность ($r = 0,99$ при $p \leq 0,01$) и диагностическую валидность при помощи метода контрастных групп, в качестве которых выступили обычные подростки и слабовидящие подростки ($t_{эмп} = 34,2$ при $p \leq 0,01$)).

В ходе проведения исследования были получены следующие результаты.

По тестовой карте Ю.Г. Коджаспирова определен уровень правильности представлений подростков о здоровом образе жизни. Так, у 50 % подростков выявлен низкий уровень правильности представлений о здоровом образе жизни; у 27 % – средний уровень правильности представлений, у 23 % подростков обнаружен высокий уровень правильности представлений о здоровом образе жизни. При сравнении результатов, полученных по двум группам подростков (с низким уровнем правильности представлений о здоровом образе жизни и высоким уровнем правильности представлений) выяснилось, что имеются статистически значимые различия по уровню правильности представлений их о здоровом образе жизни ($t_{эмп}=2,9$ при $p \leq 0,01$).

Применение методики измерения сформированности навыка перцептивных действий подростка с предметом вариативной формы (А.В. Северин) дало возможность оценить степень точности перцептивных действий подростков с предметами вариативной формы. Так, высокие показатели точности перцептивных действий по шкале упругости обнаружены у 21,6 % подростков, средний уровень точности – у 30,1 % опрошенных, низкий уровень точности перцептивных действий выявлен у 48,3 % подростков ($F_{эмп} = 26,2$ при $p \leq 0,01$).

Таким образом, у половины подростков (50 %) выявлен низкий уровень правильности представлений о здоровом образе жизни. У этих же подростков (48,3 %) обнаружена и низкая степень точности перцептивных действий с предметами вариативной формы по шкале упругости. Высокий уровень представлений о здоровом образе жизни характерен для 23 % подростков, а высокая степень точности перцептивных действий выявлена у 21,6 % из числа этих же подростков. Данный факт свидетельствует о том, что имеется прямая взаимосвязь между уровнем правильности представлений подростков о здоровом образе жизни и степенью точности их перцептивных действий с предметами вариативной формы по шкале упругости. Чем выше правильность представлений подростков о здоровом образе жизни, тем выше и точность их перцептивных действий с предметами вариативной формы (что говорит и об адекватности восприятия предметов окружающего мира).

То, что выявлен достаточно высокий процент из числа опрошенных подростков с низким уровнем правильности представлений о здоровом образе жизни, говорит о необходимости формировать более ценностное отношение подростков к собственному здоровью, проводить с ними разъясняющую и пропагандистскую работу в целях просвещения и формирования навыков и принципов здорового образа жизни, психологического самооздоровления, адекватных представлений о здоровье человека.

Список литературы

1. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. Л.: Наука, 1987. 113 с.
2. Ганзен В.А. Восприятие целостных объектов. Л.: ЛГУ, 1974. 60 с.
3. Купчинов Р.И. Формирование здорового образа жизни учащейся молодежи. Минск: НИО, 2007. 120 с.
4. Лосик Г.В. Перцептивные действия человека. Кибернетический аспект. – Минск: ОИПИ НАН Беларуси, 2008. 138 с.
5. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 520 с.
6. Лосик Г.В. Полимодальное восприятие объектов с вариативной формой // Когнитивные штудии: актуальные проблемы когнитивной науки: материалы IV междисциплинарного семинара / Под ред. А.П. Лобанова, Н.П. Радчиковой. – Минск: БГПУ, 2013. С. 51-60.
7. Морина Н.Л. Восприятие упругости и медицинская диагностика // Психологическая наука и образование. 2002. № 4. С. 70-87.
8. Никифоров Г.С. Психология здоровья. СПб.: ПИТЕР, 2003. 607 с.
9. Северин А.В. Исследование перцептивных действий подростков с разным сенсорным опытом при восприятии объектов с вариативной формой как актуальная проблема психологии // Актуальные проблемы в изучении и преподавании общественно-гуманитарных наук: Материалы I Междунар. науч. конф., Витебск, 2-3 декабря, 2010 г. / МИТСО. Витебск: МИТСО, 2010. С. 508-509.
10. Северин А.В. Перцептивные действия с предметами инвариантной формы и восприятие их упругости / Г.В. Лосик, А.В. Северин // Шестая Междунар. конф. по когнитивной науке: Тезисы докладов, Калининград, 23-27 июля 2014 г. / БФУ. – Калининград: БФУ им. И. Канта, 2014. С. 388.
11. Соколов Е.Н. Восприятие и условный рефлекс. М.: МГУ, 2003. 288 с.
12. Северин А.В. Образ жизни и здоровье человека. Брест: ГУ «БОЦГЭиОЗ», 2005. 76 с.

Раздел 2

ЗДОРОВЬЕ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЧЕЛОВЕКА

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЙ КОНФЛИКТ КАК РЕСУРСНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Т.Ю. Артюхова

Лесосибирский педагогический институт – филиал Сибирского федерального университета

Проблема здоровья человека вызывала интерес во все времена. С развитием психологии как науки сформировались научные концепции, теории как за рубежом, так и в России. М.В. Москвина отмечает, что среди зарубежных ученых уделяли внимание психологическому здоровью А. Адлер, А. Ассаджоли, С. Гроф, А. Маслоу, К. Роджерс, 3. Фрейд, В. Франкл, Э. Фромм, К. Хорни, Э. Эриксон, К.Г. Юнг и др., а среди отечественных ученых – это и психиатры, и психотерапевты, и психологи: П.Б. Аннушкин, В.М. Бехтерев, И.В. Боев, Б.С. Братусь, Б.Д. Карвасарский, С.С. Корсаков, В.Н. Мясищев и др. (Москвина, 2013). Б.С. Братусь вводит понятие «личностное здоровье»; автор считает, что для современного человека может стать характерным диагноз: «психически здоров, но личностно болен» (Братусь, 1988).

В публикациях отечественных ученых, начиная с работ И.В. Дубровиной (Дубровина, 1998), В.И. Слободчиков, А.В. Шувалов и др. ведут разработку понятия «психологическое здоровье» (Слободчиков, 2001; Шувалов, 2001). Отмечается, что важно учитывать такую характеристику, как динамичность, позволяющую человеку адаптироваться и развиваться.

Как отмечает И.О. Логинова, при обсуждении динамических характеристик различных явлений и феноменов, в том числе жизненного самоосуществления человека, важно понимать, что сам феномен жизнь является динамическим образованием … жизненное самоосуществление человека связано с «вырастанием», «взрослением» вполне определенных структур, совокупность которых и определяет возможность человека быть чувствительным к ситуации, где он может реализовать (осуществить) себя (Логинова, 2012).

В.Э. Пахальян также применяет категорию «динамичность» при определении психологического здоровья – это «…динамическое состояние внутреннего благополучия (согласованности) личности, которое составляет и позволяет актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности на любом этапе развития» (Пахальян, 2006).

Индивидуальные и возрастно-психологические возможности задают перспективу развитию «заданному». Как отмечает В.Н. Фомин, «…в возможностном ракурсе личностный потенциал – это организованная совокупность возможностей, находящих свое выражение в способностях, средствах и ресурсах, имманентно присутствующих и/или принадлежащих индивиду как субъекту социальной или психологической активности» (Фомин, 2013).

Обратимся к словарю и отметим, что синонимичными словами к слову «возможность» выступают слова «ресурс», «осуществимость», «потенциальность», «потенция» и др.

Ресурс определяет количественную меру возможности выполнения какой-либо деятельности; условия, позволяющие с помощью определенных преобразований получить желаемый результат.

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

Автор различает два класса ресурсов: личностные и средовые. Личностные ресурсы (психологические, профессиональные, физические) представляют собой навыки и способности человека; средовые ресурсы отражают доступность личности помощи (инструментальной, моральной, эмоциональной) в социальной среде (со стороны членов семьи, друзей, коллег) и материальное обеспечение жизнедеятельности людей, переживших стресс или находящихся в стрессогенных условиях (Водопьянова, 2009).

Понятие «потенциал» (от лат. potentia – сила) представлено как совокупность возможностей, источников, средств, запасов и т.п., которые могут быть приведены в действие, использованы для решения определенных задач, достижения поставленных целей; возможности отдельного лица, общества. Это понятие относится к деятельности человека. Посредством осуществления деятельности происходит реализация потенциала.

Личностный потенциал детерминирован психическим, душевным, личностным и психологическим здоровьем, смысловым наполнением жизни, то или иное сочетание этих внутренних составляющих дают различные проявления: самооценка, навыки и жизненные стратегии, видение жизненных перспектив и др.

Как необходимый ресурс, который может способствовать повышению физического и психического здоровья, успешной адаптации в стрессовых ситуациях, связанной с самореализацией и самоутверждением личности, может выступить жизнестойкость (Александрова, 2005).

Состояние, которое может не позволить воспользоваться имеющимся ресурсом это нарушенное эмоциональное, аффективное состояние. Как много тысячелетий назад сказал Аристотель: «Когда любого рода аффекты овладевают индивидом, решения его становятся негодными».

Одним из таких состояний является внутренний конфликт, который детерминирует состояние дезинтеграции, рассогласования между различными ценностно-смысловыми образованиями мотивационной сферы личности, одни из которых отражают потребность в достижении значимых для личности объектов, другие – реальную возможность такого достижения (Мадди, 2005).

А.И. Еремеева представляет внутренний конфликт как исход назревших противоречий, «перерыв постепенности» в саморегуляции личности, представляющий возможность перестройки сложившейся ранее структуры деятельности (Еремеева, 1983). Внутренний конфликт, с точки зрения Л.М. Митиной, представляет собой один из этапов развития внутриличностного противоречия как субъективного переживания рассогласования тех или иных тенденций в самосознании личности (оценок, притязаний, установок, интересов), которые взаимодействуют и изменяют друг друга в процессе своего развития (Митина, 1998).

По мнению Е.Б. Фанталовой, внутренний конфликт является состоянием дезинтеграции, рассогласования между различными ценностно-смысловыми образованиями мотивационной сферы личности, одни из которых отражают потребность в достижении значимых для личности объектов, другие – реальную возможность такого достижения (Фанталова, 2001).

Происхождение и сущность внутриличностного конфликта связывается с нарушением смыслового соотношения сознания и бытия личности (Калмыкова, 1986); с нарушением идентификации личности со значимым окружением; с невозможностью достижения определенного психологического состояния, связанного с реализацией в области высокозначимого (Алюшина, Репецкий, 2000).

Среди отечественных ученых, внесших значительный вклад в разработку рассматриваемой проблемы, следует назвать А.Р. Лурия, В.С. Мерлина, В.Н. Мясищева и других (Лурия, 2002, Мерлин, 1990, Мясищев, 2007).

Мы хотели бы обратить внимание на деятельностный подход А.Н. Леонтьева, который своей теорией о роли предметной деятельности в становлении личности многое сделал и для понимания внутриличностного конфликта.

Согласно его теории, содержание и сущность внутриличностного конфликта обусловлены характером структуры самой личности. Эта структура детерминирована объективно противоречивыми отношениями, в которые вступает человек, осуществляя разнообразные виды своей деятельности. Одна из важнейших характеристик внутренней структуры личности состоит в том, что любой человек, даже имеющий ведущий мотив поведения и основную цель в жизни, не может жить только одной какой-либо целью или мотивом. Мотивационная сфера человека, по мнению А.Н. Леонтьева, даже в наивысшем ее развитии никогда не напоминает застывшую пирамиду.

В различные периоды жизни, в различных сферах человеческого бытия и в разных ситуациях у личности возникает множество других, кроме ведущего, мотивов, образующих мотивационную сферу или, как сегодня принято говорить, мотивационное поле.

Структура личности, – писал А.Н Леонтьев, – представляет собой относительно устойчивую конфигурацию главных, внутри себя иерархизированных, мотивационных линий. Речь идет о том, что неполно описывается как «направленность личности», неполно потому, что даже при наличии у человека отчетливой ведущей линии жизни она не может оставаться единственной. Служение избранной цели, идеалу вовсе не исключает и не поглощает других жизненных отношений человека, которые, в свою очередь, формируют смыслообразующие мотивы. Образно говоря, мотивационная сфера личности всегда является многовершинной (Леонтьев, 2005).

Противоречивое взаимодействие этих «вершин» мотивационной сферы, различных мотивов личности и образует внутриличностный конфликт.

Таким образом, внутриличностный конфликт, имманентно присущий внутренней структуре личности, – нормальное явление. Структура любой личности характеризуется внутренними противоречиями и борьбой между различными мотивами. Обычно эта борьба проходит в заурядных формах и не нарушает гармоничности личности. А.Н. Леонтьев отмечал, что гармоническая личность вовсе не есть личность, если

не знает никакой внутренней борьбы. Но иногда эта борьба становится главным, что определяет поведение человека и весь его облик (Леонтьев, 2005).

Таковы основания внутриличностного конфликта.

Итак, внутриличностный конфликт – это состояние личности, когда внутри ее структуры одновременно существуют противоречивые и взаимоисключающие мотивы, ценностные ориентации и цели, с которыми она в данный момент не в состоянии справиться, т.е. выработать приоритеты поведения, основанные на них.

Можно сказать и по-другому: внутриличностный конфликт – это состояние внутренней структуры личности, характеризующееся противоборством ее элементов.

Таким образом, можно выделить следующие характеристики внутриличностного конфликта:

1) внутриличностный конфликт появляется в результате взаимодействия элементов внутренней структуры личности;

2) сторонами внутриличностного конфликта выступают одновременно существующие в структуре личности разноплановые и противоречивые интересы, цели, мотивы и желания;

3) внутриличностный конфликт возникает только тогда, когда силы, действующие на личность, являются равновеликими. В противном случае человек из двух зол просто выбирает меньшее, из двух благ – большее, а наказанию предпочитает награду;

4) любой внутренний конфликт сопровождается негативными эмоциями;

5) основу любого внутриличностного конфликта составляет ситуация, характеризуемая:

- противоречивыми позициями сторон;
- противоположными мотивами, целями и интересами сторон;
- отсутствием возможности удовлетворения какой-либо потребности и вместе с тем невозможностью ее устранения.

Следует также добавить, что, как показал З. Фрейд, внутриличностный конфликт может быть не только осознанным, но и неосознанным, что не делает его менее значимым (Фрейд, 1990).

Внутриличностный конфликт имеет свои внешние проявления на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях: снижение самооценки, осознание своего состояния как психологического тупика, задержка принятия решения, глубокие сомнения в истинности принципов, которыми человек раньше руководствовался; психоэмоциональное напряжение, частые и значительные отрицательные переживания;

снижение качества и интенсивности деятельности, снижение удовлетворенности деятельностью, негативный эмоциональный фон общения (Трушников, 2009).

Для проведения констатирующего эксперимента использованы следующие методики: тест жизнестойкости (авт. С. Мадди, адапт. Д.А. Леонтьевым, Е.И. Рассказовой), методика диагностики внутреннего конфликта (авт. Е.Б. Фанталова).

Выборка исследования представлена лицами в возрасте 20-22 лет.

В ходе анализа результатов по тесту жизнестойкости мы пришли к выводу, что 68 % испытуемых имеют низкий уровень жизнестойкости, это говорит, скорее всего, о том, что у них снижена способность «держать» под контролем стрессовые ситуации, сохраняя при этом внутреннюю сбалансированность. Для 15 и 17 % испытуемых характерен средний и низкий уровень жизнестойкости. Эта группа респондентов в большей степени способна переносить стрессовые ситуации, тревогу, преодолевать возникающие жизненные проблемы. Как отмечают авторы методики, для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности должны быть выражены все три компонента – вовлеченность (commitment), контроль (control), принятие риска (challenge).

Сравнивая показатели по тесту жизнестойкости со средними, можем отметить, что у респондентов достаточно низкие средние показатели, не достигающие нижней границы среднестатистической нормы.

Так, показатель «жизнестойкость» – 59,28 при среднем 80,72 ± 18,53. Полагаем, что для данной группы респондентов характерна не свойственная для возрастной нормы сформированность системы убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Для данной группы респондентов характерны низкие показатели вовлеченности, контроля и средний показатель принятия риска. Более конкретные результаты представлены ниже.

Показатель «вовлеченность» равен 27,48 при среднем 37,64 ± 8,08. Низкие показатели позволяют нам предположить, что молодые люди не получают удовольствие от собственной жизни, они не вовлечены в активное, деятельное жизнеутверждение. Показатель «контроль» равен 20,46 при среднем 29,17 ± 8,43, также ниже границы нормы. Как правило, низкие показатели являются индикаторами ощущения беспомощности, бесконтрольности и низкого уровня самодисциплины, самоорганизации. Показатель «принятие риска» равен 11,59 при среднем 13,91 ± 4,39. Этот показатель соответствует среднестатистической норме, т.е. респонденты готовы понимать, что развитие возможно через активное усвоение знаний. Однако активного проявления готовности действовать в отсутствии гарантий успеха респонденты не демонстрируют.

Анализ результатов по методике диагностики внутреннего конфликта (ВК) позволяет констатировать, что 11 % испытуемых имеют высокий уровень внутреннего конфликта, это, чаще всего, проявляется в рассогласованности между различными ценностно-смысловыми образованиями мотивационной сферы личности; 39 % испытуемым присущи противоречивые и взаимоисключающие мотивы, ценностные ориентации и цели, с которыми в данный момент они не в состоянии справиться.

Анализируя соотношение выборов «ценности – доступности» у студентов с высоким и средним уровнем внутреннего конфликта, мы пришли к выводу, что наиболее часто внутренний конфликт проявлялся в следующих ценностях:

– 81 % характерен внутренний конфликт такой ценности, как «счастливая семейная жизнь». Полагаем, что данный факт свидетельствует о степени неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, блокады основных жизненных потребностей, внутренней конфликтности;

– для 57 % зафиксирован внутренний вакуум в такой ценности, как «красота природы и искусства». Исходя из интерпретации этого параметра, мы можем предположить о наличии «внутреннего вакуума» (ВВ), который проявляется в неудовлетворенности в данной жизненной сфере, «ощущению внутреннего балласта» и возможных других ощущений – «избыточности присутствия», ненужности, никчемности.

При анализе результатов по системе «Диагностика внутреннего конфликта» мы исходили из соотношения показателей ВК : ВВ : НЗ.

Так, наиболее типичным (с незначительными отклонениями) является соотношение с высокой степенью неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией.

Например, соотношение показателей ВК : ВВ : НЗ = 45 : 43 : 12 (%) свидетельствует о незначительном преобладании ВК в отношении труднодостижимых ценностей в мотивационно-личностной сфере. Удовлетворенность потребностей, отсутствие их блокады отмечается лишь в половине предложенных сфер, составляющих в целом «бесконфликтную» нейтральную зону (НЗ). Это такие сферы, как активная, деятельная жизнь; здоровье; интересная работа; уверенность в себе; познание.

Однако по сравнению с выраженностью ВК и ВВ выраженность «спокойной» НЗ значительно низка, так как составляет всего 12 % от индекса расхождения «Ц-Д». Можно заключить, таким образом, что на субъективном уровне для испытуемого характерно ощущение разлада с самой собой, поскольку «гармония», удовлетворенность, относительное совпадение желаемого и реального, «хочу» и «могу»,

а также «хочу» и «имею» встречаются в мотивационно-личностной сфере в несколько раз реже, чем их расхождение.

Соотношение показателей внутреннего конфликта (45 %) и внутреннего вакуума (43 %) практически равно, что свидетельствует о наличии стойкого, глубокого, до настоящего времени необратимого внутреннего конфликта, в равной степени существующего с внутренней опустошенностью и снижением побуждений, снижением мотивации в определенных сферах. Показатели нейтральной зоны в данном случае не велики, это означает что в целом удовлетворенность потребностей в тех или иных сферах очень низка (12 %).

ВК в значительной степени выражена в таких сферах, как любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком), материально-обеспеченная жизнь, наличие хороших и верных друзей, счастливая семейная жизнь.

Для данной группы респондентов характерно дезинтегрирующее состояние внутреннего конфликта. К сожалению, при таких рассогласованиях затруднено стабильное эмоциональное состояние, которое является фундаментом психологического здоровья.

Итак, жизнестойкость, формирующаяся в детском и подростковом возрасте, представляет личностную характеристику, позволяющую человеку проявлять способность и готовность активно и гибко действовать. Кроме того, жизнестойкость является фактором профилактики риска нарушения работоспособности и возникновения заболеваний.

Внутренний конфликт присущ любой психически здоровой личности. Ситуация внутриличностной противоречивости и напряжения необходимы для совершенствования и развития личности. Согласно позиции В. Франкла, «движущей силой жизни каждого человека является поиск им смысла жизни и борьба за него» (Франкл, 1982). Именно экзистенциальный вакуум становится причиной внутриличностного конфликта – состояния структуры личности, когда в ней одновременно существуют противоречивые и взаимоисключающие мотивы, ценностные ориентации и цели, с которыми она в данный момент не в состоянии справиться. Посредством осознания несовпадений между «хочу» и «надо», между «могу» и «не могу» создаются условия для изменения личности, для ее роста.

Таким образом, внутриличностный конфликт играет не только дезинтегрирующую роль, он также создает условия для перехода на новый уровень функционирования, от неравновесного состояния к равновесному. Как отмечает И.О. Логинова, «состояние подвижного равновесия (динамической устойчивости) имеет место тогда, когда изменение параметров порядка влечет за собой дальнейшие изменения.

Для самоорганизующихся систем равновесие может быть только мигом в процессе непрерывных изменений, равновесные системы не способны к самоорганизации. Для поддержания неравновесности система должна постоянно осуществлять работу, направленную на сохранение условий своего существования» (Логинова, 2012).

В ситуации осознания ценности и доступности происходит процесс «превращения возможностей человека в потенции» (Клочко, 2005), возникают более сложные структуры в мотивационно-ценностном каркасе, который составляет основу психологического здоровья человека.

Список литературы

1. Александрова Л.А. Концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: Сб. научн. трудов. Вып. 2 / Под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2005. С. 82-90.
2. Алюшина Н.А., Репецкий Ю. А. Психодиагностика и развитие рефлексивности профессионального самоопределения успешных управленцев. – М.: ИРПТ и ГО МАГО, 2000.
3. Ананьев В.А. Психология здоровья. – СПб.: Речь, 2006.
4. Артюхова Т.Ю. Психологическое здоровье участников образовательного процесса // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов. 25-28 июня 2003 года. Т. 1. – СПб.: Изд-во С-Петерб. ун-та, 2003.
5. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. С. 67-74.
6. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009.
7. Глушкова Н.И. Психотипологическая изменчивость личности учителя в современных социальных условиях и перспективы психологической помощи: Дис. … д-ра психол. наук. – Ставрополь, 2005.
8. Еремеева А.И. Личность как объект и субъект управления (психологический аспект). – Владивосток, 1983.
9. Клочко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансспективный анализ). – Томск: Изд-во ТГУ, 2005.
10. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Смысл, Академия, 2005.
11. Логинова И.О. Динамические характеристики жизненного самоосуществления в призме оценки психологического здоровья // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. / Гл. ред. И.О. Логинова. – Красноярск: Версо, 2012. С. 25-33.
12. Практическая психология образования / Под ред. И.В. Дубровиной. – М.: Сфера, 1998.
13. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ. – СПб., 2005.
14. Мерлин В.С. Развитие личности в психологическом конфликте. – Пермь, 1990.
15. Митина Л.М. Психологические особенности внутриличностных противоречий учителя // Вопросы психологии. – 1998. – № 3. – С. 3-16.
16. Москвина М.В. Теория и практика психологического здоровья для педагогов всех типов образовательных учреждений: Учебное пособие. – М.: Издательство «Академия Естествознания», 2013. – [Электронный ресурс] – http://www.rae.ru/monographs/208.

17. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – СПб.: Питер, 2007.
18. Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006.
19. Пахальян В.Э. Развитие и психологическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст. – М.: Питер, 2006.
20. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. – 2001. – № 4.
21. Трушников Д.Ю. Конфликтология: Монография. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2009.
22. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. – М., 2001.
23. Фомин В.Н. К определению понятия личностного потенциала // Знание. Понимание. Умение. – 2013. – № 4.
24. Франкл В. Поиск смысла жизни и логотерапия // Психология личности. – М.: МГУ, 1982.
25. Фрейд 3. Психология бессознательного. Сб. произв. / Сост. М.Г. Ярошевский. – М.: Просвещение, 1990.
26. Шувалов А.В. Проблемы развития службы психологического здоровья в системе дополнительного образования детей // Вопросы психологии. – 2001. – № 6. – С. 66-69.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ОДИН ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

А.Ю. Будаева, О.А. Халифаева

ФГБОУ ВПО «Астраханский государственный университет»

На современном этапе развития общества становится востребованным изучение связи психологического благополучия с психологическим здоровьем личности, что, прежде всего, обусловлено тем, что психологически здоровый человек способен наиболее успешно самоактуализироваться, самореализоваться.

Проблема психологического благополучия личности является одной из актуальных в психологии. Традиционно психологическое благополучие рассматривалось через противопоставление психологическому нездоровью и неблагополучию. Вместе с тем на рубеже XX и XXI веков под влиянием активно развивающегося экзистенциально–феноменологического подхода к личности формировалось представление о недостаточности медицинской модели психологического благополучия.

В настоящее время активно изучается связь психологического благополучия с различными особенностями и ее социальными характеристиками, разрабатывается валидный и надежный инструментарий для измерения психологического благополучия, происходит уточнение и операционализация самого понятия; исследуется также влияние разнообразных объективных и субъективных факторов на психологическое благополучие личности (М. Аргайл, Н. Брэдберн, Э. Динер, К. Рифф, М. Селигман, Р. Эммонс,

Н.К. Бахарева, М.В. Бучацкая, А.В. Воронина, А.Е. Созонтов, П.П. Фесенко, Т.Д. Шевеленкова и др.). Но для того чтобы определить связь между данными терминами, рассмотрим подробнее сущность понятия психологического благополучия, которое рассматривается с различных точек зрения, включающие в себя разные компоненты (Джидарьян, 2009).

Существует несколько подходов к исследованию феномена психологического благополучия, которые можно разделить на несколько групп.

В первой группе мы рассмотрим два основных направления: гедонестическое и эвдемонистическое.

К теориям гедонестического направления можно отнести те учения, в которых благополучие описывается через термины удовлетворенности и неудовлетворенности, строится на балансе позитивного и негативного.

Так, например, Н. Бредбёрн считал, что существует определенная модель (структура) психологического благополучия, представляющая собой баланс, достигаемый постоянным взаимодействием двух видов аффекта – позитивного и негативного. События нашей повседневной жизни, которые несут в себе радость или разочарование, отражаясь в нашем сознании, накапливаются в виде соответственно окрашенного аффекта. То, что нас расстраивает, и то, из-за чего мы переживаем, суммируется в виде негативного аффекта, те же события повседневной жизни, которые несут нам радость и счастье, способствуют увеличению позитивного аффекта (Джидарьян, 2009).

Разница этих аффектов и является показателем психологического благополучия, отражающим в себе общее ощущение удовлетворенностью или неудовлетворенностью жизнью (Джидарьян, 2009).

Аналогичной концепции в своих трудах придерживался Э. Динер, который ввел понятие «субъективное благополучие». С его точки зрения, субъективное благополучие состоит их трех основных компонентов: удовлетворение, приятные эмоции и неприятные эмоции, которые вместе формируют единый показатель субъективного благополучия. Автор утверждал, что субъективное благополучие позволяет измерить не только то, насколько человек погружен в тревогу, но и должно демонстрировать, насколько один человек счастливее другого, то есть автор уравнивает субъективное благополучие с переживанием счастья (Куликов, 2007).

Таким образом, можно утверждать, что человек имеет высокий уровень субъективного благополучия, если в большинстве случаев он испытывает удовлетворение от жизни, и только в отдельных ситуациях он переживает неприятные чувства (Савельева, 2008).

Эвдемонистическое понимание данной проблемы строится на том что, что личностный рост – главный и необходимый аспект благополучия.

Такой подход в своих теориях рассматривал А.А. Кроник. Он утверждал, что отношение человека к возможным способам обретения счастья формируют гедонестические, аскетические, деятельные, созерцательные установки. Именно эти установки помогают человеку определить, в какой области ему стремиться к самоосуществлению.

Психологические способы обретения счастья автор понимает как способы саморегуляции человеком своей мотивации к миру и выделяет две формы такой саморегуляции: усиление человеком значимости мира и усиление своих возможностей. На основе этих двух форм саморегуляции образуется четыре относительно независимых принципа саморегуляции человеком своей мотивации к миру: максимизация полезности, минимизация потребностей, минимизация сложности, максимизация способностей.

Принцип максимизации полезности мира (стиль жизни – гедонизм) состоит в стремлении человека к максимально полезным, полностью удовлетворяющим его потребности объектам. Полезность субъективно отражается в эмоциональном состоянии приятного, значит, максимизация полезности одновременно означает стремление к поиску положительно окрашенных эмоциональных переживаний разной интенсивности.

Принцип минимизации потребностей (стиль жизни – аскетизм) состоит в стремлении человека к уменьшению интенсивности (степени напряжения) движущих им потребностей. Такое стремление может иметь место в случае, когда собственно удовлетворение потребностей невозможно.

Принцип минимизации сложности (созерцательный стиль жизни) состоит в стеснении человека к упрощению своего мира в целом и к упрощению конкретных объектов – целей его различной деятельности.

Это стремление может проявляться в тех случаях, когда сложность цели превышает уровень способностей человека, либо когда в масштабах имеющегося у человек времени цель труднодостижима.

Принцип максимизации способностей состоит в стремлении человека к всестороннему развитию и самосовершенствованию в физическом и духовном отношении. Стиль жизни в этом случае носит деятельный характер самосовершенствования.

Во второй группе (теории А. Маслоу, К. Роджерса Г. Олпорта, К.-Г. Юнга, Э. Эриксона, Ш. Бюлер, Б. Ньюгартена, М. Яходы, Д. Биррена) психологическое благополучие мы будем рассматривать на основе изучения проблемы позитивного психологического функционирования личности (Ширяева, 2008).

Основоположником этого подхода стала К. Рифф. Она обобщила и выделила шесть основных компонентов психологического благополучия:

самопринятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цель в жизни, личностный рост.

Человек, обладающий высокой автономией, способен быть независимым, он не боится противопоставить свое мнение мнению большинства, может позволить себе нестандартное мышление и поведение, он оценивает себя исходя из собственных предпочтений. Отсутствие достаточного уровня автономии ведет к конформизму, излишней зависимости от мнения окружающих.

Управление окружающей средой подразумевает наличие качеств, которые обуславливают успешное овладение различными видами деятельности, способность добиваться желаемого, преодолевать трудности на пути реализации собственных целей, в случае недостатка этой характеристики наблюдается ощущение собственного бессилия, некомпетентности, присутствует неспособность что-то изменить или улучшить для того, чтобы добиться желаемого.

Личностный рост предусматривает стремление развиваться, учиться и воспринимать новое, а также наличие ощущения собственного прогресса. Если личностный рост, по каким-то причинам невозможен, то следствием этого становится чувство скуки, стагнации, отсутствие веры в свои способности к переменам, овладению новыми умениями и навыками, при этом уменьшается интерес к жизни.

Позитивные отношения с окружающими – в этом случае подразумевается как умение сопереживать, так и способность быть открытым для общения, а также наличие навыков, помогающих устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми, кроме этого, данная характеристика включает в себя желание быть гибким во взаимодействии с окружающими, умение прийти к компромиссу. Отсутствие этого качества свидетельствует об одиночестве, неспособности устанавливать и поддерживать доверительные отношения, нежелании искать компромиссы, замкнутости.

Наличие жизненных целей порождает чувство осмысленности существования, ценности того, что было в пошлом, происходит в настоящем и будет происходить в будущем. Отсутствие целей в жизни влечет ощущение бессмысленности, тоски, скуки.

Самопринятие отражает позитивную самооценку себя и своей жизни в целом, осознание и принятие не только своих положительных качеств, но и своих недостатков. Противоположность самопринятия – чувство неудовлетворенности собой, характеризующееся неприятием определенных качеств своей личности, неудовлетворнности своим прошлым.

К. Рифф отмечает, что выделенные компоненты психологического благополучия соотносятся с различными структурными элементами

теорий, в которых так или иначе речь идет о позитивном функционировании личности. Например, «самопринятие» (компонент психологического благополучия, по К. Рифф) соотносится не только с понятиями «самоуважение» и «самопринятие», введенными и разработанными А. Маслоу, К. Роджерсом, Г. Олпортом и М. Яходой. Оно также включает в себя признание человеком своих достоинств и недостатков, соотносимое с концепцией индивидуации К.Г. Юнга, а также позитивную (в основном) оценку человеком собственного прошлого, описанное Э. Эриксоном как часть процесса эго-интеграции (Ширяева, 2008).

К этой же группе можно отнести теорию самодетерминации Р. Райана и Э. Диси, которые предположили, что личностное благополучие связано с базовыми психологическими потребностями: потребностью в автономии, компетентности и связи с другими (Джидарьян, 2009).

Под автономией здесь понимается восприятие своего поведения как конгруэнтного внутренним ценностям и желаниям личности. В основе автономии лежат поддержка и отсутствие контроля со стороны других людей.

Потребность в компетентности – это склонность к овладению своим окружением и к эффективной деятельности в нем; она поддерживается такой средой, которая выдвигает перед человеком задачи оптимального уровня сложности и дает ему положительную обратную связь.

К третьей группе отнесем понимание феномена «психологического благополучии» на основе психофизиологической сохранности функций.

Основу этой группы составляет мнение о том, что генетические факторы также могут объяснить индивидуальные различия в психологическом благополучии.

Р.М. Райан и Э.Л. Диси считают, что связь между физическим здоровьем и психологическим благополучием является очевидной. Болезнь часто вызывает функциональные ограничения, которые уменьшают возможности для удовлетворенности жизни.

Р.М. Райан и К. Фредерик определили, что субъективная жизнеспособность является индикатором психологического благополучия. Они пришли к выводу, что субъективная жизнеспособность соотносится не только с такими шкалами психологического благополучия, как Автономия и Позитивные отношения с окружающими, но и с физическими симптомами (Бочарова, 2008).

К четвертой группе отнесем понимание феномена «психологического благополучия», рассмотренного П.П. Фесенко и Т.Д. Шевеленковой как целостного переживания, выраженного в субъективном ощущении счастья, удовлетворенности собой и собственной жизнью, а также связанное с базовыми человеческими ценностями и потребностями.

Здесь психологическое благополучие рассматривается как субъективное явление, переживание (сходное с понятием субъективного благополучия в работах Э. Динера), которое напрямую зависит от системы внутренних оценок самого носителя данного переживания. При разработке понятия психологического благополучия авторы делают акцент на субъективной оценке человеком себя и собственной жизни, а также на аспектах позитивного функционирования личности, считая, что наиболее удачно эти два аспекта синтезированы в охарактеризованной выше шестикомпонентной теории психологического благополучия К. Рифф (Бочарова, 2008).

Опираясь на теорию К. Рифф (которая была сформирована в русле гуманистической психологии), П.П. Фесенко и Т.Д. Шевеленкова предложили понимать психологическое благополучие личности как достаточно сложное переживание человеком удовлетворенности собственной жизнью, отражающее одновременно как актуальные, так и потенциальные аспекты жизни личности. Характеризуя переживание человеком психологического благополучия, отмечу, что любое переживание предполагает сравнение этого переживания с нормой, эталоном, идеалом, которые присутствуют в сознании самого переживающего человека в виде некого варианта самооценки, самоотношения (Куликов, 2007).

На основе сложного переживания человеком удовлетворенности собственной жизни авторами было выделено «актуальное психологическое благополучие» и «идеальное психологическое благополучие», в котором представление об «идеальном» выступает глобальным инструментом оценки человеком своего бытия. При этом необходимо отметить, что эта внутренняя оценка, по всей вероятности, имеет социально-культурную специ-фику, и можно предположить, что эта специфика формируется в процессе усвоения человеком некоторых существующих в социуме и культуре представлений (Bradburn N., Diener E., Waterman A.S., Кроник А.А., Ахмеров Р.А., Ryff C.D., Ryan R.M., Deci E.L., Линч М., Воронина А.В., Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П), т.е. соотносится с понятием социальной нормы, социально-культурного идеала функционирования человека (Бочарова, 2008).

Но предложенные подходы по изучению психологического благополучия вместе с тем не совсем отражают взаимосвязи благополучия и психологического здоровья. Поэтому для нас наиболее интересным в этом аспекте представляется структурно-уровневый подход, предлагаемый А.В. Ворониной, которая показывает взаимосвязь психологического и соматического, то есть психологического благополучия и психологического здоровья.

Определяя здоровье личности через понятие психологического благополучия, мы логическим образом приходим к необходимости разработки

в психологии проблемы «психологического здоровья», которое связано со способностью человека к самореализации и нахождению внутреннего смысла своего существования с его стремлением к нравственности и духовности (Воронина, 2002).

Само понятие «психологическое здоровье» было введено в научный психологический лексикон известным отечественным психологом И.В. Дубровиной. Она отмечает, что термин «психологическое здоровье» характеризует личность в целом и находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа: «Психологическое здоровье включает в себя не только здоровье психическое, основу которого составляет полноценное психическое развитие ребенка на всех этапах онтогенеза, но душевный комфорт, основу которого обеспечивает духовное развитие каждого ребенка» (Дубровина, 2007).

Определение «психологическое здоровье человека» состоит из двух категориальных словосочетаний: психологии здоровья и психологии человека. На стыке этих областей знания возникают психологические модели, рассматривающие проблему здоровья с человековедческой позиции. В многообразии мнений и течений постепенно сформировались общие контуры теории психологического здоровья:

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

2. Проблема психологического здоровья – это вопрос о норме и патологии в духовном развитии человека.

3. Основу психологического здоровья составляет нормальное развитие человеческой субъективности.

4. Определяющими критериями психологического здоровья являются направленность развития и характер актуализации человеческого в человеке (Шувалов, 2009).

Итак, изложенное позволяет заключить, что конечным итогом высокоразвитой здоровой личности является психологическое благополучие, поэтому для комплексного развития требуются основные составляющие психологического здоровья или благополучия:

1. Позитивное отношение к себе и своей жизни (самопринятие);

2. Наличие целей и занятий, придающих жизни смысл (цели в жизни);

3. Способность выполнять требования повседневной жизни (компетентность);

4. Чувство непрекращающегося развития и самореализации (личностный рост);

5. Отношения с другими, пронизанные доверием и заботой (позитивные отношения с другими);

6. Способность следовать собственным убеждениям (автономность).

Прописанная ранее теоретическая модель структурно-уровневого подхода позволяет в дальнейшем целостно подойти к предмету эмпирического изучения, качественному и всестороннему методологическому обоснованию.

Список литературы

1. Бочарова, Е.Е. Соотношение эмоциональных компонентов и когнитивных компонентов субъективного благополучия в разных условиях социализации / Е.Е. Бочарова // Проблемы социальной психологии личности. – 2008. – С. 32-56.
2. Воронина А.В. Оценка психологического благополучия школьников в системе профилактической и коррекционной работы психологической службы: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2002. 24 с.
3. Джидарьян, И.А. Проблема общей удовлетворенностью жизнью: теоретическое и эмпирическое исследование / И.А. Джидарьян, Е.В. Антонова // Сознание личности в кризисном обществе. – 2009.
4. Джидарьян, И.А. Счастье и его типологические характеристики / И.А. Джидарьян // Психология личности: новые исследования. – 2009. – С. 48-54.
5. Дубровина И.В. Психологическая служба образования: организация и управление // Вестник практической психологии образования. Январь-март 2007.
6. Куликов, Л.В. Субъективное благополучие личности / Л.В. Куликов // Ананьевские чтения. – СПб., 2007. – С. 162-164.
7. Савельева, О.С. Субъективное благополучие как проблема социальной психологии личности / О.С. Савельева. – М. 2008.
8. Ширяева, О.С. Психологическое благополучие личности в экстремальных условиях жизнедеятельности / О.С. Ширяева. – Хабаровск, 2008.
9. Шувалов А. Очерки психологии здоровья: мировоззренческий, научный и практический аспекты / А. Шувалов. // (Библиотечка «Первого сентября», серия «Школьный психолог». Вып. 26). – М.: Чистые пруды, 2009. – 32 с.

ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н.Н. Вишнякова, И.О. Кононенко

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

Профилактическая направленность отечественного здравоохранения наиболее ярко проявляется в диспансеризации населения. Диспансеризация – метод активного динамического наблюдения за здоровыми лицами, объединенными общими физиологическими особенностями

или условиями труда; больными, страдающими хроническими заболеваниями, наиболее часто приводящими к временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности, или перенесшими некоторые острые заболевания; лицами, имеющими факторы риска. Этот метод направлен на предупреждение заболеваний, активное их выявление на ранних стадиях и своевременное проведение лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

В программе «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013-2020 годы» поставлена цель обеспечения доступности медицинской помощи и повышения эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. Одной из первоочередных задач в соответствии с названной целью обозначена задача обеспечения приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи. Улучшение качества медицинской помощи, выявление и предупреждение социально-значимых заболеваний в КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого обеспечивает Отделение общей врачебной практики, созданное в 2011 г., где развивается система диспансерных осмотров обучающихся при активном участии профессорско-преподавательского состава клинических кафедр КрасГМУ. Именно в ходе медицинского профилактического осмотра выявляются не только заболевания на самых ранних стадиях, но и в массовом порядке определяются пациенты, входящие в группы риска.

В современном обществе в структуре заболеваемости как среди взрослого населения, так и в студенческой среде значительное место занимают психосоматические заболевания. В выявлении риска данных заболеваний серьезную роль играют именно психологические методы исследования. Медицинская статистика показывает, что в значительном количестве случаев основой проявления болезней служат стрессы, психологические травмы и внутренние конфликты.

Еще древнегреческий философ Платон, который считал тело и душу единым целым, озвучивал идею о зависимости здоровья от состояния души. В настоящее время учение о связи соматических заболеваний и психических процессов называют психосоматикой. Существует большое количество теорий возникновения психосоматических расстройств, сторонники психосоматической теории считают, что любая негативная эмоция, которая не нашла выход, приводит к внутреннему конфликту, порождающему болезнь.

Согласно модели вегетативного невроза (по Александеру), если бессознательный конфликт не имеет выхода во внешнем проявлении, то он

приводит к эмоциональному напряжению, которое сопровождается изменениями в вегетативной нервной системе, которые в свою очередь могут повлечь за собой изменения ткани и даже необратимые поражения органов.

С точки зрения Ф. Александера, возникновение психосоматических расстройств объясняется взаимодействием трех факторов: психологического, физиологического и социального.

У. Глассер акцентирует внимание на вторичной выгоде психосоматических нарушений как инфантильном способе контроля поведения окружающих. Человек – как система контроля, цель которой – подчинить своему влиянию окружающих. Психосоматические расстройства – активный процесс, результат собственного выбора страдающих ими людей. Болезнь – это неадаптивное поведение, которое человек предпочитает для управления окружающей действительностью.

В клинической психологии существует даже точка зрения, что любое хроническое соматическое (неинфекционное) заболевание начинается с эпизода личностной диссоциации, хотя бы кратковременного (Шульц Л., 2002). Проявления психосоматических расстройств имеют отчасти образно-символическое значение («язык тела»), являются проявлением защитно-компенсаторных механизмов, способом противостояния подсознательных фрагментов психики подавлению со стороны сознательной цензуры (внутренний конфликт). Тем самым подобные конверсионные и диссоциативные механизмы психосоматических нарушений отражают внутреннюю двойственность, противоречивость человеческой психики.

А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян вводят термин «соматизация или «отелеснивание» неотреагированных негативных эмоций». Психосоматические расстройства, по утверждению авторов, – это «плата современного цивилизованного человека за умение властвовать собой».

– соматизация – как слом механизмов психологической защиты – «прорыв психологической обороны»;
– соматизация – это не «ошибка» психологической защиты, а ее собственный продукт. Это результат действия механизмов защиты, но защиты несовершенной (т.е. вытеснения, а не сублимации). Соматизация – аналог вытеснения, его проявление на телесном уровне.

Соматизация – склонность к переживанию психологического стресса на физиологическом уровне, вследствие которой развиваются реальные соматические (психосоматические) нарушения.

Авторы подчеркивают, что современный человек утрачивает контакт со своими душевными состояниями и, соответственно, возможность их понимать и управлять ими. Это имеет ряд тяжелых последствий для физического и психического здоровья:

1. Возрастание числа психосоматических заболеваний. Согласно современным представлениям, одним из важных факторов психосоматических заболеваний являются подавленные, неотреагированные во внешнем плане эмоции.

2. Возрастание числа тяжелых душевных состояний – тревоги, страха, тоски, тревожно-депрессивных расстройств, которые все чаще встречаются в жизни, а не только в клинике, требуют амбулаторной, консультативной помощи.

3. Возрастание эмоциональных «взрывов» и конфликтов. Игнорирование приводит к их накоплению по типу «парового котла без клапана».

4. Состояние неудовлетворенности собой и своей жизнью. Игнорирование эмоций, презентирующих в сознании потребности, желания, мотивы, приводит к ложным жизненным выборам на основе внешних норм и требований, а не внутренней направленности личности.

5. Трудности установления теплых, доверительных контактов и получения социальной поддержки. Современный человек часто страдает от одиночества, так как именно открытое, безбоязненное проявление чувств служит основой подлинных и искренних отношений и сигналом о помощи для окружающих.

Таким образом, многочисленные исследования в области психосоматики показывают, что неразрешенные внутренние конфликты (когда человек переживает сильный стресс, связанный с невозможностью удовлетворить свои базовые потребности) приводят к трансформации конфликтной психологической активности на биологический телесный уровень. Тело помогает разрешить неразрешимую на психологическом уровне конфликтную ситуацию через проживание болезни органа, соответствующего данному конфликту. «Чем больше мы осознаем, какие бесконечно опасные конфликты разрушают личность, тем более настоятельной является потребность их подлинного разрешения» (Хорни К., 1997).

Именно поэтому так важно выявление наличия внутреннего конфликта с последующим научением способам разрешать эти конфликты не телесным, а психологическим способом. Важно помочь такому пациенту обрести достаточную устойчивость и ресурс выдерживать психологические конфликты, которые неизбежно встречаются в жизни.

С целью выявления внутренних конфликтов личности студентов КрасГМУ нами проведено исследование с использованием метода диагностики внутреннего конфликта Е.Б. Фанталовой. Исследование проводилось в период профилактического медицинского осмотра. В фокусе нашего внимания были три группы диспансерного учета:

1-я группа – здоровые – лица, не предъявляющие никаких жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при обследовании не найдено отклонений от установленных границ нормы.

2-я группа – практически здоровые – лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность.

3-я группа – больные хроническими заболеваниями – подразделяются на лиц:

– с компенсированным течением заболевания, редкими и непродолжительными потерями трудоспособности;

– с субкомпенсированным течением заболевания, частыми обострениями и продолжительными потерями трудоспособности;

– с декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

Всего в исследовании приняли участие 173 респондента. 57 из них принадлежали к 1-й группе, 64 – ко 2-й группе, 52 – к 3-й группе диспансерного учета.

Метод Е.Б. Фанталовой позволяет выявить внутренний конфликт как переживание, вызванное внутренним столкновением нескольких противоборствующих потребностей индивида, негативная окраска которого задерживает принятие решения.

Указанием на наличие внутреннего конфликта в той или иной сфере является значительный разрыв в ней между показателями «Ценность» и «Доступность» по какому-либо понятию в случае когда Ц больше чем Д.

Значительный разрыв между показателям «Ценность» и «Доступность», когда Д больше Ц, указывает на наличие «внутреннего вакуума», неудовлетворенности в конкретной жизненной сфере, «ощущения внутреннего баласта» и возможных других ощущений – «избыточности присутствия», ненужности, никчемности.

«Нейтральная зона» – это вся совокупность показателей, где нет заметных «внутренних конфликтов» и «внутренних вакуумов». Все сферы, которые, таким образом, попадают в НЗ, представляют своего рода «бесконфликтную» нейтральную зону, где потребности желаемого и возможности его удовлетворения в основном совпадают.

Интегральный показатель «Ценность – Доступность» (R), в свою очередь, будет свидетельствовать о глубине не всегда осознаваемого состояния вовлеченности личности в собственные внутренние конфликты, степени внутренней неудовлетворенности, блокады основных жизненных потребностей.

Исходя из содержания теоретико-методологического понятийного аппарата психологии, индекс расхождения «Ц-Д» (R) – это показатель рассогласования, дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере, свидетельствующий о степени неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, блокады основных потребностей, внутреннего дискомфорта, внутренней конфликтности, а также об уровне самореализации, внутренней идентичности, интегрированности, гармонии.

По величине индекса можно выделить три уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере: низкий, средний и высокий (Фанталова, 2001).

В ходе исследования получены следующие результаты: по уровням дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере: 53,8 % респондентов имеют низкий уровень, 27,7 % – средний и 18,5 % – высокий (общая выборка).

При статистическом анализе результатов опросника УСЦД в сопоставлении с принадлежностью к группе диспансерного учета по показателю уровня дезинтеграции личности в мотивационно-потребностной сфере выявлены статистически значимые различия по t-критерию Стьюдента между высоким уровнем дезинтеграции личности в первой и второй группах диспансерного учета ($P<0,05$).

У студентов, принадлежащих к 1-й группе диспансерного учета (соматически здоровых), лишь в 56,1 % отмечается низкий уровень дезинтеграции личности в мотивационно-потребностной сфере, в 33,3 % – средний уровень и у 10,5 % респондентов наблюдается высокий уровень дезинтеграции личности, что говорит о наличии вовлеченности личности в собственные внутренние конфликты, степени внутренней неудовлетворенности, блокады основных жизненных потребностей.

По данным методики исследования, у 26,6 % респондентов, принадлежащих ко второй группе диспансерного учета (наличие в анамнезе острого заболевания), наблюдается высокий уровень дезинтеграции личности, в 20,3 % случаев – средний уровень. Низкий уровень отмечается у 53,1 % респондентов.

Для 3-й группы характерен в 52 % – низкий уровень дезинтеграции личности, в 30,8 % – средний и в 17,3 % – высокий уровень.

Таким образом, полученные данные показывают, что даже в группе здоровых около 44 % (высокий и средний уровень дезинтеграции личности в мотивационно-личностной сфере) респондентов можно отнести к группе риска возникновения психосоматических заболеваний. Такая же картина наблюдается во второй (47 %) и третьей (48 %) группах. Подчеркнем,

что такие студенты независимо от принадлежности к группе диспансерного учета (являясь группой риска возникновения психосоматических заболеваний) нуждаются в психологической коррекции.

Полученные результаты не только позволяют сделать вывод о том, что при проведении профилактических медицинских осмотров необходимо проводить психологическую диагностику личности, направленную на выявление внутренних конфликтов, но и актуализируют необходимость продолжения данного исследования. Представляет интерес изучение телесных симптомов, являющихся на физиологическом уровне следствием реакции напряжения, а на психологическом – тревоги и фрустрации как следствия внутреннего конфликта; выявление корреляции между психосоматическими нарушениями со стороны внутренних органов (которые представляют собой неадаптивные проявления стрессовой готовности) и выраженностью дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере как фактора вовлеченности личности в собственные внутренние конфликты.

Самостоятельного изучения требует поиск адекватных форм и способов психологического сопровождения студентов группы риска развития психосоматических заболеваний. В этой связи представляет интерес исследование эффективности различных направлений психокорреции в формированию навыков эмоционального самоконтроля, который был описан Ф.М. Александером; таких психотерапевтических методик, как коммуникация с симптомом (гештальттерапия), кинестетически ориентированный рефрейминг (НЛП), фокусировка (модифицированная техника Ю. Гендлина) или естественная «биообратная связь» (И. Шалиф). Идея дальнейшего исследования созвучна принципу понимания человеческой природы, которая заключается в том, что внутри каждого человека заложена сила здоровья роста (Glasser, 1995). Эта сила проявляется на двух уровнях: физическом и психологическом. Именно в этих двух направлениях и работает психология телесности и телесно ориентированная психотерапия, что и позволяет предположить ее эффективность в разрешении внутреннего конфликта и, как следствие, интеграции личности. Проверка данного предположения составляет задачу дальнейшего исследования.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2006. – 336 с.
2. Тюльпин Ю.Г. Медицинская психология. – М.: Медицина, 2004. – 320 с.
3. Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. – Самара: Издательский дом БАХРАХ. – М., 2001. – 128 с.

4. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Соматизация – история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Моск. психотерапевтич. журнал. – 2000. – № 2. – С. 5-50.
5. Холмогорова А.Б. Культура, эмоции и психическое здоровье // Вопросы психологии. – 1999 а. – № 2. – С. 61-74.
6. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / Пер. с англ. – СПб.: Лань, 1997.
7. Шульц Л. Язык интуиции. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 448 с.
8. Glasser, W. Control theory. In N. Glasser, (Ed.) Control Theory in the Practice of Reality Therapy: Case Studies. New York: Harper & Row. – 1989. – PP. 1-15.

ЭФФЕКТИВНЫЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИИ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС

Ж.Г. Дусказиева, М.А. Лисняк

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

Эмоциональный стресс – неотъемлемая составляющая жизни каждого человека. Изначально созданный природой как эффективный аварийный механизм быстрого переключения организма в режим нападения или бегства от опасности у современного типичного жителя мегаполиса превратился в источник психосоматических проблем. В связи с этим можно утверждать, что психологическое здоровье индивида напрямую зависит от того, насколько личность способна совладать со стрессогенными факторами. Совладание со стрессом осуществляется с помощью определенных адаптивно-защитных механизмов, одним из которых является копинг-стратегия, копинг-механизмы (Murphy L., Lazarus R.S., Perrez M., Ellis A. и др.). Остановимся на основных понятиях, связанных с копинг-поведением.

Копинг механизмы – это механизмы совладания со стрессом (от англ. coping – совладание). Копинг-механизмы (механизмы совладания), которыми пользуется человек, влияют на успешность его психофизиологической адаптации (Карвасарский Б.Д., 2000). Впервые термин «coping» был использован Л. Мерфи (Murphy L.) в 1962 г. в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. К ним относились активные усилия личности, направленные на овладение трудной ситуацией или проблемой. В последующем понимание копинг-механизмов было тесно связано с исследованиями психологического стресса. Р. Лазарус (Lazarus R.S., 1966) определял копинг-механизмы как стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях

психологической угрозы, в частности в условиях приспособления к болезни как угрозе (в разной мере, в зависимости от вида и тяжести заболевания) физическому, личностному и социальному благополучию.

Копинг – (англ. «cope» – справиться, выдержать, совладать) – это стабилизирующий фактор, помогающий личности поддерживать психосоциальную адаптацию в период воздействия стресса. Копинг-стратегии – это адаптивная форма поведения, которая поддерживает психологическое равновесие в проблемной ситуации; способы психологической деятельности и поведения, вырабатываемые сознательно и направленные на преодоление стрессовой ситуации. В теории копинг-поведения, основанной на работах когнитивных психологов Р. Лазаруса и С. Фолькмана (Lazarus R., Folcman S., 1984, 1987), выделяются базисные копинг-стратегии: «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», «избегание» и базисные копинг-ресурсы: Я-концепция, локус контроля, эмпатия, аффилиация и когнитивные ресурсы. Копинг-стратегия разрешения проблем отражает способность человека определять проблему и находить альтернативные решения, эффективно справляться со стрессовыми ситуациями, тем самым способствуя сохранению как психического, так и физического здоровья. Копинг-стратегия поиска социальной поддержки позволяет при помощи актуальных когнитивных, эмоциональных и поведенческих ответов успешно совладать со стрессовой ситуацией. Копинг-стратегия избегания позволяет личности уменьшить эмоциональное напряжение, эмоциональный компонент дистресса до изменения самой ситуации. Активное использование индивидом копинг-стратегии избегания можно рассматривать как преобладание в поведении мотивации избегания неудачи над мотивацией достижения успеха, а также как сигнал о возможных внутриличностных конфликтах (Ялтонский В.М., 1994). Одним из основных базисных копинг-ресурсов является Я-концепция, позитивный характер которой способствует тому, что личность чувствует себя уверенной в своей способности контролировать ситуацию. Интернальная ориентация личности как копинг-ресурс позволяет осуществлять адекватную оценку проблемной ситуации, выбирать в зависимости от требований среды адекватную копинг-стратегию, социальную сеть, определять вид и объем необходимой социальной поддержки. Ощущение контроля над средой способствует эмоциональной устойчивости, принятию ответственности за происходящие события. Следующим важным копинг-ресурсом является эмпатия, которая включает как сопереживание, так и способность принимать чужую точку зрения, что позволяет более четко оценивать проблему и создавать больше альтернативных вариантов ее решения. Существенным копинг-ресурсом является также

аффилиация, которая выражается как в виде чувства привязанности и верности, так и в общительности, стремлении сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться с ними. Аффилиативная потребность является инструментом ориентации в межличностных контактах и регулирует эмоциональную, информационную, дружескую и материальную социальную поддержку путем построения эффективных взаимоотношений. Успешность копинг-поведения определяется когнитивными ресурсами. Развитие и осуществление базисной копинг-стратегии разрешения проблем невозможно без достаточного уровня мышления. Развитые когнитивные ресурсы позволяют адекватно оценить как стрессогенное событие, так и объем наличных ресурсов для его преодоления (Перре М., Бауман У., 2007).

Типы (модальности) копинг-стратегий могут проявляться когнитивными, эмоциональными и поведенческими стратегиями функционирования личности. К когнитивным стратегиям относятся следующие: отвлечение или переключение мыслей на другие, «более важные» темы, чем болезнь; принятие болезни как чего-то неизбежного, проявление своего рода определенной философии стоицизма; диссимуляция болезни, игнорирование, снижение ее серьезности, даже подшучивание над болезнью; сохранение апломба, стремление не показывать своего болезненного состояния другим; проблемный анализ болезни и ее последствий, поиск соответствующей информации, расспрос врачей, обдумывание, взвешенный подход к решениям; относительность в оценке болезни, сравнение с другими, находящимися в худшем положении; религиозность, стойкость в вере («со мною бог»); придание болезни значения и смысла, например, отношение к болезни как к вызову судьбы или проверке стойкости духа и др.; самоуважение – более глубокое осознание собственной ценности как личности.

Эмоциональные копинг-стратегии проявляются в виде переживания протеста, возмущения, противостояния болезни и ее последствиям; эмоциональной разрядки – отреагирования чувств, вызванных болезнью, например, плачем; изоляции – подавления, недопущения чувств, адекватных ситуации; пассивного сотрудничества – доверия с передачей ответственности психотерапевту; покорности, фатализма, капитуляции; самообвинения, возложения вины на себя; переживания злости, раздражения, связанных с ограничением жизни болезнью; сохранения самообладания – равновесия, самоконтроля.

Поведенческими копинг-стратегии являются следующие: отвлечение – обращение к какой-либо деятельности, уход в работу; альтруизм – забота о других, когда собственные потребности отодвигаются на второй план; активное избегание – стремление избегать «погружения»

в процесс лечения; компенсация – отвлекающее исполнение каких-то собственных желаний, например, покупка чего-то для себя; конструктивная активность – удовлетворение какой-то давней потребности, например, совершить путешествие; уединение – пребывание в покое, размышление о себе; активное сотрудничество – ответственное участие в диагностическом и лечебном процессе; поиск эмоциональной поддержки – стремление быть выслушанным, встретить содействие и понимание (Карвасарский Б.Д., 2000).

М. Перре, М. Райхерст (1992) предлагают копинг-стратегии разделить на три группы: ориентированные на саму ситуацию, проблему (активное влияние на ситуацию; бегство или уход из психотравмирующей ситуации; пассивность переживания); ориентированные на репрезентацию, т.е. стремление лучше узнать ситуацию (поиск информации, вытеснение информации); ориентированные на оценку (переоценка событий; переосмысливание событий; изменение цели в жизни).

Итак, одни копинг-стратегии предполагают активность личности, они более гибкие и конструктивные, другие могут отличаться крайней пассивностью, ригидностью и даже дезадаптировать человека. В связи с этим используемые человеком копинг-стратегии могут быть для него как дефицитом, так и ресурсом, что зависит не только от конкретного копинга, но и от цели человека, от его возраста, пола и психофизиологического состояния, от характера и степени действующих на него стрессогенов и многих других факторов (Д. Амирхан, 1990).

Нами было проведено исследование копинг-стратегий поведения у людей с психосоматическими расстройствами с помощью методики «Диагностика копинг-стратегий» (Э. Хайм) на базе Краевого госпиталя инвалидов ВОВ и Городской клинической больницы № 20 им. И.С. Берзона Экспериментальная выборка составила 60 человек (пациенты с психосоматическими расстройствами) и контрольная – 60 человек (здоровые люди без признаков психосоматических реакций, состояний и заболеваний за последние 2 года и на момент исследования).

Выявлено, что среди когнитивных копинг-стратегий поведения для людей с психосоматическими расстройствами характерны: проблемный анализ у женщин (67 %) и придача смысла (25 %), установка собственной ценности (25 %) у мужчин. Для здоровых же характерны сохранение самообладания независимо от пола (женщины – 22 %, мужчины – 38 %). Наиболее распространены у мужчин с психосоматической патологией такие эмоциональные копинг-стратегии, как подавление эмоций (45 %) и оптимизм (45 %), а у женщин экспериментальной группы – оптимизм (44 %). У здоровых же пациентов имеются различия по гендерному признаку: для женщин более характерна пассивная кооперация (34 %),

а для мужчин – оптимизм (50 %). В поведенческих копинг-стратегиях мы наблюдаем преобладание обращения у здоровых (34 % женщин, 38 % мужчин), в то время как большинство людей экспериментальной группы проявляют отвлечение (женщины – 22 %) и сотрудничество (мужчины – 37,5 %).

Таким образом, для женщин с психосоматическими расстройствами более характерно при стрессе стремление отвлечься, проявлять оптимизм, а затем заняться проблемным анализом, в то время как для мужчин, имеющих психосоматическую патологию, более значимым является установка собственной ценности и подавление эмоций, при этом они стараются сохранять оптимизм и искать сотрудничество. Здоровые люди чаще проявляют на когнитивном уровне сохранение самообладания независимо от пола, однако эмоциональные копинг-стратегии женщин отличаются от таковых у мужчин: у здоровых женщин чаще встречается пассивная кооперация, а у мужчин – оптимизм. На поведенческом уровне среди людей контрольной группы чаще наблюдается копинг-стратегии обращения. Следует отметить, что копинг-стратегии людей с психосоматическими расстройствами менее эффективны, чем у здоровых, так как для них помимо конструктивных копинг-стратегий характерны также отвлечение и подавление эмоций, которые чаще не помогают разрешать внутриличностные конфликты, а лишь временно отвлекают от них или даже напрямую способствуют усилению внутреннего напряжения (Дусказиева Ж.Г., 2011).

Для психологов, психотерапевтов остается острым вопрос о возможностях психокоррекции копинг-поведения, об эффективном использовании копинг-ресурсов клиента. Нет универсального копинг-механизма, который мог бы быть оптимальным в любой стрессовой ситуации и использоваться любым клиентом. Тем не менее, зная личностные особенности клиента, психолог или психотерапевт может помочь заменить неэффективные копинги клиента на эффективные и научить его адекватно использовать имеющиеся копинг-ресурсы.

Д. Амирхан характеризовал эффективное копинг-поведение как использование комбинации из трех базисных копинг-стратегий («разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», «избегание») в зависимости от стрессовой ситуации.

Согласно теории Р. Лазаруса, концепция преодоления стресса состоит из двух этапов:

1) Первичная оценка позволяет индивиду сделать вывод о том, что ему грозит: стрессор – угроза или благоденствие. Первичная оценка стрессового воздействия заключается в вопросе: «Что это значит для

меня лично?» При оценке события как дестабилизирующего возникает потребность в адаптации, ее удовлетворение осуществляется по трем каналам: первый канал – освобождение эмоций, второй – выработка стратегии совладения, третий – социальный канал, он влияет меньше – не учитывается.

2) Вторичная когнитивная оценка считается основной и выражается в постановке вопроса: «Что могу сделать в данной ситуации?» – Оцениваются собственные ресурсы и личностные факторы, такие как эмоциональная стабильность; психологическая выносливость – это система убеждений; умение ставить цель и умение видеть смысл в том, что делаешь; используемый тип психологической защиты; состояние в момент стресса; предрасположенность к состояниям страха и гнева; социальная поддержка.

Стадии оценки могут происходить независимо и синхронно. Результат соотношения первичной и вторичной оценки – решение о приоритетном для организма типе реакции на стресс, а также выработка копинг-стратегии. Активные копинг-стратегии, ориентированные на решение проблемы, ведут к уменьшению имеющейся симптоматики, в то время как избегание и другие копинг-стратегии, направленные на редуцирование эмоционального напряжения, приводят к усилению симптоматики.

Важнейшие цели профилактического вмешательства для улучшения поведения в стрессовых условиях могут быть систематизированы по местонахождению источника стресса (вызванного самой личностью, вне личности), по известным важным для адаптации признакам стрессоров или по структурам задач, внутренне присущих ситуации перегрузки (копинг-задачи – coping-tasks). Прежде всего, это влияние на внутренние контролируемые эмоциональные стрессоры; влияние на внутренние контролируемые когнитивные стрессоры; влияние на внешние контролируемые когнитивные стрессоры; влияние на неконтролируемые стрессоры; влияние на многозначность. М. Перре и М. Райхертс (Perrez M., Reicherts M., 1992) попытались сформулировать правила (условно нормативные рекомендации) преодоления стресса и обосновать их эмпирически, а также рекомендовали поведение с учетом стрессорных признаков (например, контролируемость) и цели (например, решение проблемы).

При воздействии на угнетающие эмоции важную роль играет способность к релаксации. Возможность расслабляться, субъективно и психологически влиять на мышечный тонус является важнейшим условием снятия возбуждения, вызванного страхом и гневом. Для этого лучше всего подходит метод прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона,

широкое применение нашли также аутогенная тренировка и методы медитации. Для изменения неконтролируемого выражения гнева были разработаны поведенческие и когнитивные терапевтические приемы. При способности самостоятельно подавить гнев могут быть показаны тренинги самоутверждения и методы достижения социальной готовности.

Обременяющие когниции также связаны с эмоциями, точнее, порождают их и могут привести к неблагоприятным последствиям. Поэтому изменение дисфункциональных когниций или построение функциональных когнитивных реакций там, где таковые отсутствуют, является обязательным компонентом каждого профилактического тренинга, направленного на улучшение поведения в условиях стресса. Там, где дисфункциональное преодоление стресса вызвано некомпетентностью обращения с поддающимися влиянию и решаемыми проблемами, что часто наблюдается у депрессивных пациентов, необходимо усилить способность адекватного воздействия на контролируемые ситуации, например, с помощью тренинга социальной компетентности, тренинга самоутверждения или коммуникативного тренинга. Недостаток профессиональной компетентности обычно не является предметом профилактического психологического вмешательства.

Если причина нагрузки неконтролируема и носит хронический характер, то в определенных случаях целесообразно избегать стрессоров, обходить их. Поэтому пациент должен научиться уклоняться от не поддающихся воздействию стрессоров, уходить от них, например, если это возможно, поменять место работы или не думать о событиях, на которые повлиять невозможно. Р. Лазарус (Lazarus R.S., 1983) в этой связи говорит о «benefits denial» («пользе от отказа»). Для ситуаций, в которых нерегулируемые стрессоры невозможно обойти, адекватным способом преодоления является их переоценка, придание им нового смысла. У людей с ограниченной возможностью переоценки нужно заново сформировать способность к преодолению, например, с помощью методов когнитивного переструктурирования или рационально-эмоциональной психотерапии А. Эллиса (Ellis A., 2002).

Список литературы

1. Дусказиева Ж.Г. Особенности защитно-совладающей системы у пациентов с вегето-сосудистой дистонией // Актуальные проблемы психологии и педагогики: Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием: 19 мая, 2011 г. / Под ред. В.Г. Печерского, Н.В. Зайцевой. – Саратов: Изд-во СГСЭУ, 2011. – С. 137-139.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского – СПб.: Питер, 2000 [Электронный ресурс: http://www.psyoffice.ru].
3. Перре М., Бауман У. Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2007 – 1312 с.

4. Эллис А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / А. Эллис, У. Драйден; пер. с англ. Т. Саушкиной. – 2-е изд. – СПб.: Речь, 2002. – 352 с.
5. Энгель В.Н. Выявление моделей копинг-поведения у преподавателей и обучаемых в вузах МВД России (на примере Сибирского юридического института МВД России) / В.Н. Энгель, М.А. Лисняк, Н.А. Горбач. – Красноярск: СибЮИ МВД России, 2009. – 152 с.

ОТКРЫТОСТЬ ВНУТРЕННЕГО МИРА КАК ОДИН ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Т.А. Климонтова, А.П. Кожевина

Сибирская академия права, экономики и управления, г. Иркутск

В настоящее время все большее внимание исследователей привлекают вопросы сохранения психологического здоровья личности. Понятие психологического здоровья, введенное в научный обиход, предполагает рассмотрение психологических аспектов психического здоровья, которое характеризует личность в целом, является условием ее полноценного функционирования и развития, обеспечивает выполнение социальных и культурных ролей (Дубровина, 1998).

В настоящее время в психологической науке происходит укрепление позиций постнеклассической методологии. Это связанно с признанием порождающей функции психики, вероятностной обусловленности внутренней жизни человека, а также с усилившейся дистанцией между психологической наукой и практикой, обусловленной отсутствием в академической науке «целостного человека», практикой психологической помощи, в которой работа осуществляется с человеком как психологической системой. В этой связи понятие «внутренний мир», не получившее должного развития на предыдущем этапе научного поиска, в последние несколько десятилетие интенсивно используется многими авторами. Внутренний мир человека представляет собой универсум, и в силу этого обстоятельства его научное исследование представляет чрезвычайно непростую задачу. Изучение таких сложных, интегрированных объектов, как внутренний мир человека, требует особого подхода. Мы предлагаем рассмотреть внутренний мир с позиции постнеклассической методологии, как открытую и самоорганизующуюся психологическую систему, при этом открытость внутреннего мира рассматривается как один из показателей психологического здоровья, обеспечивающего полноценное функционирование и развитие человека (Климонтова, 2013).

Мы считаем, что внутренний мир человека может иметь разную степень открытости по отношению к поступающей извне информации, чувствам, оценкам других людей, продуктам культуры. В качестве одного из показателей открытости внутреннего мира мы рассматриваем доверие к другим людям, обеспечивающее полноценное социальное функционирование личности.

В психологической науке можно выделить ряд направлений в изучении феномена доверия. Так, доверие определяется как механизм жизнетворчества человека; как элемент структуры личности культуры человека; как высшая форма эмоционального отношения человека к окружающей действительности в процессе самораскрытия его личности; как один из необходимых инструментариев в системе принципов позитивного воспитания. В своей работе мы опираемся на понимание доверия Т.П. Скрипкиной, которая определяет доверие как механизм, направленный на объединение человека, с одной стороны, со своими внутренними ценностями, потребностями, интересами и желаниями, то есть собственной субъектностью, а с другой – с той частью мира, с которой он собирается вступить во взаимодействие (Скрипкина, 2000). Следовательно, доверие в психологии в основном рассматривается как социально-психологическое явление, которое связывает человека с миром, способствует взаимодействию человека со своим прошлым, настоящим и будущем, связывая все эти проявления в единый акт жизнедеятельности личности, устанавливая направленность поведения человека на познание себя и мира (Скрипкина, 2000; Купрейченко, 2007).

Направленность личности в психологической науке рассматривается как один из важнейших компонентов. Именно направленность определяет, как будет вести себя человек в условиях постоянно меняющейся окружающей среды. Неоспорим тот факт, что взаимодействие и отношение личности обуславливаются внешними и внутренними факторами. Безусловно, превалирующая ориентация на внутреннее самосохранение будет определять поведение человека, связанное с так называемой интровертированной направленностью личности, которая заключается в демонстрации отношений и активности на свой внутренний мир. У экстравертов наблюдается противоположная направленность, которая связана с ориентацией вовне и развитие контактов с окружающим миром и людьми.

При выстраивании взаимоотношений с другими людьми человек реализует главную свою потребность – потребность в общении. Для продуктивного налаживания контактов между людьми следует понимать,

что эффективное общение возможно только с позиции открытых доверительных отношений, которые предполагают взаимодействие внутренних миров участников общения. И поэтому присутствие высокой степени доверия, также понимание важности налаживания доверительных отношений позволит удовлетворить аффиляционные мотивы личности, заключающиеся в стремлении человека быть в обществе других людей, в потребности человека в создании теплых, доверительных, эмоционально значимых отношений с другими людьми.

Если принять высказанное положение о том, что доверие является одним из показателей открытости внутреннего мира за тезис, то испытуемые с различной направленностью личности должны различаться по степени проявления доверия к себе и окружающему миру. Для проверки данной гипотезы было организовано исследование, направленное на изучение различий в смысловой оценке понятия доверия. Исследование проводилось в 2012-2014 гг. в г. Иркутске, в нем приняло участие 500 человек в возрасте в возрасте от 18 до 20 лет. Из общей выборки испытуемых нами были выделены две группы: в первую группу вошли испытуемые, имеющие экстравертированную направленность личности в количестве 177 человек, из которых 60 % девушек и 40 % юношей. Вторую группу составили молодые люди, имеющие типичную интровертированную направленность личности в количестве 75 человек, из которых 55 % юношей и 45 % девушек.

Для выделения смысловых единиц доверия с различной направленностью личности оценивался нами с помощью мини-сочинения о том, что такое доверие, как оно проявляется, что человек чувствует и переживает в моменты, когда доверяет. Данное сочинение, по нашему мнению, будет отражать степень понимания респондентами понятия доверия и даст нам возможность более полно понять смысловую окраску понятия, которую молодые люди в него вкладывают. Обработка результатов проходила с помощью метода контент-анализа, который предполагает анализ частоты встречаемости различных категорий, выделяемых испытуемыми при написании сочинения. Выраженность того или иного показателя определяется количеством испытуемых той или иной группы, в текстах которых встречается определенная категория. Смысловые единицы понятия доверия оценивались нами по следующим критериям: активная, индифферентная и пассивная позиция в отношении других людей и самого процесса доверительного общения; продуктивное и непродуктивное взаимодействие; позитивная, амбивалентная и негативная окраска процесса доверия и выстраивания отношений.

Перейдем к рассмотрению смысловых единиц доверия у лиц с различной направленностью личности. Наиболее часто встречающиеся определения доверия среди с экстравертов является понимание его как «убежденность в порядочности и честности другого человека», а также как «расположение и взаимопонимание». Данное определение дали 75 % испытуемых. Доверие, которое заключается в искренности и добросовестности, определяется также достаточно большим количеством респондентов (69 %). Для 68 % экстравертов характерно понимание доверия как «фундамента человеческих взаимоотношений» и «уверенности в поступке другого человека». Больше половины респондентов (55 % и 51 %) определили доверие как «надежность» и «стабильность отношений». Доверительные отношения связали с понятием «спокойствие» 45 % молодежи с экстравертированной направленностью. Для 49 % испытуемых важным является выражение о том, что «доверие легко потерять, но трудно вернуть». Также в ответах респондентов встречались такие смысловые единицы, как «это ключ к радости и счастью», «опыт, приходящий со временем».

В целом можно отметить, что в смысловом контексте понятия доверия у лиц с экстравертированной направленностью преобладают выражения, которые характеризуют межличностные отношения. В первую очередь, наблюдается интенсифицированность выражений, которые заключаются в вере испытуемых в то, что доверие, прежде всего, связано с благоприятными и близкими отношениями с другими людьми. Важно отметить, что в смысловом контексте понятия доверия у экстравертов преобладают позитивные оценки доверительных отношений. При этом активность в доверительных взаимоотношениях экстраверты приписывают другому человеку, как бы наделяя его некими идеальными качествами, на основе которых будет формироваться фундамент человеческих отношений. Можно предположить, что испытуемые с экстравертированной направленностью личности в отношениях с другими людьми имеют достаточно положительный опыт общения, поскольку общеизвестен тот факт, что позитивные результаты каких-либо действий вызывают в сознании доверие к ним и при повторении данных действий с неизбежностью ведут к закреплению положительной реакции доверия в поведении человека.

У испытуемых с интровертированной направленностью личности наиболее часто встречающиеся определения понятия доверия заключаются в том, что главное в «доверительных отношениях – это увидеть хорошие качества другого человека и на их основании выстраивать взаимоотношения». Так считают подавляющее большинство испытуемых

данной группы (75 %). Также достаточно большое количество испытуемых (72 %) считают, что доверие является «потерей бдительности». А 71 % интровертов говорят, что «доверие является таким качеством, которое часто теряют». Для 66 % испытуемых понятие доверия связано с «отсутствие одиночества» и «признаком смелости». 66 % испытуемых связывают доверие с понятием «слепого доверия» и определяют его как глупость со стороны доверяющего. Такое же количество испытуемых выражают мнение, что когда доверяешь, то значит «отдаешь управление собой». Больше половины испытуемых данной группы, а это 59 %, считают, что доверять можно только близким людям.

Для 56 % респондентов понятие доверия связано с понятием «расчет», отмечая в своих сочинениях, что, прежде всего, «доверие – это расчет». При этом 53 % испытуемых определили для себя, что доверие связано со «снижением чувства страха» и «уверенностью в другом человеке». Для 51 % испытуемых доверие является «обманом, на который человек соглашается по доброй воле», а также пребывают в уверенности, что «доверять страшно». Для одинакового количества респондентов (46 %) доверие ассоциируется с такими понятиями, как «понимание», «отсутствие сомнений», «честность». Однако для такого же количества интерналов свойственно понимание доверия как проявление «наивности» и «опасное дело». Доверие как элемент отношений определили для себя 44 % молодежи с интровертированной направленностью. Для 33 % респондентов доверие связывается с понятием «высшей степени открытости», «меры человеческих отношений», «чувства веры в человека».

Обобщая вышесказанное, можно отметить, что в смысловом контексте понятия доверия у лиц с интровертированной направленностью личности присутствуют различные смысловые категории, которые характеризуются различной полярностью. В частности, в осмыслении понятия доверия прослеживается как позитивное, так и негативное отношение к другим людям и к самому процессу выстраивания доверительных отношений. При этом интровертированные личности в налаживании доверительных отношений активную позицию приписывают и себе, и другим.

Для выявления различий в смысловых единицах доверия у лиц с различной направленностью личности проведем сравнительный анализ результатов, полученных в ходе исследования. В результате проведенного исследования выявлено, что у интровертов и экстравертов существуют сходные смысловые единицы в понятии доверия. Так, испытуемые обеих групп определили для себя, что доверие связано, прежде всего, с «уверенностью в поступке другого человека», «надежностью», «открытостью»,

«пониманием», «убежденностью в порядочности и честности другого». Таким образом, сходство данных смысловых единиц позволяет говорить о том, что и для интровертов, и для экстровертов понятие доверия связано с присутствием чувства уверенности в другом человеке, что предполагает сходство интересов, установок, эмоциональных реакций.

Для выявления различий в смысловом анализе понятия доверия у лиц при различной направленности личности нами был проведен сравнительный анализ результатов, с использованием методов математической статистики, в частности, $\chi 2$ критерия Пирсона.

Также были выявлены различия в смысловых единицах доверия ($\chi 2$= 12,479, p = 0,001) у лиц юношеского возраста с интровертированной и экстравертированной направленностью личности. В смысловом анализе доверия у интровертов присутствуют выражения, которые свидетельствуют о непродуктивном типе взаимодействия с окружающим миром и людьми. Подтверждением этого является преобладание у интровертов таких высказываний, как «доверять страшно», «это скорее всего расчет», «это обман, на который человек соглашается по доброй воле», «это опасное дело». Все эти утверждения свидетельствуют о том, что интроверты в высказываниях транслируют то, каким образом они видят построение доверительных отношений между людьми. При этом в построении доверительных взаимоотношений испытуемые придерживаются пассивной позиции и проявляют обособленность.

Смысловая оценка доверительного характера отношений между партнерами у интровертированных испытуемых в основном характеризуется проявлением агрессивной позиции, присутствием обиды и раздражения. Очевидно, что проявление такой позиции будет способствовать неплодотворным контактам между партнерами, построенными не на доверии, а на подозрении, которые, конечно же, будут влиять и на результаты совместной деятельности.

Рассматривая смысловые единицы понятия доверия у экстравертов, следует отметить, что у испытуемых наблюдается направленность на продуктивное взаимодействие между партнерами. Такие высказывания, как «доверие – это отдача частички себя другому, а он отдает свою», «принятие другого человека», «спокойствие», «вера в искренность и добросовестность», «это ключ к радости и счастью», свидетельствуют о том, что доверие связано у испытуемых с понятием плодотворного контакта, который позволит установить отношения взаимного доверия и способствовать раскрытию внутреннего мира другому, а благодаря этому будут достигнуты эффективные результаты совместной деятельности.

Таким образом, применение статистического критерия позволило нам доказать выдвинутое нами предположение о том, что смысловые единицы понятия доверия у лиц с интровертированной и экстравертированной направленностью имеют существенные различия. Данные различия заключаются в том, что у интровертов присутствуют выражения, которые говорят о непродуктивном типе доверительного взаимодействия с окружающим миром и людьми, а также наблюдается как позитивное, так и негативное отношение к другим людям и созданию доверительных отношений, а в налаживании доверительных отношений активную позицию интроверты приписывают и себе, и другим. У экстравертов доминируют выражения, связанные с ориентацией на налаживание благоприятных и близких отношений с другими людьми, преобладают позитивные оценки доверительных отношений, а активность в доверительных взаимоотношениях экстраверты приписывают другим людям.

Проведенное исследование и его обобщенные результаты позволяют говорить о том, что система внутреннего мира экстравертов более открыта поступающей извне информации по сравнению с экстравертами. Это позволяет сделать вывод о том, что доверие к другим людям связано с открытостью внутреннего мира и может рассматриваться как один из показателей психологического здоровья, обуславливающего полноценное социальное функционирование и развитие человека.

Список литературы

1. Дубровина, И.В. Руководство практического психолога: Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / И.В. Дубровина. – М., Академия, 1998. – 125 с.
2. Климонтова, Т.А. Метасистемный подход как основа изучения внутреннего мира / Т.А. Климонтова. // Теория и практика общественного развития. 2013. № 10. С. 158-160.
3. Купрейченко, А.Б. Критерии доверия и недоверия личности другим людям / А. Б. Купрейченко, С.П. Табхарова // Психологический журнал. – 2007. – № 2. – Том 028. – С. 55-67.
4. Скрипкина Т.П. Психология доверия / Т.П. Скрипкина. – М: Академия, 2000.

УСТОЙЧИВОСТЬ ЖИЗНЕННОГО МИРА ЧЕЛОВЕКА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

И.О. Логинова

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

По мере вступления земного сообщества в эпоху «инновационного развития», «антропоцентрированного производства», «экономики знаний» формируются новые представления о качестве жизни человека, актуализируя потребность нового осмысления того, что есть психологическое здоровье.

На повестку дня выходят вопросы об инновационном (преобразовательном) потенциале человека как по отношению к окружающей действительности, так и к самому себе. Значительная часть этих вопросов, особенно тех, которые касаются преобразующей деятельности человека, направленной на самого себя, непосредственно обращена к психологии, как науке о духовных процессах в рамках человековедения (в гуманитарном смысле этого понятия). Кроме того, вопросы психологического здоровья человека соотносятся с проблемой устойчивости человека как существа принципиально неравновесного, незавершенного, который в своей неравновесности и обретает основания собственной устойчивости в том динамичном пространственно-временном континууме, в котором он осуществляет свою жизнь.

Устойчивость жизненного мира человека – это качественная характеристика психологической системы, обеспечивающая определенный режим функционирования, результатом которого выступает «жизнестойкость» по отношению к «внешним» и «внутренним» воздействиям (Клочко, 2005).

Устойчивость мира человека обеспечивает возможность жизненного самоосуществления проекта своей жизни, выступающую неотъемлемой характеристикой человека и проявляющуюся в процессах жизненного самоосуществления. При отсутствии или недостаточной выраженности устойчивости жизненного мира «человек тождественен не всей своей жизни, а лишь ее отрывкам» (Хасаина, 2004), поскольку она (жизнь) лишается внутреннего самотождества. Устойчивость жизненного мира человека не связывается со статичностью, а характеризует динамическое равновесие психологической системы, открытой новым возможностям,

которые в процессе деятельности по реализации себя как проекта переходят в действительность.

Отправной точкой данного этапа исследования явилось разделение обследуемых на группы в соответствии с выделенными характеристиками доминирующего содержательного аспекта жизненного самоосуществления (предметный, смысловой, ценностный, предметно-смысловой, ценностно-смысловой). Именно в рамках выделенных групп нас интересовали особенности устойчивости жизненного мира педагогов.

На *первом* этапе определялся характер проявления устойчивости жизненного мира человека, в связи с чем нами были выделены показатели и критерии оценки характера проявления устойчивости жизненного мира.

На основе данных критериев была составлена методика исследования, состоящая из нескольких этапов исследования:

1) заполнение экспертами тестовой карты, которая применялась для оценки характера проявления устойчивости жизненного мира каждого участника исследования методом экспертных оценок.

В качестве экспертов выступали лица, хорошо знающие испытуемых (психологи образовательных учреждений, 2-3 человека). Каждому из экспертов предлагалась разработанная нами тестовая карта, где были представлены полярные качества, выделенные на основе теоретического анализа и характеризующие устойчивость жизненного мира человека. Задача экспертов состояла в следующем: количественно (по шкале от 1 до 10) определить выраженность предлагаемых качеств у педагогов. Каждый из экспертов работал самостоятельно, обобщение полученных результатов и усреднение оценок выполнялось непосредственно нами с помощью программы Statistica 6.0. На основе полученных данных выстраивался профиль, отражающий специфику характера проявления устойчивости жизненного мира каждого участника.

2) все полученные профили были проанализированы с учетом характеристик доминирующего содержательного аспекта жизненного самоосуществления.

Результаты исследования позволили обнаружить нижеследующее.

У лиц, характеризующихся доминированием предметного содержательного аспекта жизненного самоосуществления, эксперты отметили как ярко выраженные следующие качества:

– доминируют стереотипные продукты жизнедеятельности (средний балл – 2,6);
– неспособен к решению творческих задач (средний балл – 2,4);
– не понимает собственные жизненные «дефициты» (средний балл – 1,8);

– снижена рефлексивная способность (средний балл – 2,2);
– отсутствуют перспективы дальнейшего движения (средний балл – 2,0);
– возможности человека не соответствуют степени его ответственности за их реализацию (средний балл – 3,2);
– отсутствует ценностное отношение к жизни (средний балл – 1,6).

Анализ данного профиля свидетельствует о том, что педагоги данной группы характеризуются гиперустойчивостью, которая удерживает их в стагнационном состоянии, не позволяя выйти на новый уровень развития. Заметим, что среди обследуемых – взрослый контингент, который должен был бы выйти за пределы предметного содержательного аспекта жизненного самоосуществления в силу закономерностей онтогенетического плана, но в силу различных причин остановился в своем эволюционном движении. Можно говорить о том, что эти педагоги в низкой степени обладают подвижной устойчивостью, которая обеспечивает возможность движения в направлении дальнейшего развития.

У лиц, характеризующихся доминированием смыслового содержательного аспекта жизненного самоосуществления, эксперты отметили как ярко выраженные следующие качества:
– понимает собственные жизненные «дефициты» (средний балл – 6,6);
– ощущает недостаток ресурса (собственного потенциала, условий среды) для разрешения противоречий между образом мира и образом жизни (средний балл – 2,4);
– имеется широкий спектр целей и смыслов жизнедеятельности (средний балл – 7,2);
– способен к рефлексивной деятельности (средний балл – 5,6);
– выражены перспективы дальнейшего движения (средний балл – 6,2);
– демонстрирует готовность к восполнению жизненных «дефицитов» путем целеполагания и рефлексии (средний балл – 5,8);
– возможности человека соответствуют степени его ответственности за их реализацию (средний балл – 6,0);

Анализ данного профиля свидетельствует о том, что для данных педагогов характерен конструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира на определенном этапе становления. Это проявляется в способности обнаруживать и разрешать противоречия между образом мира и образом жизни, удерживая систему в состоянии постоянного «решения задач на смысл», за счет чего осуществляется взаимодействие с миром, самим собой, приводящее к образованию новых связей, отношений. Показательно

наличие ощущения недостатка ресурса для разрешения противоречий у данной категории людей (они об этом говорят, их действия свидетельствуют о постоянном поиске такого ресурса), что на общем фоне выступает как проявление поисковой активности в расширении собственного потенциала и возможностей среды, способных удовлетворить запрос. Можно полагать, что это своего рода «точка роста», позволяющая давать относительно данной группы лиц оптимистичный прогноз дальнейшего движения психологической системы, которая не «зависнет» в данном жизненном пространстве.

У лиц, характеризующихся доминированием ценностного содержательного аспекта жизненного самоосуществления, эксперты отметили как ярко выраженные следующие качества:

– доминируют продукты нового качества (средний балл – 7,8);
– способен к решению творческих задач (средний балл – 8,2);
– возможности человека соответствуют степени его ответственности за их реализацию (средний балл – 7,6);
– присутствует ценностное отношение к жизни (средний балл – 8,8);
– выражены перспективы дальнейшего движения (средний балл – 9,8);
– не испытывает недостатка ресурса (собственного потенциала, условий среды) для разрешения противоречий между образом мира и образом жизни (средний балл – 7,4);
– тождественен всей своей жизни (средний балл – 7,4).

Анализ данного профиля свидетельствует о том, что для данных педагогов характерен конструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира на определенном этапе становления, однако качество этой устойчивости несколько иное, чем у представителей предыдущей группы. Оно достигается за счет выраженной самотождественности, проявляющейся не в биографическом, а в ценностном типе времени, развитой способности к рефлексии собственной жизни и высокой ответственности по отношению к себе, своей жизни, своему окружению. Можно полагать, что для данной группы педагогов характерна «подвижная устойчивость» (В.Е. Клочко), позволяющая держать баланс между равновесием и хаосом. При этом «внешние» воздействия используются во благо «организма», обеспечивая пространство осуществления себя в процессе собственной жизни.

Интерес вызывают профили «переходных» форм жизненного самоосуществления в плане характера проявления устойчивости жизненного мира педагогов. На фоне выше средней степени выраженности всех качеств обращают на себя внимание «провалы» в выраженности таких

качеств, как «Тождественность своей жизни» и «Сохранность непрерывности личностной истории». Их низкие показатели свидетельствуют о том, что в «переходном» состоянии (предметно-смысловом, ценностно-смысловом) нарушается устойчивость психологической системы, связанная с ощущением «потери почвы под ногами», причиной которой является как раз потеря самотождественности. На этом основании можно говорить о неконструктивном характере проявления устойчивости жизненного мира, снижающего продуктивность и оптимальность жизнедеятельности человека, что может быть рассмотрено как бифуркационная точка «предельной неустойчивости», снижающая возможности прогнозирования сценария дальнейшего движения. Это наводит на мысль о необходимости психологического сопровождения в «переходный» период.

Подводя итоги исследования на данном этапе, можно констатировать, что лица, характеризующиеся доминированием различного содержательного аспекта жизненного самоосуществления, имеют различный характер проявления устойчивости жизненного мира. Так, конструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира выявлен у лиц, характеризующихся доминированием смыслового и ценностного содержательного аспекта жизненного самоосуществления, стагнационный характер проявления устойчивости жизненного мира выявлен у лиц, характеризующихся доминированием предметного содержательного аспекта жизненного самоосуществления, неконструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира выявлен у лиц, характеризующихся доминированием предметно-смыслового и ценностно-смыслового содержательного аспекта жизненного самоосуществления.

На *втором* этапе исследовалось проявление жизненного сценария педагогов. Мы полагали, что степень устойчивости жизненного мира человека в жизненном пространстве обеспечивается различными типами сценария, такими как:

1) восполнение необходимого (по типу «преодоление»);

2) восполнение сверхнеобходимого (по типу «восхождение»).

Ввиду различного содержания этих сценариев степень устойчивости жизненного мира людей может быть различна.

Для изучения проявления жизненного сценария педагогов использовался метод изучения продуктов деятельности педагогов. Продуктами жизнедеятельности педагогов, выступившими предметом изучения в рамках данного этапа исследования, явились поурочные планы как наиболее показательные в плане «развертки» жизненного сценария, поскольку отражают направленность на достижение самостоятельно определенной

цели, демонстрируют нормативный/сверхнормативный характер деятельности, ориентированы на реализацию во времени и пространстве реального урока с реальными учащимися.

Процедура исследования представляла разработанный автором работы исследовательский прием, в основе которого лежало выявление показателей жизненных сценариев, изучение их проявления в процессе деятельности, ориентированной «на себя» и «на учеников», заключение о доминирующих показателях того или иного сценария.

Оценка проявления данных показателей жизненных сценариев производилась на основании исследовательской процедуры, которая была составлена в процессе наблюдения за педагогами на уроке и соотнесения результатов наблюдения с текстами поурочных планов. Количество педагогов на подготовительном этапе исследования составило 30 человек, посещено было по 3 урока у каждого, анализу подверглись все посещенные уроки с последующим соотнесением содержания урока с содержанием поурочного плана. На основании этого были составлены таблицы, включающие особенности проявления жизненных сценариев с учетом ориентированности педагога на себя и на учащегося. Это позволило отнести обнаруженные в реальных продуктах деятельности педагогов – поурочных планах – проявления к тому или иному типу жизненного сценария.

Логика исследования на основном этапе базировалась на разделении обследуемых на группы в соответствии с выделенными выше характеристиками доминирующего содержательного аспекта жизненного самоосуществления. Выборка исследования составила 100 человек.

Проведенный анализ позволил обнаружить следующее.

У педагогов, характеризующихся доминированием предметного содержательного аспекта жизненного самоосуществления, в ходе анализа поурочных планов были обнаружены показатели жизненного сценария:

1) продукт жизнедеятельности располагается в границах «необходимого» для развития системы;

2) актуальность продукта на малом временном промежутке;

3) «близкодействие» продукта;

4) минимизированность творчества в продукте.

У педагогов, характеризующихся доминированием смыслового содержательного аспекта жизненного самоосуществления, в ходе анализа поурочных планов были выделены показатели жизненного сценария:

1) расположение продукта жизнедеятельности в границах «необходимого» для развития системы;

2) актуальность продукта на большом временном промежутке;

3) «дальнодействие» продукта;

4) минимизированность творчества.

Особое внимание следует обратить на специфику ориентированности «на себя» и «на другого» у представителей данной группы.

У педагогов, характеризующихся доминированием ценностного содержательного аспекта жизненного самоосуществления, в ходе анализа поурочных планов были выделены показатели жизненного сценария:

1) расположение продукта жизнедеятельности в границах «сверхнеобходимого» для развития системы;

2) потенциальная трансспектива;

3) актуальность продукта на большом временном промежутке;

4) «дальнодействие» продукта;

5) максимизированность творчества.

У педагогов, характеризующихся доминированием предметно-смыслового содержательного аспекта жизненного самоосуществления, в ходе анализа поурочных планов были выделены показатели жизненного сценария:

1) расположение продукта жизнедеятельности в границах «необходимого» для развития системы;

2) актуальность продукта на протяжении большого временного промежутка;

3) «дальнодействие» продукта;

4) минимизированность творчества.

У педагогов, характеризующихся доминированием ценностно-смыслового содержательного аспекта жизненного самоосуществления, в ходе анализа поурочных планов были выделены показатели жизненного сценария:

1) расположение продукта жизнедеятельности в границах «необходимого» для развития системы;

2) актуальность продукта на протяжении большого временного промежутка;

3) «дальнодействие» продукта;

4) максимизированность творчества.

Таким образом, у педагогов, характеризующихся доминированием того или иного содержательного аспекта жизненного самоосуществления, в ходе анализа поурочных планов были выделены различные показатели жизненного сценария, позволяющие дифференцировать их по типу жизненного сценария (по типу «преодоление» или «восхождение»), который в контексте данного исследования выступает в качестве показателя устойчивости жизненного мира человека в жизненном пространстве.

На *третьем* этапе проводился сопоставительный анализ результатов исследования характера проявления устойчивости жизненного мира

человека с типом жизненного сценария. Мы полагали, что в процессе анализа нам удастся выделить группы педагогов, отличающихся степенью устойчивости жизненного мира, располагающейся в диапазоне «низкая устойчивость жизненного мира – высокая устойчивость жизненного мира»:

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

Сочетание характера проявления устойчивости жизненного мира человека и типа жизненного сценария определяют степень устойчивости жизненного мира человека.

Сопоставление полученных данных позволило обнаружить следующие особенности:

1) низкая степень устойчивости жизненного мира обнаруживается у педагогов, характеризующихся доминированием предметного и предметно-смыслового содержательного аспекта жизненного самоосуществления;

2) средняя степень устойчивости жизненного мира обнаруживается у педагогов, характеризующихся доминированием смыслового и ценностно-смыслового содержательного аспекта жизненного самоосуществления;

3) высокая степень устойчивости жизненного мира обнаруживается у педагогов, характеризующихся доминированием ценностного содержательного аспекта жизненного самоосуществления.

Это свидетельствует о том, что чем шире содержательные аспекты жизненного самоосуществления (ценностно-смысловой, ценностный), тем выше степень устойчивости жизненного мира педагогов, проявляющаяся в способности к взаимодействию с миром на основе имеющейся готовности к изменениям под влиянием обстоятельств и выработанных форм взаимодействия с миром, которые человек изменяет под влиянием обстоятельств, имея возможность отвечать на «вызовы» жизненного мира (Логинова, 2010).

Разработанные и апробированные в ходе исследования приемы, показатели и критерии оценки характера проявления устойчивости жизненного мира, типа жизненного сценария, степени устойчивости жизненного мира человека легли в основу разработанного нами психодиагностического комплекса «Исследование устойчивости жизненного мира человека».

Обобщая представленные в данной статье результаты, отметим, что с обретением психологической системой ценностно-смысловых пространств жизненного самоосуществления увеличивается степень устойчивости психологической системы как тождественности собственной жизни, удерживающей целостность системы «человек – мир», что определяет возможности сохранения психологического здоровья.

Список литературы

1. Клочко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансспективный анализ) / В.Е. Клочко. – Томск: Томский государственный университет, 2005. – 174 с.
2. Логинова И.О. Исследование устойчивости жизненного мира человека в процессе самоосуществления / И.О. Логинова // Психология обучения. – 2010. – № 2.
3. Хасаина З.М. О специфике «современного человека» / З.М. Хасаина // Человек: соотношение национального и общечеловеческого: Сб. материалов международного симпозиума – [Электронный ресурс] – www.edit.muh.ru/content/mag/jour3.php?link=po022010.

РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЧЕЛОВЕКА КАК УСЛОВИЕ СОХРАНЕНИЯ ЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

М.А. Мартынова

Лесосибирский педагогический институт – филиал Сибирского федерального университета

Здоровье относится к числу базовых ценностей в жизни человека. Кроме того, оно является объектом исследования в таких отраслях научного знания, как медицина, психология, педагогика, философия, социология и т.д. В 1948 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) было предложено следующее определение понятия «здоровье»: это «состояние полного душевного, физического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Шувалов, 2009). Получается, что здоровье человека зависит не только от состояния его организма, но и от характерных для него психологических особенностей, от его желаний, стремлений, ценностей, от того, насколько наполненной является его жизнь. Человек может быть физически здоров, но при этом испытывать трудности социального или личностного плана, т.е. быть больным

личностно (Ишмухаметов, 2010). Влияние психологических особенностей человека на его физическое здоровье было подтверждено исследованиями Джюэтта. Он изучал характеристики людей, благополучно доживших до 80-90 лет. Оказалось, что все они обладали оптимизмом, эмоциональным спокойствием, способностью радоваться жизни, самодостаточностью и умением адаптироваться к сложным жизненным обстоятельствам (Хухлаева, 2001). В итоге психологический аспект в изучении феномена здоровья был обозначен с помощью категории «психологическое здоровье».

Понятие «психологическое здоровье» было введено в научный оборот во II пол. XX в. И.В. Дубровиной (Хухлаева, 2001). В свою очередь, предпосылки для оформления проблемы психологического здоровья были заложены благодаря работам Ш. Бюлер, К. Гольдштейна, А. Маслоу, Г. Олпорта, К. Роджерса, В. Франкла, Э. Фромма. Именно в рамках гуманистической психологии было сформировано представление о том, что общим принципом психологического здоровья является стремление человека стать и оставаться самим собой, несмотря на перипетии и трудности индивидуальной жизни (Шувалов, 2009). В современной отечественной психологии изучением психологического здоровья занимаются Б.С. Братусь, И.В. Дубровина, В.Э. Пахальян, В.И. Слободчиков, О.В. Хухлаева, А.В. Шувалов.

По мнению О.В. Хухлаевой, психологическое здоровье – это «динамическая совокупность психических свойств, обеспечивающих: а) гармонию между различными сторонами личности человека, а также между человеком и обществом; б) возможность полноценного функционирования человека в процессе жизнедеятельности» (Хухлаева, 2001). Следует отметить, что содержание этого понятия не тождественно содержанию термина «психическое здоровье». В словаре под редакцией А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского психическое здоровье рассматривается как состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических явлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения и деятельности. Психическое здоровье – это полноценное развитие и функционирование психического аппарата, позволяющее адекватно отражать реальность и управлять собственным поведением. Оно является предпосылкой и условием психологического здоровья (Ишмухаметов, 2010).

И.В. Дубровина подчеркивает, что психическое здоровье имеет отношение, прежде всего, к отдельным психическим процессам и механизмам, а психологическое здоровье относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект психического

здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов. Также она дает содержательную характеристику этому понятию. Психологическое здоровье заключается в том, что человек находит достойное, с его точки зрения, удовлетворяющее его место в познаваемом, переживаемом им мире, отношения с которым гармонизируются на каждой возрастной ступени. Оно предполагает интерес к жизни, свободу мысли и инициативу, увлеченность какой-либо областью научной или практической деятельности, активность и самостоятельность, ответственность и способность к риску, веру в себя и уважение другого, разборчивость в средствах достижения цели, способность к сильным чувствам и переживаниям, осознание своей индивидуальности и радостное удивление по поводу своеобразия всех окружающих людей, творчество в самых разных сферах жизни и деятельности (Дубровина, 2003). Получается, что, с одной стороны, психологическое здоровье выступает как условие адекватного выполнения человеком своих возрастных, социальных и культурных ролей (ребенка или взрослого, учителя или менеджера, россиянина или австралийца и т. п.), а с другой, обеспечивает человеку возможность непрерывного развития в течение всей его жизни (Дубровина, 2003; Хухлаева, 2001).

Залогом психологического здоровья человека является его полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза. Оно формируется прижизненно, однако определенные предпосылки для его становления закладываются уже в пренатальный период. Психологическое здоровье взрослых людей тесно связано с достижением ими зрелости, а также зависит от сформированности их этической системы. Наиболее точно описать психологическое здоровье можно с помощью таких слов, как «гармония» и «баланс». Действительно, здоровье в психологическом плане – это, прежде всего, гармония между разными проявлениями самого человека: эмоциональными и интеллектуальными, телесными и психическими и т.п. (Хухлаева, 2001).

Рассматривая взаимосвязь между психологическим здоровьем человека и степенью его самореализации в разных сферах жизнедеятельности, Р.Р. Ишмухаметов выделяет следующие качества психологически здоровой личности: нравственная ориентация человека; способность к свободному волеизъявлению; наличие позитивной «Я»-концепции; самодостаточность, способность ориентироваться в своем поведении и отношениях на внутренне осознанные и самостоятельно установленные жизненные ориентиры; следование принципу «быть» в отличие от принципа «иметь»; динамическое равновесие между миром и человеком. Он подчеркивает, что психологическое здоровье неразрывно связано

с процессом самореализации, поскольку развитие и укоренение названных черт невозможно без прочного опыта практического воплощения человеком себя в деятельности и в межличностных отношениях, преодоления затруднений и барьеров, совладания с неудачами, поиска решений, новых целей и их достижения. Получается, что психологическое здоровье – это обладание жизненными силами и умение ими пользоваться, а самореализация – это «опредмечивание» человеком собственных жизненных сил, превращение их в материальные и духовные ценности (Ишмухаметов, 2010).

В связи с этим включенность человека в процесс самореализации оказывает благоприятное влияние на его психологическое здоровье. Однако в данном случае речь идет не о болезненном стремлении человека к самореализации, не о «самореализации ради самореализации», а о такой работе человека над собой, которая позволяет ему, с одной стороны, приобрести необходимые личностные качества, умения и навыки, а с другой, преодолеть беспокоящие его проблемы и трудности. Т.е. условием сохранения и поддержания психологического здоровья является такой процесс самореализации, который выступает как потребность, как естественное желание человека измениться в личностном плане. Поэтому способствовать укреплению психологического здоровья человека может и развитие его личностного потенциала.

Проблема личностного потенциала представляет собой современную постановку сравнительно традиционной проблемы психологических факторов и механизмов динамической устойчивости и эффективности деятельности личности в изменяющемся мире. Однако сама по себе она не является новой. Ее оформление началось с предложенной в конце 1930-х гг. К. Гольдштейном идеи об изначально заложенных в организме человека врожденных самоактуализирующихся потенциях (Личностный потенциал, 2011; Логинова, 2009). Впоследствии проблема личностного потенциала неоднократно исследовалась, в том числе в разном терминологическом оформлении – силы Я, защитных механизмов, совладания со стрессом, локуса контроля, саморегуляции, ориентации на действие, жизнестойкости и др. (Личностный потенциал, 2011). Однако личностный потенциал – это не просто набор каких-то отдельных личностных особенностей, помогающих человеку совладать с жизненными трудностями. Его изучение предполагает системный подход к пониманию того, что представляет собой специфическое содержание личности, это вопрос системной организации личности в целом.

В понятии «личностный потенциал» главной является идея индивидуальных различий актуальных возможностей разных людей, утверждается,

что потенциальные возможности человека чаще всего намного шире воплощенных, и личность сама вольна принимать решение, чему дать реализоваться, а чему – нет (В. Франкл). Тем самым оно делает акцент на непредзаданности, качественном и количественном индивидуальном своеобразии, возможности целенаправленного развития личности, на мысли о том, что человек способен не только адаптироваться к изменяющимся условиям, но и использовать подобные ситуации для собственного развития.

На современном этапе развития психологической науки проблема личностного потенциала относится к числу наиболее актуальных. Ее изучением занимаются И.И. Ашмарин, Д.Ю. Баланев, С.А. Богомаз, Д.А. Леонтьев, А.Г. Маклаков, Е.Ю. Мандрикова, В.В. Мацута, В.А. Непомнящая, Е.Н. Осин, А.М. Павлова, Т.П. Скрипкина и т.д. Предпосылки для формирования представления о личностном потенциале в отечественной психологии были заложены благодаря изучению проблемы человеческого потенциала. Наиболее значимые результаты для ее разработки были получены в рамках таких направлений как психология творчества (Д.Б. Богоявленская, Я.А. Пономарев), психология субъектности (В.И. Слободчиков), психологическая антропология (В.П. Зинченко), психология жизненного пути (Л.И. Анцыферова, К.А. Абульханова-Славская, А.А. Кроник), психология неадаптивной активности (В.А. Петровский), концепция метаиндивидуального мира (Л.Я. Дорфман), психология смысловой сферы личности (Д.А. Леонтьев) (Шелкунова, 2012; Иванченко, 2000).

По мнению Д.А. Леонтьева, под личностным потенциалом следует понимать интегральную системную характеристику индивидуально-психологических особенностей личности, лежащую в основе ее способности исходить из устойчивых внутренних критериев в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность смысловых ориентаций и эффективность деятельности на фоне давлений и изменчивости внешних условий. Это понятие отражает способность личности проявлять себя в качестве личности, выступать автономным саморегулируемым субъектом активности, оказывающим целенаправленные изменения во внешнем мире и сочетающим устойчивость к воздействию внешних обстоятельств и гибкое реагирование на изменения внешней и внутренней ситуации (Личностный потенциал, 2011).

Это же понятие Д.А. Леонтьев использует для обозначения специфического содержания личности, базового измерения – собственно личностного в личности. Личностный потенциал является базовой индивидуальной характеристикой, «стержнем личности». Он отражает меру преодоления личностью заданных условий, в конечном счете, преодоление личностью

самой себя, а также меру прилагаемых ею усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни (Личностный потенциал, 2011; Леонтьев, 2002).

Как неспецифическая характеристика, личностный потенциал может проявляться в разных видах деятельности и в разных эффектах. Он включает в себя систему диспозиций, установок, стратегий, ценностей, смыслов и др. Однако здесь речь идет не столько о базовых чертах личности или ее установках, сколько об особенностях ее системной организации в целом, прижизненно складывающейся архитектонике, основанной на сложной системе саморегуляции и опосредования неблагоприятных условий и проблем за счет личностных механизмов. Последний механизм прописан еще в работах Л.С. Выготского, который указывал на наличие такой сущностной характеристики личности, как овладение собственным поведением и деятельностью через его опосредование. Применение идей опосредования к концепции личностного потенциала позволило выделить два основных его вида: традиционно изучавшийся механизм опосредования деятельности тем, что заимствуется из мира культуры, мира человека – ценностями, образцами, орудиями. Вторым видом является то, что условно можно назвать внутренним опосредствованием в противоположность первому, внешнему. Так, любая иерархия – иерархия мотивов, ценностей – представляет собой по сути опосредствование одних ценностей, мотивов, жизненных отношений другими.

Одна из специфических форм проявления личностного потенциала – преодоление личностью неблагоприятных условий развития. Эти неблагоприятные условия могут быть заданы генетическими особенностями, соматическими заболеваниями, а могут – внешними неблагоприятными условиями. Существуют заведомо неблагоприятные условия для формирования личности, они могут действительно роковым образом повлиять на развитие, но их влияние может быть преодолено благодаря введению в систему факторов дополнительных измерений, составляющих личностного потенциала.

Неотъемлемой гранью личностного потенциала является понятие «стремление к изменениям», или «личностный динамизм», которое описывает способность и готовность человека изменяться в отсутствие императивной необходимости для этого. Исходя из своих убеждений и установок, открытости новому опыту, человек стремится к желательным изменениям, готов к ним, вовлекается в происходящие в его жизни процессы, в его деятельности происходит рождение чего-то принципиально нового, ранее не существовавшего для него. В некоторой степени личностный динамизм как способность и готовность к изменениям находит

свое выражение в показателе жизнестойкости, отражающем как уровень вовлеченности человека в происходящее, так и уровень контроля и готовности к риску в стрессовых условиях. Кроме того, помимо жизнестойкости Д.А. Леонтьев к показателям личностного потенциала относит способность к самоорганизации и саморегуляции, склонность к самодетерминации, рефлексивность, удовлетворенность жизнью, психологическое благополучие (Личностный потенциал, 2011).

И.И. Ашмарин предполагает, что актуализация личностного потенциала отражается в процессе самореализации личности. В свою очередь, самореализация личности зависит от двух внешних факторов, к которым относятся востребованность личности и условия для ее развития, и от двух внутренних, которые включают в себя природную предзаданность человека и ту часть его личностных свойств, приобретенных в процессе социализации. При этом каждый из четырех компонентов взаимосвязан с тремя остальными, что отражает проявление нелинейности (Ашмарин, 1999).

С точки зрения И.И. Ашмарина, общество в разные времена в зависимости от своего социально-экономического и социокультурного состояния выдвигало свои доминирующие требования к личностному потенциалу, свои заказы на реализацию способностей человека – какой-то род занятий или тип деятельности ценился выше других. Менялись условия – менялись приоритеты, но фактически каждый раз происходила новая фильтрация имеющегося в обществе набора обобщенных человеческих способностей – организаторских, художественных, научных и т.д. – с их последующим комбинаторным перепрофилированием. При любых условиях, во все времена набор таких обобщенных способностей оставался неизменным. И.И. Ашмарин объясняет это тем, что природный компонент человеческих способностей – это некая биологическая предпосылка, а социум в соответствии со своими реалиями может либо сформировать на ее основе конкретно развитый профессиональный комплекс, либо помешать ее реализации, либо просто ее не востребовать. В то же время в том случае, если личностный потенциал человека остается невостребованным в обществе, а этот человек является сильной одаренной личностью, то для своей реализации он может сводить к минимуму ограничения или противодействие социальных реалий. В качестве примеров, подтверждающих данную закономерность, И.И. Ашмарин приводит биографии двух известных людей – Ж.Ф. Шеваля, создателя одной из достопримечательностей Франции – Идеального дворца, и Г. Эйфеля, известного инженера и архитектора, который предложил и воплотил в жизнь проект создания символа Франции – Эйфелевой башни (Ашмарин, 1999).

Таким образом, личностный потенциал представляет собой систему взаимосвязанных личностных свойств, которая позволяет человеку эффективно действовать в обычных условиях и успешно преодолевать ограничения стрессовых ситуаций. Он проявляется в действиях и поступках человека и отражает меру преодоления личностью обстоятельств жизни и самой себя. Раскрытие личностного потенциала человека в определенной мере зависит от внешних факторов, в частности, от требований, которые предъявляет общество к людям на данном этапе развития. Однако люди с высокими показателями личностного потенциала могут противостоять и социальным ограничениям. Личностный потенциал человека формируется прижизненно, и каждый человек за счет определенных усилий может приобрести желаемые личностные черты и тем самым способствовать изменению показателей собственного личностного потенциала.

С точки зрения практических психологов, реализация личностного потенциала предполагает снятие несоответствия между притязаниями человека, уровнем достижений, на которые он рассчитывает, его планами, целями и оценкой им реально достигнутого, между его идеальными и реальными целями. При этом желательно, чтобы человек был удовлетворен собственной деятельностью и стремился к максимальному развитию способностей и совершенствованию качеств своей личности.

Поскольку личностный потенциал представляет собой систему личностных качеств, постольку его развитие возможно за счет формирования тех или иных личностных свойств. При этом предварительно необходимо проведение диагностики для определения уровня развития личностного потенциала. Его показатели измеряют при помощи анкетных и опросных методик, а в рамках профессионального отбора – в ходе индивидуального ассессмента и в ассессмент-центрах, при помощи глубинного интервью и контент-анализа продуктов мыслительной деятельности и т.д. (Личностный потенциал, 2011). В ряде подходов личностный потенциал связывают с успешностью осуществления человеком той или иной деятельности. В связи с этим развитие личностного потенциала предполагает приобретение человеком личностных качеств, умений и навыков, которые позволят ему успешно выполнять данный вид деятельности. Например, реализация личностного потенциала в профессиональном аспекте связана с достижением определенного уровня развития как в операциональной сфере профессии, так и в личностном плане. Рассуждая о развитии личностного потенциала студентов, И.И. Белякова отмечает, что необходимым условием в данном случае является достижением студентами личностной идентичности и принятие себя.

При этом чем выше уровень развития личности, тем большим потенциалом она характеризуется (Личностный потенциал, 2011).

Таким образом, развитие личностного потенциала человека может быть отнесено к условиям сохранения его психологического здоровья. Это связано с тем, что раскрытие личностного потенциала сопряжено с приобретением человеком личностных черт и развитием взаимосвязей между ними, с овладением умениями и навыками выполнения той или иной деятельности, с преодолением трудных жизненных ситуаций. Получается, что систематически осуществляемая человеком работа по развитию личностного потенциала помогает ему сохранять внутреннюю гармонию и баланс во взаимодействии с социумом. За счет подобной работы человек включается в процесс самореализации. Следует отметить, что самореализация – не просто благое пожелание для каждого человека, не желательная цель, которой можно добиваться, а можно и обойтись без этого. Самореализация – это насущная необходимость, без которой речь идет даже не о качестве жизни, а о самой возможности этой жизни.

Список литературы

1. Ашмарин И.И. Сладостное и всегда новое удовольствие… // Человеческий потенциал: опыт комплексного подхода / Под ред. И.Т. Фролова. – М.: Эдиториал УРСС, 1999. – С. 151-172.
2. Иванченко Г.В. Человеческий потенциал: развитие личности в образовательной среде // Материалы Всерос. науч. конф. «Человеческий потенциал России и его интеллектуальная составляющая». – М.: Институт человека РАН, 2000.
3. Ишмухаметов Р.Р. Самореализация и психологическое здоровье человека: постановка проблемы // Гуманитарный вектор. – 2010. – № 1. – С. 74-79.
4. Леонтьев Д.А. Личностное в личности // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 1 / Под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. – С. 56-65.
5. Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2011. – 680 с.
6. Логинова И.О. Психология жизненного самоосуществления. – М.: Изд-во СГУ, 2009. – 279 с.
7. Практическая психология образования / И.В. Дубровина, А.Д. Андреева, Н.И. Гуткина и др.; под ред. И.В. Дубровиной. – М.: Просвещение, 2003. – 480 с.
8. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. – М.: Академия, 2001. – 208 с.
9. Шелкунова Т.В. Психологическая природа человеческого потенциала и его разновидности // Инновационная активность молодежи: ценностные основания и проблемы актуализации потенциала достижений: Материалы III Молодежного сибирского психологического форума / Под ред. Э.В. Галажинского, С.А. Богомаза, Ю.В. Сметановой. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2012. – С. 354-357.
10. Шувалов А.В. Психологическое здоровье человека // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология. – 2009. – Вып. 4 (15). – С. 87-101.

КОНФЛИКТНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В ОБЩЕНИИ КАК РЕСУРС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Т.В. Скутина

Сибирский федеральный университет

Конфликтная компетентность и психическое здоровье

Идея психического здоровья, понимаемого, согласно определению Всемирной организации здравоохранения, как *«состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества»*, задает новые подходы к проблематике развития внутренних ресурсов современного человека.

Как бы манящи и привлекательны ни были для человека состояния гармонии и счастья в отношениях, хорошо известно, что перманентное благополучие – не более чем миф, мечта. А реализация собственного потенциала, решение жизненных задач, построение желаемого общения и удовлетворяющих отношений с другими с неизбежностью сталкивается с противоречиями и конфликтами, внутренними и внешними.

В современной психологии и отчасти в общественном сознании все более укореняется понимание двойственной природы конфликта: не только как потенциально деструктивного явления, но и как потенциально продуктивного – в качестве формы актуализации и удержания противоречия, необходимого психологического механизма развития. Как писал В.С. Мерлин: «Развитие и разрешение конфликта представляет собой острую форму развития личности. Более того, психологический конфликт – *необходимое* условие развития» (Мерлин, 1996).

Однако ни факт конфликтного столкновения, ни тяжесть и болезненность его переживания сами по себе не «высвобождают» продуктивный потенциал конфликта. Он реализуется только при условии целенаправленных усилий участников по его разрешению и наличии у них соответствующих индивидуальных ресурсов.

С этих позиций *важным ресурсом психического здоровья* выступает *конфликтная компетентность*, понимаемая как способность к продуктивному разрешению конфликта.

Сопоставление содержания социально-психологических компетентностей и *критериев психического здоровья*, принимаемых ВОЗ:

● осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;

● чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;

● соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

● *критичность* к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;

● *способность планировать* собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы;

● *способность самоуправления* поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

● *способность изменять* способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств, явно показывает их внутреннее родство и единство.

Первые критерии относятся к целостному самочувствию, самоосознанию. Последние пять – к самооценке, самопроектированию, самоизменению или, если обобщить, к самоуправлению.

В понятии «компетентность» также, с нашей точки зрения, в отличие от способности к общению, способности к разрешению конфликта также акцентирован момент занятия управляющей позиции относительно своего общения, а значит и своих межличностных отношений, которые, согласно М.И. Лисиной, в этом процессе и складываются, выступая продуктом общения. «*Компетентность в общении предполагает развитие адекватной ориентации человека в себе самом – собственном психологическом потенциале, потенциале партнера, в ситуации и задаче»* (Петровская, 2007) с целью *«устанавливать и поддерживать необходимые эффективные контакты с другими людьми»* (Жуков, 2003). Конфликтная компетентность – это, прежде всего, *ориентация на управление конфликтом*, что подразумевает занятие участником конфликта субъектной позиции: активной, инициативной, осознанной (Б.И. Хасан, Л.А. Петровская, Т.И. Привалихина, Т.В. Скутина).

Мы опираемся на деятельностную трактовку понятия «ресурс», согласно которой ресурсы существуют только в рамках целенаправленной человеческой активности, где полагаются искусственно-естественными. Подчеркивается, что речь идет «не об использовании естественно существующего материала, а об употреблении, задействовании того, что оказывается необходимым для целенаправленной деятельности сообразно целям и ситуациям» (Рац, Ойзерман, Слепцов, 1997; Эльконин, 2006).

В этом смысле формирование индивидуальных ресурсов психического здоровья происходит в течение жизни, главным образом, за счет интеллекта, рефлексивного отношения к осуществляемой активности

в ходе реализации преобразований деятельности – «ресурсами становится то и тогда, для чего и когда появляются возможности и способы употребления в деятельности» (Эльконин, 2006).

С этих позиций коммуникативная компетентность, и конфликтная компетентность в общении, как ее часть, конечно, не есть средство, специально предназначенное для целей развития психического здоровья. Компетентность в общении может быть рассмотрена как один из важнейших ресурсов психического здоровья в ряду прочих социально-психологических компетентностей.

Понятие о здоровых развивающих межличностных отношениях

В культурно-исторической концепции межличностные отношения осмыслены как условие и пространство становления человека, событийной общности – как «места зачатия, вынашивания и рождения новой человеческой способности» (Слободчиков, Цукерман, 1996). Однако «качество отношений или дает простор, или ограничивает развитие субъектов общения, – утверждает К.А. Абульханова-Славская, – высшим уровнем отношений является такой уровень, на котором реализуются нравственные ценности» (Абульханова-Славская, 1991).

Вопрос о критериях здоровых межличностных отношений разрабатывался в целом ряде психологических школ и психотерапевтических направлений. Так, З. Фрейд связывал утрату душевного здоровья не только с интрапсихическим процессом вытеснения, но и с нарушением значимых отношений, которое может одинаково тяжело переноситься и ребенком, и взрослым. В работах неофрейдистов еще в большей степени акцентируется интерсубъективный аспект проблематики здоровья. Так, например, в работах Г.С. Салливана успешная адаптация в сфере межличностных отношений рассматривалась как ***необходимое условие душевного здоровья и благополучия личности***. Адекватное или неадекватное представление о самом себе ребенок формирует на основе так называемых «отраженных оценок», исходящих от значимых других. Здоровая и целостная Самость может возникнуть только на основе любви, эмпатии и уважения (Васильева, Филатов). В гештальттерапии ключевой является идея контакта: «Человеческое существо в основе своей есть контакт, творческое или консервативное отношение в среде» (Робин, 2008). При этом в первую очередь рассматривается контакт с другими людьми, с собой. «Психическое и социальное здоровье проявляется в постоянном креативном приспособлении на «границе – контакт» между организмом и его окружением» (Гингер, 2010).

Тематика межличностных отношений сегодня включается в концепции психического здоровья. Так, О. Васильева, Ф. Филатов, разрабатывая

адаптационную модель здоровья среди *трех основных его аспектов здоровья,* выделяют ***коммуникативно-интерактивный аспект:*** «Здоровье как полноценное общение и адекватное взаимодействие с человеческим окружением; адекватность и продуктивность социальных отношений личности» (Васильева, Филатов).

Теоретические основы рассмотрения общения в тесной связи с отношениями заданы в концепции генезиса общения М.И. Лисиной (Лисина, 1986): Образ Я, Образ Другого и отношения полагаются как продукты деятельности общения, имеющей процессуальный характер (Лисина, 1986). Эта идея также высказывается и Ж.М. Робином, в теории гештальттерапии: «Контакт со средой открывает мне глаза на самого себя и актуализирует некоторые из моих потенциальных возможностей, а я со своей стороны наделяю среду потенциальными возможностями, которые до сих пор, может быть, не использовались» (Робин, 2008).

В соответствии с этим положением, если процесс общения, контактирования людей, становится более открытым, творческим, спонтанным, изменяются и отношения людей и, если следовать концепции генезиса общения М.И. Лисиной, изменяются образы себя и другого и межличностные отношения как продукты процесса общения.

Еще один ракурс рассмотрения развивающего человека, здорового общения задает обращение к идеям М. Бубера о «Я-Ты» отношениях. М. Бубер утверждает, что в основе сущностных человеческих общностей лежат «Я-Ты» отношения, построенные на взаимности и включающие переживания другого: «Если я предстою человеку как своему Ты и говорю ему основное слово «Я-Ты», он не вещь среди вещей и не состоит из вещей…» (Бубер, 1995, с. 19). «Я-Ты» отношениям Бубер противопоставляет «Я-Оно» взаимосвязи – это отношения *без взаимности*, где другой – это средство, функция, объект. «Я-Ты» отношение у М. Бубера – специфически личностное отношение, в котором человек становится собственно человеком, внутренне свободным от эгоцентризма: «Я становлюсь Я, соотнося себя с Ты; становясь Я, я говорю Ты» (Бубер, 1995). «Я-Ты» отношение – это реальность, которую невозможно присвоить себе, но в которой можно участвовать. Неэгоцентрическое «Я» человека раскрывается и становится реальным именно в меру своего участия в подлинном бытии «Я – Ты» отношения: «Человек в тем большей степени личность, чем сильнее в человеческой двойственности его Я основного слова Я-Ты» (Бубер, 1995).

Аналогом представлений М. Бубера о «Я-Ты» и «Я-Оно» – отношениях в психологии выступает выделение двух составляющих или разновидностей общения и отношений, основанное на принципах субъект-субъектной

и субъект-объектной схем (С.Л. Рубинштейн, К.А. Абульханова-Славская, Л.А. Петровская, Е.О. Смирнова, А.У. Хараш, Н.И. Сарджвеладзе и др.). В случае общения, реализующего субъект-объектную схему, только один из партнеров выступает в полноправной роли субъекта. Второму же отводится роль объекта воздействий и манипуляций. Общение, основанное на субъект-субъектной схеме, характеризуется равенством психологических позиций – оба его участника субъекты. Именно с Я-Ты, субъект-субъектными отношениями традиционно связывается воплощение ценности другого человека, уважение к его индивидуальности (С.Л. Рубинштейн, 1973; К.А. Абульханова-Славская, 1991; Е.О. Смирнова, 2001). Как утверждает Е.О. Смирнова, «развитие субъект-субъектных отношений составляет магистральную линию становления общения и его дальнейшего преобразования» (Смирнова, 2001).

По мнению Л.А. Петровской, принцип субъект-субъектности определяет, обуславливает и инициирует такие характеристики общения, как глубинность и продуктивность (Петровская, 2007). Доверительно-личностное общение рассматривается как одна из важнейших линий субъект-субъектного взаимодействия, как высшая, специфически человеческая форма межличностного общения (Степанский, 1991).

Конфликтная компетентность и межличностные отношения в эмпирических исследованиях

Исходя из вышеизложенных представлений о здоровом, развивающем межличностном общении, нами в диссертационной работе было обосновано следующее содержание конфликтной компетентности в личностном общении. В ценностно-смысловом аспекте это способность удерживать отношение к другому, устойчивое в конфликте, отвечающее принципам субъект-субъектных отношений и задающее внутреннюю и внешнюю обращенность к Другому. Мотивационная составляющая представляет собой готовность разрешать противоречия в общении, занимая активную разрешающую рефлексивно-эмпатийную позицию в конфликте. Основным способом разрешения конфликта выступает межличностный диалог как способ общения и взаимодействия. Психологическим механизмом, обеспечивающим взаимопонимание, диалог и адекватную координацию своего действия с действием сверстника в конфликте, является децентрация. Также было показано в эмпирическом исследовании значение конфликтной компетентности как ресурса развития межличностного общения подростков (Скутина, 2008). Нами также получены и готовятся к публикации данные о положительной связи продуктивности представлений супругов о конфликте, являющихся основой конфликтной компетентности, и их удовлетворенностью браком.

Вместе с тем важным является и то, что определенный уровень конфликтной компетентности не полностью детерминирован независящими от человека факторами: становление конфликтной компетентности как сложного личностного образования происходит в течение всей жизни человека в тесной связи с возрастным развитием. В детском возрасте конфликтная компетентность становится по мере проживания и разрешения конфликтов, с приобретением опыта. Однако, начиная с подросткового возраста, вследствие созревания когнитивных и личностных предпосылок, отношение к конфликту и индивидуальные ресурсы его разрешения принципиальную возможность стать осознанными.

Так в условиях красноярской гимназии «Универс» действует учебный курс, опирающийся на началах психологии, этики, права «Интересы. Ценности. Нормы» (ИЦН) для 5-7 кл. (Б.И. Хасан, А.В. Дорохова), специально спроектированный для обеспечения продуктивного разрешения половозрастных и идентификационных конфликтов подростками, развития их конфликтной компетентности. Нами было предпринято исследование как попытка эмпирической проверки возможностей учебного курса «Интересы. Ценности. Нормы» в развитии конфликтной компетентности подростков. Мы обнаружили его позитивное влияние на развитие таких внутренних ресурсов разрешения конфликта, как способность к анализу межличностного конфликта и продуктивность представлений о конфликте. Полученные данные показали, что подростков, занимающихся по программе «ИЦН», отличает от их сверстников, в обучении которых отсутствуют специальные возрастно-ориентированные курсы:

1) более высокий уровень продуктивности субъективных представлений о конфликте;

2) более высокий уровень владения средствами анализа конфликтного взаимодействия.

Все вышесказанное определяет актуальность, необходимость изучения психологических механизмов и поиск способов создания более здорового, т.е. позитивного, толерантного и развивающего межличностного общения. А также воспитание человека как субъекта собственного общения – т.е. автора собственной коммуникативной активности, ставящего перед собой задачи в общении и преодолевающего внутренние и внешние препятствия, противоречия и конфликты на пути их достижения, обладающего для этого соответствующей компетентностью – конфликтной компетентностью в общении. Без этого психологическое здоровье человека остается вопросом везения – случайного стечения биологических, социальных и психологических предпосылок.

Список литературы

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. – М.: Мысль, 1991. – 299 с.
2. Васильева О., Филатов Ф. Психология здоровья человека // [Электронный ресурс] http://www.syntone.ru/library/books/content/4153.html?current_book_page=8.
3. Бубер М. Я и Ты // Бубер М. Два образа веры. – М.: Республика, 1995. – С. 93-124.
4. Гингер С. Гештальт: искусство контакта / Пер. с англ. Т.А. Ребеко. – Изд. 2-е. – М.: Академический проспект; Культура, 2010. – 191 с.
5. Жуков Ю.М. Тренинг как метод совершенствования коммуникативной компетентности: Автореф. дис. доктора психол. наук. – М., 2003. – 38 с.
6. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М., 1986.
7. Межличностные отношения ребенка от рождения до 7 лет / Под ред. Е.О. Смирновой. – М.: Изд-во Моск. психол. соц. ин-та; Воронеж: МОДЕК, 2001. – 240 с.
8. Мерлин В.С. Психология индивидуальности. – М.; Воронеж, 1996.
9. Петровская Л.А. Компетентность в общении. Социально-психологический тренинг // Общение – компетентность – тренинг: Избранные труды. – М.: Смысл, 2007. – С. 375-594.
10. Рац М.В., Ойзерман М.Т., Слепцов Б.Г. Ресурсы и ресурсная политика // Вопросы методологии. – 1997. – № 1-2.
11. Робин Ж.М. Быть в присутствии Другого: этюды по психотерапии. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. – 288 с.
12. Скутина Т.В. Конфликтная компетентность как ресурс развития межличностного общения подростков: Дис. … канд. психол. наук. – М., 2008. – 154 с.
13. Скутина Т.В. Опыт выявления ресурсных возможностей учебного курса «Интересы. Ценности. Нормы» для становления для конфликтной компетентности подростков // Педагогика развития: Материалы 15-й науч.-практ. конф. (Красноярск, апр. 2008). – Красноярск: ИПК СФУ, 2009. – С. 208-220.
14. Слободчиков В.И., Цукерман Г.А. Интегральная периодизация общего психического развития // Вопросы психологии. – 1996. – № 5. – С. 38-50.
15. Степанский В.И. Субъектность – предпосылка личностной формы общения // Вопросы психологии. – 1991. – № 5. – С. 98-103.
16. Эльконин Б.Д. Введение в психологию развития (в традиции культурно-исторической теории Л.С. Выготского) – М.: Тривола, 1994. – 118 с.

ИНТЕРНАЛЬНОСТЬ И ОПТИМИЗМ КАК ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ СОХРАНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Н.Д. Узлов

Березниковский филиал Пермского государственного национального исследовательского университета

За последнее десятилетие профессиональная деятельность провизоров и фармацевтов качественно и количественно изменилась, стала многофункциональной. Большая часть персонала аптек занимается обслуживанием клиентов. Расширение этой формы работы с людьми привело

к возрастанию психологических нагрузок и, как следствие, увеличилось в разы количество стрессовых ситуаций на рабочем месте. Требования к личности и профессиональной состоятельности фармацевтических работников усилились, значительно ужесточились и лицензионные требования (И.В. Крупнова, 2008). Профессия фармацевта покидает предписанную ей общественным мнением нишу «продавца» и становится все более коммуникативной, социономической. Ее представителям в полной мере свойственны проявления синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Об этой проблеме всерьез заговорили в середине нулевых (С.В. Лазарев, 2007), в настоящее время его формирование у работников аптек считается доказанным (К.А. Агаджанян, 2012; Н. Маскина, 2012; Н.Е. Фесенко, 2012; Н. Тельпуховская, 2014).

Следует отметить, что мы начали изучать СЭВ у фармацевтических работников одними из первых (М.Н. Семенова, Н.Д. Узлов, Л.В. Кектик, 2008). В ходе проведенного нами опроса было установлено, что у 67,4 % испытуемых (выборка составила 43 чел.) работа вызывает нервно-психическое напряжение. Одним из выводов исследования явился факт, что в работе с клиентами и общении с коллегами фармацевты со сложившимся СЭВ в большей степени вынуждены сдерживать и даже подавлять свои эмоции, с оглядкой на мнение окружающих и руководства. В то время как их коллеги, не обнаружившие или имеющие начальные проявления СЭВ, склонны действовать более уверенно, решительно и самостоятельно, опираясь на внутренние критерии и ценности, иными словами, интернально.

Во множестве работ показано, что интернальность является внутренним ресурсом преодоления выгорания у представителей коммуникативных профессий (Современные проблемы исследования синдрома выгорания…, 2008), а также фактором сохранения профессионального здоровья (С.В. Сидорчик, 2008; Г.Г. Вербина, 2011). Анализ литературы показал, однако, что значимость локуса контроля и оптимизма в структуре нервно-психической устойчивости фармацевтов изучена недостаточно.

Фактор оптимизма также играет существенную роль в сохранении личного и профессионального здоровья. По мнению М. Селигмана (Seligman), суть оптимизма заключается в конструктивной активности, позитивном мироощущении, жизнерадостности и способности противостоять трудным жизненным обстоятельствам, сохранении стойкости, мужества и веры в их положительное разрешение ситуаций. Оптимизм также представляет особый стиль объяснения причин неудач, или успехов, или атрибуции. Оптимистичные люди склонны приписывать неудачи случайному стечению обстоятельств, случившемуся в определенной

точке пространства в определенный момент времени. Успехи они привычно считают личной заслугой и склонны рассматривать их как то, что случается почти всегда и почти везде (что достаточно согласуется с понятием локуса контроля). Именно через стиль атрибуции (приписывания) «просеивается» опыт неудач. В случае оптимистичной атрибуции значение этого опыта преуменьшается, в случае пессимизма – преувеличивается (М. Зелигман, 1997). В этом смысле категория оптимизма М. Селигмана сближается с понятием интернальности, предложенным Дж. Роттером.

Цель исследования – сравнительный анализ параметров психоэмоционального состояния фармацевтических работников с разным локусом контроля и личностными психотипами.

Материалы и методы. Обследовано 62 фармацевта (все испытуемые – женщины) в возрасте от 22 до 46 лет со стажем работы от 1 до 16 лет (до 5 лет – 28 чел., свыше 5 лет – 34 чел.), имеющие средне-специальное (35 чел.) и высшее (27 чел.) образование. Использовался следующий диагностический инструментарий: специально составленная анкета (автор – М.Н. Семенова, 2007), состоящая из 13 пунктов и ставящая задачи оценить испытуемыми особенности своего эмоционального и физического состояния в течение дня, утомляемости, поведения в затруднительной ситуации и в условиях болезни, взаимоотношений в коллективе, отношения к работе; опросник Дж. Роттера (О.П. Елисеев, 2001), опросник нервно-психического напряжения (НПН), предложенный Т.А. Немчиным, шкала сниженного настроения – субдепрессии (ШСНС) В. Зунга в адаптации Т.Н. Балашовой, 3) шкала астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой в адаптации Т.Г. Чертовой (Т.А. Немчин, 2000), 4) клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (авторы К.К. Яхин, Д.М. Менделевич, 1998), шкала оценки оптимизма и активности личности (AOS) (авторы И.С. Шуллер и А.Л. Комуниан, в адаптации Н.Е. Водопьяновой и М.В. Штерн) (Практикум по психологии здоровья, 2005).

Результаты и их обсуждение

Выборочному анкетированию было подвергнуто 20 работающих (32,2 % испытуемых). Анкетирование показало, что свое настроение в течение дня 12 чел. характеризуют как «неустойчивое, переменчивое», а 8 – как «усталое к вечеру». Постоянно испытывают эмоциональное напряжение 9, редко – 11 чел. Физически уставшими чувствуют себя все 20 опрошенных; только у 7 фармацевтов сохраняется устойчивым внимание, остальные жалуются на рассеянность и невнимательность. В затруднительной ситуации предпринимают самостоятельные усилия

по ее разрешению 50 % фармацевтов, 7 – обращаются за сторонней помощью, другие предпочитают стратегию «ухода в себя». Причину возникающих конфликтов с клиентами ищут в самих покупателях – 9, в самих себе – 10, и только один чел. указывает на причины организационного характера. Трое опрошенных признали себя часто болеющими, 11 – эпизодически болеющими, преимущественно в период эпидемических вспышек респираторных инфекций, и только 6 – болеющими редко. При этом одна из опрошенных женщин указала, что часто бывает на больничном листе в связи с болезнью ребенка. Заболев сами, 2 чел. сразу же берут б/л и пребывают на нем столько, сколько необходимо, 6 – всегда переносят болезнь на ногах и продолжают ходить на работу, остальные 12 указывают на иные причины, в т.ч. некоторые из них стараются взять больничный лист, чтобы отдохнуть, ссылаясь на обострение хронической нетяжелой болезни, или для выполнения бытовых надобностей, если это оказывается возможным. Свои отношения с руководством оценивают как «доброжелательные, дружеские» – 7 чел., как «сугубо деловые, формальные» – 11 чел., «натянутые и конфликтные» – 2 чел. Отношения с сослуживцами все опрошенные оценивают как позитивные, при этом 19 из них отметили, что общаются на работе с сугубо узким кругом лиц, как правило, с напарницей; и только одна из фармацевтических работников указала, что ее круг общения распространяется на весь коллектив. Готовы работать сверхурочно исключительно за дополнительное денежное вознаграждение 8 чел., остальные дают согласие на это только при определенных условиях (например, предоставление отгулов в удобное для них время и т.п.). Полностью удовлетворены работой только 4 чел., остальные дают ответы «иногда», «в зависимости от обстоятельств», «временами», «по-разному».

Таким образом, выборочное анкетирование показало, что аптекарские работники испытывают профессиональный стресс (утомляемость к концу дня, неустойчивость внимания, колебания настроения, конфликтные ситуации, неудовлетворенность трудом и др.).

Результаты исследования локуса контроля позволили выделить следующие группы испытуемых: экстерналы (0,5-1,5 стэнов) – 22 чел.; амбиенты (2-3 стэна) – 20 чел.; интерналы (3,5-4,5 стэна) – 22 чел.

Всем испытуемым свойственен 2-й уровень НПН по Т.А. Немчину, характеризующийся активацией и подъемом эмоциональных, соматических, физических и иных сил, без признаков дезорганизации. Статистически значимых различий по этому показателю среди обследованных групп не выявлено. Склонность к субдепрессии установлена у экстерналов, в то время как интерналы и амбиенты демонстрируют нормативные

показатели, при этом различия между интерналами и экстерналами по шкале Зунга существенны ($p<0,01$). И экстерналы, и амбиенты показывают наклонность к легким проявлениям астении по ШАС, более отчетливо эти различия проявляются при обследовании с помощью опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича, особенно между интерналами и амбиентами ($p<0,01$). И хотя указанный опросник не дает основание диагностировать у испытуемых невротический уровень реагирования, поскольку ни один из показателей не достиг и не превысил уровня -1,28, отчетливо видно, что нервно-психическая устойчивость интерналов по ряду показателей в разы превышает таковую у амбиентов и экстерналов. Последние две группы аптекарских служащих представляются более уязвимыми с точки зрения формирования невротических реакций (истерические, обсессивно-фобические, депрессивные, вегетативно-сосудистые нарушения) – по всем этим параметрам установлены статистически значимые различия.

Опрошенные также отличаются между собой и по критериям активности и оптимизма. По первому параметру статистически значимые различия определяются между амбиентами и интерналами ($p<0,05$), по второму – еще более существенно на уровне $p<0,001$ между экстерналами и интерналами.

Статистический анализ различий между выделенными группами испытуемых при использовании опросника AOS по параметру «оптимизм» показал различия между интерналами и экстерналами на уровне $p<0,001$, а по показателю активности – между интерналами и амбиентами ($p<0,05$). При этом между уровнями интернальности и оптимизмом, интернальности и активностью установлены устойчивые положительные корреляционные связи ($r=0,494$; $p<0,001$ и $r=0,302$; $p<0,05$). Вместе с тем корреляционные связи интернальности и оптимизма с большинством параметров психоэмоционального состояния фармацевтов оказались отрицательными: соответственно, с субдепрессией ($r=-0,387$, $p<0,01$ и $r=-0,265$, $p<0,05$); астеническим состоянием ($r=-0,277$, $p<0,05$ и $r=-0,286$, $p<0,05$); невротической депрессией ($r=-0,497$, $p<0,001$ и $r=-0,439$, $p<0,001$); астенией ($r=-0,321$, $p<0,05$ и $r=-0,351$, $p<0,01$); истерическим типом реагирования ($r=-0,422$, $p<0,001$ и $r=-0,404$, $p<0,01$), а также вегетативными нарушениями ($r=-0,358$, $p<0,01$ и $r=-0,292$, $p<0,05$), что и следовало ожидать, и что согласуется с теоретическими построениями Дж. Роттера и М. Селигмана и их последователей. По параметру активности статистически значимых связей с исследуемыми параметрами не выявлено. Уровни НПН, тревоги, обсессивно-фобических отклонений также показали на обратные, но статистически не значимые связи ($p>0,05$).

Различные комбинации уровней оптимизма и активности дают описания разных психотипов личности, по-разному проявляющих себя с точки зрения стрессоустойчивости. Стрессоустойчивыми личностями считаются «реалисты» и «активные оптимисты», которые способны адекватно оценивать текущую ситуацию, исходя из собственных возможностей и ресурсов, использования конструктивных копинг-стратегий. «Пассивным пессимистам» свойственно неверие в свои силы, пассивность в поведении, депрессивный статус, эскапизм и ощущение себя жертвой жизненных обстоятельств. «Активным пессимистам», или «негативистам», свойствена большая активность, которая часто имеет деструктивный характер. Им присуще сочетание активности и агрессии, которое нередко расценивается членами коллектива как признак психологического и профессионального лидерства. Очень часто такие люди проявляют себя как уверенные, знающие свое дело профессионалы, стараясь соответствовать ожиданиям окружающих (Е.Я. Эльяфи, 2007). «Пассивные оптимисты» позитивно настроены, но не склонны предпринимать каких-либо личных усилий для построения своего будущего, надеются на удачу, случай, они добродушны и веселы, в жизни ведут себя как прокрастинаторы, т.е. люди, склонные откладывать «на потом» решение важных дел.

В одной из наших работ, направленных на изучение оптимизма медицинских работников, были получены следующие данные: среди медиков активные оптимисты составляют 33,3 %, реалисты – 11,1 %, активные пессимисты – 21,1 %, пассивные оптимисты – 18,9 %, пассивные пессимисты – 15,6 % (выборка – 90 чел.) (Н.Д. Узлов, 2010).

В данной выборке психотипы фармацевтических работников распределились следующим образом: активные оптимисты составляют 20 чел. (32,2 %), реалисты – 25 чел. (40,3 %), активные пессимисты – 5 чел. (8,2 %), пассивные оптимисты – 4 чел. (6,4 %), пассивные пессимисты – 8 чел. (12,9 %). Таким образом, 72,5 % работающих с клиентами аптечных работников представляются личностями, наиболее стрессоустойчивыми к тем нагрузкам, которая предъявляет им выбранная профессия, что значительно превышает таковых среди медицинских работников.

В связи с этим возникает вопрос: а что же делать с остальными ¼ работниками, которые не вполне отвечают идеально заданным параметрам? Подлежат ли они естественному или искусственному «отсеву», как не выдержавшие испытаний, т.к. в современной России аптечный бизнес является одним из наиболее прибыльных предприятий, и конкуренция там очень высокая. Профессионализм работника здесь достаточно высоко ценится в противовес «человеческому фактору», основанному на индивидуальных особенностях, слабостях, просчетах, шаблонах,

от которых никто не застрахован. При прочих равных условиях потенциал работников с экстернальным локусом контроля или обладающими качествами активных или пассивных пессимистов может быть высоким за счет наработанного практического опыта, устойчивых адаптивных поведенческих стереотипов и др.

На наш взгляд, выход из данной ситуации может быть найден как в сфере принятия управленческих решений, так и в области организационной психологии. Такой подход, в частности, успешно реализует Н.М. Тельпуховская, признанный специалист в аптечном ритейле, успешно сочетающая себе качества предпринимателя, психолога и бизнес-тренера, уделяющая в своей работе колоссальное внимание развитию персонала, стресс-менеджменту и формированию индивидуального стиля работы провизоров и фармацевтов (Н.М. Тельпуховская, 2004, 2005, 2006).

Исходя из вышесказанного, можно сделать выводы о том, что факторы интернальности и оптимизма играют существенную роль в сохранении профессионального здоровья фармацевтических работников, а также о необходимости работы с персоналом аптек в плане повышения его психологической стрессоустойчивости.

Список литературы

1. Агаджанян К.А. Профессиональное выгорание в фармации // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2012. – Т. 4. – С 728.
2. Вербина Г.Г. Психолого-акмеологическая концепция развития профессионального здоровья специалиста: Автореферат дис. … доктора психол. наук: 19.00.13. – Тамбов, 2011. – 51 с.
3. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. Локус контроля.– СПб.: Питер, 2001. – С. 459-463.
4. Зелигман М. Как научиться оптимизму. – М.: Вече, 1997. – 432 с.
5. Крупнова И.В. О соответствии специалистов, осуществляющих фармацевтическую деятельность, лицензионным требованиям и условиям // Вестник Росздравнадзора. – 2008. – № 3. – С. 42-45.
6. Лазарев С.В. Служа другим – сгораю // Фармацевтический вестник. – 2007. – № 11, март.
7. Маскина Н. Медики и фармацевты в числе лидеров по профессиональному выгоранию // Фармацевтический вестник. – 2012. – 14 июня.
8. Немчин Т.А. Оценка нервно-психического напряжения, астении, сниженного настроения // Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под общей ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. – СПб.: Питер, 2000. – С. 414-426.
9. Практикум по психологии здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2005. – С.111-118.
10. Семенова М.Н., Узлов Н.Д., Кектик Л.В. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов / М.Н. Семенова, Н.Д. Узлов, Л.В. Кектик // Будущее клинической психологии: Материалы Всерос. научно-практ. конфер. 27 марта 2008 г. / Под ред. Е.В. Левченко, А.Ю. Бергфельд; Перм. гос. ун-т. – Пермь, 2008. – Вып. 2. – С. 234-240.

11. Сидорчик С.В. Развитие профессионала в условиях негативных изменений здоровьесберегающей среды: Автореферат дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13. – М., 2008. – 19 с.
12. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: / Под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова; Курск. гос. ун-т. – Курск, 2008. – 336 с.
13. Тельпуховская Н.М. Рецепты успешных продаж в аптеке: Практ. пособие для фармацевтов и провизоров, работающих за первым столом. – М.: МЦФЭР, 2004. – 172 с.
14. Тельпуховская Н.М. Современная аптека: Покупки и покупатели // Новая аптека. – 2005. – № 3. – С. 55-61.
15. Тельпуховская Н.М. Эффективные продажи в аптеке: формируем индивидуальный стиль // Новая аптека. – М.: МЦФЭР, 2005. – № 5. – С. 49-53.
16. Тельпуховская Н.М. Эффективный таймменеджмент – основа успешной деятельности руководителя аптеки // Новая аптека. – 2006. – № 4. – С. 26-28.
17. Тельпуховская Н. М. Горячие точки мерчандайзинга в аптеке. – М.: Литтерра, 2006. – 192 с.
18. Тельпуховская Н. Как не сгореть за первым столом [Электронный ресурс] // Картен-стиль фарма. – 2014. – № 5-6. – URL: http://pharm-lider.ru/d/547230/d/kak-ne-sgoret.pdf.
19. Узлов Н.Д. Оптимизм как фактор профессионального здоровья медицинского работника // Практическая психология: от фундаментальных исследований до инноваций: Матер. V Междунар. науч.-практ. конф. 19 нояб. 2010 г., г. Тамбов / Отв. ред. Е.А. Уваров; ГОУВПО «Тамбовский. гос. ун-т им. Г.Р. Державина». – Тамбов: ТГУ им. Г.Р. Державина. 2010. – С. 156-161.
20. Фесенко Н.Е. Профессиональное выгорание фармацевтов [Электронный ресурс] – URL: apteka.ua›…content/uploads/2012/05/17-Фесенко.pdf.
21. Эльяфи Е.Я. Социально-психологические характеристики риэлторов в связи с успешностью их деятельности // Матер. докл. XIV Междунар. конфер. студентов, аспирантов и мол.ученых «Ломоносов». М.: Изд. центр ф-та журнал. МГУ им. М.В.Ломоносова, 2007. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
22. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. – М., 1998. – С. 545-552.

Раздел 3

ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ – НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ ПО ВОСПИТАНИЮ ЗДОРОВОГО ДОШКОЛЬНИКА

В.Л. Богатенкова

МБДОУ «Детский сад № 54 «Золушка», г. Лесосибирск

Воспитание детей неразрывно связано с педагогическим просвещением родителей. Именно родителями закладываются основы характера ребенка, формируются особенности его взаимоотношения с окружающими людьми. Каждая семья по-своему определяет для себя процесс воспитания, но каждая в силу разных обстоятельств и в разной степени нуждается в квалифицированной педагогической помощи.

Большую роль в повышении педагогической культуры родителей играет наглядная информация по теме здоровьесбережения детей, где родители получают консультации высококвалифицированных специалистов: воспитателя, медицинских работников, инструктора по физической культуре. Информационные материалы регулярно обновляются в зависимости от рубрики. Семейные творческие проекты направлены на выявление положительного опыта семейного воспитания и оздоровления детей.

Проблема воспитания культуры здоровья у всех участников образовательного процесса в ДОУ является особенно актуальной на современном этапе развития общества. Современные условия жизни предъявляют повышенные требования к состоянию здоровья человека, особенно детей дошкольного возраста. Понимая важность этой проблемы, сопоставив имеющийся кадровый и информационный потенциал, коллектив детского сада встал на путь поиска возможностей для сохранения здоровья детей и повышения уровня их культуры здоровья.

Приоритетной задачей работы нашего учреждения является физическое развитие ребенка, сохранение его здоровья. Коллектив педагогов в течение многих лет работал над проблемами повышения показателей физического развития и здоровья детей. В результате был накоплен немалый опыт по данному направлению.

Родители получают не только практические знания, но и учатся отражать детские эмоции, совместно проживая положительные и отрицательные напряженные ситуации. Совместные игры полезны для социального взросления ребенка и дают возможность родителям поддержать его.

Здоровый ребенок характеризуется, прежде всего, гармоничным, соответствующим возрасту физическим, интеллектуальным, эмоционально-волевым, нравственным и социальным развитием.

Воспитать здорового ребенка – значит создать все условия для его нормального роста и разностороннего гармоничного развития.

Ведущим естественным фактором роста и развития ребенка является движение. Благодаря движению происходит развитие физиологических и психических функций. Только движение стимулирует развитие иммунной системы организма и повышает его устойчивость к действию неблагоприятных факторов.

«К здоровой семье – через детский сад!» Достичь результатов можно только при взаимодействии с семьей. Консультации и практические рекомендации для родителей, дни открытых дверей. Особый интерес и отклик вызывают совместные акции: праздники, досуги, развлечения.

Путь к здоровью прокладывает воспитатель, а специалисты, учитывая особенности мальчиков и девочек, помогают добиться высоких показателей в физическом развитии каждого ребенка. Гимнастика, массаж, спортивные игры на свежем воздухе, праздники, эстафеты и конкурсы – здесь можно и от души порезвиться, выплеснуть накопившуюся энергию, и научиться быть сильным, гибким, ловким.

Двигательная активность – это физиологический акт, основа жизнеобеспечения организма с момента зачатия. Если двигательная активность плода недостаточна, то ребенок рождается с отклонениями в развитии, т.е. происходит несоответствие календарного и биологического возраста. Такое несовпадение ученые называют физиологической незрелостью. Для того чтобы компенсировать физиологическую незрелость, чрезвычайно важно обеспечить ребенку оптимальную двигательную активность, которая осуществляется в процессе разнообразной двигательной деятельности. Современную семью мы знаем как пассивную в двигательном смысле: компьютер, телевизор, машина, диван, а ведь вся работа по компенсации физиологической незрелости организма ребенка ложится на плечи родителей.

Ни одна, даже самая лучшая физкультурно-оздоровительная программа, не сможет дать полноценных результатов, если она не реализуется в содружестве с семьей. Важно, чтобы родители выступали не только в роли пассивных участников консультаций и зрителей спортивно-

развлекательных мероприятий, а активно вовлекались в педагогический процесс в рамках детско-родительских проектов и презентаций семейного опыта. Это дает возможность родителям прочувствовать на себе необходимость и сложность данного вида деятельности, помогает более грамотно и цельно заниматься физическим развитием детей, передавать положительный опыт другим семьям.

У детей, которые постоянно видят положительный пример педагогов и родителей, постепенно пробуждается интерес к спорту, желание попробовать себя в соревнованиях. Здесь на первый план выдвигается заповедь педагога «не навреди». Спорт должен стать средством здорового отдыха детей и интересным досугом, а не борьбой за секунды и миллиметры. Ориентация на успех, высокая эмоциональная насыщенность занятий, постоянная опора на интерес дает положительный эффект в работе. Наши выпускники имеют хорошую физическую подготовленность, которая является надежной основой для их дальнейшего обучения и успешной социализации в обществе. О положительных результатах можно также судить по тому, что процесс занятия спортом для наших воспитанников становится непрерывным. На сегодняшний день до 50 % наших выпускников посещают различные спортивные секции.

Организация и результаты совместной деятельности с семьей по воспитанию здорового ребенка

Проблема здоровья и его сохранения в современном обществе стоит более чем остро. Появились программы по формированию здорового образа жизни, здоровьесберегающие технологии, проводятся беседы с родителями и детьми. В группе организуется образовательная деятельность, проходят оздоровительные досуги и спортивные развлечения, подвижные игры, дни здоровья, но проблема по-прежнему остается актуальной.

Так, анализ заболеваемости детей моей группы в 2013 году показал, что количество пропусков одним ребенком по болезни составляло 11 дней, а в 2014 году – 9 дней, несмотря на то, что определенная работа в данном направлении проводилась, а снижение очень незначительное.

Целью моей работы было создание устойчивой положительной мотивации к сохранению и укреплению собственного здоровья; формирование психологического здоровья дошкольников как важного фактора здоровья человека в целом; профилактика психосоматических заболеваний. Я создала вокруг своих детей такую воспитательно-образовательную среду, которая насыщена атрибутами, знаниями и обычаями здорового образа жизни. Это картины, карточки, дидактические игры, иллюстрации, литература. Я надеялась, что это приведет моих детей к формированию

потребности вести здоровый образ жизни, к сознательной охране своего здоровья, здоровья окружающих людей. Но для этого необходимо формировать у детей мотивы, лежащие в основе формирования стиля здоровой жизни: чтобы что-то делать, надо это знать, нужно подчиняться тем требованиям, которые выработало наше общество; я должен получить удовольствие от самосовершенствования.

Дети дошкольного возраста очень подвержены внушению, поэтому не надо пугать их болезнями и несчастьями, как это делают многие родители, а необходимо развить у них желание быть здоровыми. Я старалась выработать у детей охранные стереотипы, закрепленные через полученное удовольствие: «Я знаю, где и как надо переходить улицу, делаю это осознанно, самостоятельно, и это доставляет мне удовольствие». Только такого рода детские рассуждения ускоряют обучение и приносят пользу его здоровью.

Как известно, развитие и воспитание ребенка во многом зависит от взрослых, которые его окружают, и от того, какой пример они подают своим поведением. Поэтому сознательное отношение к собственному здоровью и здоровью детей в первую очередь формировали у родителей. Семейное воспитание – это источник общественного опыта. Мне думается, что условием успешной работы является целенаправленность, систематичность и плановость, дифференцированный подход, доброжелательность, открытость, возрастной характер работы с родителями. Формы работы: общие и групповые родительские собрания, дни открытых дверей, дни здоровья, показ открытых мероприятий, проведение совместных мероприятий, консультации специалистов, анкетирование и многое другое.

Здоровье детей зависит не только от их физических особенностей, но и от условий жизни в семье, санитарной грамотности и гигиенической культуры населения, уровня развития здравоохранения и образования, социально-экономической и экологической ситуации в стране.

С этой позиции в центре работы по полноценному физическому развитию и оздоровлению детей должны находиться семья и детский сад как две основные социальные структуры, которые в основном определяют уровень здоровья ребенка.

Важнейшим условием преемственности является установление доверительного делового контакта между семьей и детским садом, в ходе которого корректируется воспитательная позиция родителей и педагогов. Ни одна, даже самая лучшая физкультурно-оздоровительная программа, не сможет дать полноценных результатов, если она не реализуется совместно с семьей, если в дошкольном учреждении не создано

детско-взрослое общество (детей-родителей-педагогов), для которого характерно содействие друг другу, учет возможностей и интересов каждого, его прав и обязанностей.

Организуя сотрудничество с семьей по воспитанию здорового ребенка и глубоко понимая тесную взаимосвязь данной работы с содержанием всей физкультурно-оздоровительной программы детского сада, особое внимание уделяла поиску новых подходов к физическому развитию детей, базирующихся на многофакторном анализе внешних воздействий, мониторинге состояния здоровья каждого ребенка, учете и использовании особенностей его организма.

Таким образом, совместную работу с семьей строила на следующих основных положениях, определяющих ее содержание, организацию и методику.

1. Единство, которое достигается в том случае, если цели и задачи воспитания здорового ребенка хорошо понятны не только воспитателю, но и родителям, когда семья знакома с основным содержанием, методами и приемами физкультурно-оздоровительной работой в детском саду, а педагоги используют лучший опыт семейного воспитания.

2. Систематичность и последовательность работы (в соответствии с планом) в течение всего года и всего периода пребывания ребенка в детском саду.

3. Индивидуальный подход к каждому ребенку и к каждой семье на основе учета их интересов и способностей.

4. Взаимное доверие и взаимопонимание педагогов и родителей на основе доброжелательной критики и самокритики. Укрепление авторитета педагога в семье, а родителей – в детском саду.

В соответствии с этими основными положениями система работы с семьей включает:

– ознакомление родителей с результатами диагностики состояния здоровья ребенка и его психомоторного развития;
– участие в составлении индивидуальных маршрутов (планов) оздоровления детей; целенаправленную работу, пропагандирующую общегигиенические требования, необходимость рационального режима и полноценного сбалансированного питания, закаливания, оптимального воздушного и температурного режима;
– ознакомление родителей с содержанием физкультурно-оздоровительной работы в детском саду;
– обучение конкретным приемам и методам оздоровления (ЛФК, дыхательной гимнастике, разнообразным видам закаливания);

– ознакомление с лечебно-профилактическими мероприятиями, проводимыми в детском саду, обучение отдельным нетрадиционным методам оздоровления детского организма.

В этих целях хорошо используется информация в родительских уголках, в папках-передвижках. Индивидуальные программы оздоровления предусматривают не только «гибкий» режим дня, закаливающие процедуры и разнообразные формы физкультурно-оздоровительной и лечебно-профилактической работы с конкретным ребенком, но и участие его семьи как в общих и индивидуальных мероприятиях для родителей, так и в семейных клубах: «Здоровье», «Папа, мама, я – спортивная семья».

К концу 2013-2014 учебного года я достигла следующих результатов:

– скоординированность действий педагогов и специалистов в физкультурно-оздоровительной работе с детьми;
– повышение активности родителей в совместной работе по укреплению здоровья детей.

В группе создаются условия для наиболее полного самовыражения ребенка в двигательной деятельности. Подбираются такие пособия, атрибуты, детали оборудования, которые отвечали бы индивидуальным потребностям ребенка. В свою очередь эти потребности обусловливаются состоянием его здоровья, уровнем его физической подготовленности, а также уровнем его двигательной активности.

Процесс физкультурно-оздоровительной совместной работы с семьей включает:

– целенаправленную работу, пропагандирующую общегигиенические правила, необходимость рационального режима и полноценного сбалансированного питания, закаливания, оптимального воздушного и температурного режима;
– ознакомление родителей с содержанием физкультурно-оздоровительной работы в дошкольном учреждении, направленной на физическое, психическое и социальное развитие ребенка;
– результаты диагностики состояния здоровья ребенка и его психомоторного развития довожу до сведения каждого родителя. Отмечаются сильные и слабые стороны развития, намечаются пути оказания помощи (если это необходимо) в укреплении здоровья, физического развития и дальнейшего его совершенствования. Определяется, что буду делать я, а что родители. К разговору с родителями привлекаются медицинские работники детского сада. В педагогическом взаимодействии с родителями используются разнообразные формы работы по укреплению и сохранению здоровья детей и повышению их физических качеств:

– информация для родителей на стендах, в папках-передвижках; консультации;
– закаливающие и лечебные процедуры;
– физкультурные досуги и праздники с участием родителей.

Условия, в которых ребенок живет в семье, имеют не менее существенное значение для формирования его здоровья, чем условия его пребывания в детском саду. Если в семье сложились доброжелательные взаимоотношения, внимательное отношение к ребенку, соблюдается режим дня, соответствующий возрасту дошкольника, если у него имеется возможность заниматься любимой игрой – все это в совокупности служит основой поступательного развития.

Обобщение материалов исследования по данным анкетного опроса родителей позволило оценить соблюдение режима дня и качество проведения оздоровительно-закаливающих мероприятий в семье. Было отмечено, в частности, что вопрос физического воспитания во многих семьях решается достаточно успешно. Однако в ряде случаев для укрепления здоровья и развития детей не созданы все необходимые условия. Так, например, многие родители уделяют недостаточно внимания регулярному пребыванию ребенка на воздухе, полноценному ночному сну, рациональной двигательной активности. Именно поэтому проблема укрепления здоровья ребенка в семье должна занимать важнейшее место в числе проблем, требующих решения.

Анализ анкетных данных показал, что вечерняя прогулка детей с родителями осуществляется нерегулярно – около 1/3 всех детей в вечерние часы после детского сада остаются без прогулки даже при благоприятной погоде. Во многих семьях дети не гуляют или мало гуляют в выходные или праздничные дни. Данные анкетного опроса большинства родителей (57,5-68 %) свидетельствуют о том, что в праздничные и выходные дни детей днем не укладывают спать. Это создает предпосылки для перенапряжения нервной системы ребенка, наступающего в результате чрезмерно длительного бодрствования, и затрудняет его засыпание днем в детском саду. Известно, что систематическое сокращение длительности ночного сна приводит к хроническому недосыпанию, которое может стать причиной нервно-психических расстройств, снижает защитные реакции организма ребенка. Анкетный опрос показал также, что среди детей дошкольного возраста (4-7 лет) в отдельные дни недели, а иногда и ежедневно, дефицит ночного сна ребенка в пределах 35 минут отмечался в 43,2 % случаев; незасыпание в пределах 60 и более минут отмечалось в 12 % случаев; в пределах 30-60 минут – в 31 % случаев. Нормальная продолжительность ночного сна выявлена лишь в 13,8 % случаев.

Некоторые дети проводят у телевизора до 1,5-2 часов в день. Подобное времяпрепровождение является для детей не отдыхом и не развлечением, а дополнительной нагрузкой на нервную систему, органы зрения и опорно-двигательный аппарат, и проходит оно, как правило, за счет более целесообразной деятельности – активных движений, прогулки, игры, развлечений.

После просмотра телепередач в вечерние часы нервная система ребенка оказывается перевозбужденной, ему трудно быстро уснуть, а сон часто бывает беспокойным, прерывистым. Следствием всех этих нарушений явилось то, что от 49,6 до 63 % детей утром не могут самостоятельно проснуться, их приходится будить. Некоторые родители отмечают, что их дети смотрят не только предназначенные для них телевизионные передачи, но и те, которые им смотреть не рекомендуется.

Как известно, важнейшим условием полноценного развития дошкольника является достаточная двигательная активность в течение дня. Многочисленные исследования свидетельствуют, что нормальное умственное и речевое развитие ребенка в значительной мере обусловлено развитием его моторной сферы. Однако материалы анкетного опроса показали, что в условиях семьи недостаток движений, который дети нередко испытывают в дошкольном учреждении, не восполняется дома.

Как известно, закаливающие мероприятия могут быть эффективны только тогда, когда они проводятся в комплексе, систематически и в дошкольном учреждении, и дома. Однако, как выяснилось, в семье довольно часто дети нерегулярно выполняют гигиенические правила – не чистят зубы, не моют ежедневно ноги, не выполняют простейшие водные процедуры, которые старшие дошкольники могут осуществлять самостоятельно.

Все это требует от работников дошкольного учреждения серьезного внимания к работе с родителями. Лучший опыт семей в воспитании ребенка заслуживает широкого распространения и поощрения. В частности, об этом рассказываю на собраниях родителей.

Медицинский персонал и воспитатели должны вести с семьями скрупулезную работу по повышению их гигиенической и педагогической культуры для того, чтобы и дома, и в детском саду требования к воспитанию и оздоровлению дошкольников были согласованными.

Формирование здоровья ребенка в дошкольном возрасте в значительной степени зависит от того, какая работа в детском саду ведется в этом направлении. Необходимо создать эмоциональную, радостную обстановку, потому что здоровье детей во многом зависит от их психического состояния. Большое значение имеет организация пространства в группе. Правильно организованная развивающая среда дает ребенку

возможность проявить себя в социальном плане, освоить определенные правила здорового образа жизни, ощутить взаимосвязь с другими детьми, укрепить уверенность в своих силах. И тогда наши дети будут физически здоровы, активны, коммуникабельны.

Важным показателем здоровья и физического развития ребенка является его осанка. Осанка – это привычная правильная поза человека при сидении и стоянии. Она способствует нормальной деятельности внутренних органов. В дошкольном возрасте, когда формируется осанка, педагогам совместно с родителями чрезвычайно важно следить за этим процессом и при первых признаках нарушения обращаться к специалистам. Кроме того, педагог должен давать рекомендации родителям о необходимости укреплять мышцы и связки путем систематических занятий физической культурой. А также соответственно возрасту и росту ребенка подбирать мебель и тщательно следить за тем, какую позу принимает ребенок во время сидения и сна.

Ведущим фактором укрепления здоровья ребенка является выполнение режима дня. Режим дня организуется в соответствии с особенностями биоритма, с обязательным учетом физической и умственной работоспособности, а также эмоциональной реактивности в первой и второй половине дня.

Принципы питания детей практически одни и те же на протяжении всего дошкольного возраста. В детском саду питание достаточно хорошо сбалансировано, поэтому в домашних условиях рекомендую компенсировать недостающие пищевые вещества. Большие трудности родители испытывают особенно летом, когда аппетит у детей зачастую снижается, особенно в жару, когда желудочная секреция несколько угнетена и переваривание пищи ухудшается. В этом случае мы вывешиваем дополнительное меню на выходные, праздничные и летние дни. Очень хорошо, если родители ежедневно интересуются, что и сколько ел ребенок в детском саду и чем его кормить дома на ужин.

Устойчивость организма к неблагоприятным факторам среды зависит не только от индивидуальных особенностей ребенка, но также и от своевременного и правильного проведения специальных оздоровительных мероприятий, к числу которых по праву относится закаливание. Закаливание – это система мероприятий, направленных на повышение устойчивости генетически предопределенных механизмов защиты и приспособления организма ко многим факторам. Закаливание ребенка повышает его стрессоустойчивость, что очень важно для здоровья, для адаптации к детскому саду и школе. Мы рекомендуем родителям ежедневно проводить закаливающие процедуры дома. Минимальное закаливание – это

воздушные и водные процедуры, правильно подобранная одежда. Родителям раздаем памятки по проведению закаливания. Информируем родителей, что повысить сопротивляемость организма помогают и некоторые растения – биостимуляторы и адаптогены, которые получают дети в детском саду. Они приспосабливают, адаптируют организм к воздействию некоторых вредных физических, химических, биологических факторов, в том числе и к непривычным условиям среды. Эту информацию мы вывешиваем для родителей на оздоровительном экране. Одной из частей общечеловеческой культуры является физическая культура. Она охватывает те стороны жизни и воспитания, которые имеют важнейшее значение для нормального психофизического развития ребенка, укрепления его здоровья и развития двигательной сферы. Работа по физической культуре с детьми направлена на развитие движений, совершенствование двигательных навыков и физических качеств. Двигательная деятельность оказывает благоприятное воздействие на организм ребенка. Работая в этом направлении, педагог дает рекомендации родителям по созданию условий для полноценной двигательной деятельности дома, в семье. Но не все родители понимают важность этого вопроса и возлагают всю ответственность по этому вопросу на детский сад.

Список литературы

1. Гаврюченко Л.В. Здоровьесберегающие технологии в ДОУ / Л.В. Гаврюченко. – М., Сфера, 2008.
2. Голицина Н.С., Бухарова Е.Е. Физкультурный калейдоскоп для дошкольников. – М.: Скрипторий 2003, 2006.
3. Крылова Н.И. Здоровьесберегающее пространство в ДОУ. – Волгоград: Учитель, 2009.
4. Овчинникова Т.С. Организация здоровьесберегающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях: – СПб.: КАРО, 2006 .
5. Пензулаева Л.И. Оздоровительная гимнастика для детей дошкольного возраста (3-7 лет). – М.: ВЛАДОС, 2003.
6. Савельева Н.Ю. Организация оздоровительной работы в дошкольных образовательных учреждениях. – Ростов: Феникс, 2005.
7. Сократов Н.В. Современные технологии сохранения и укрепления здоровья детей. – М.: Сфера, 2005 г.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ ПРОФИЛАКТИКЕ МАСТИТОВ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

А.Н. Васина

Московская служба психологической помощи населению,
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Данная работа посвящена исследованию психологических факторов возникновения маститов как послеродовых осложнений. Изучение этих факторов позволит разрабатывать меры для профилактики их возникновения.

Актуальность исследования обусловлена запросами здравоохранения и общества в целом. В настоящее время перед обществом остро стоит социально-демографическая проблема. Для обеспечения демографического роста необходимо не только наличие у женщины желания родить и воспитать ребенка, но и обеспечение ее психического благополучия. Психологическому комфорту женщины в послеродовом периоде могут препятствовать как обыкновенные для данного периода трудности, так и наличие мастита. Мастит – одно из наиболее частых послеродовых осложнений, которое представляет собой воспаление молочной железы, связанное с внедрением в нее различных возбудителей.

Со стороны здравоохранения в настоящее время существует запрос на помощь женщине на всех этапах перинатального периода. Обнаружение психологических факторов возникновения маститов позволит уточнить, какая психологическая помощь необходима женщине с данным заболеванием.

Одной из важнейших задач медицины является обеспечение нормального развития ребенка. При возникновении маститов у матери физическое развитие ребенка может быть затруднено, в частности, из-за сложностей в продолжительном грудном вскармливании. Изучение факторов, влияющих на его продолжительность, необходимо в связи с тем, что с 50-60-х гг. XX в. число женщин, осуществляющих грудное вскармливание, неуклонно падает. Сокращению продолжительности грудного вскармливания может способствовать и негативный опыт женщины с маститом, проявляющийся в боли при кормлении, трудностях извлечения молока ребенком из груди и т.п. Непродолжительное же грудное вскармливание может препятствовать нормальному физическому развитию ребенка (Фатеева, Цареградская, 2000 и др.). Психическое развитие ребенка также может страдать из-за мастита матери. Такая мать больше концентрирует свое внимание не на ребенке, а на собственном состоянии, и ребенок не получает

достаточного материнского внимания, необходимого для психического развития (Баз, Скобло, 1998 и др.). Более того, само возникновение мастита женщина может связывать с его косвенным источником – ребенком, что может способствовать возникновению негативного отношения к ребенку как к источнику неприятных ощущений (Баз и др., 2000 и др.).

Лактационный мастит в литературе в основном рассматривается с медицинской точки зрения (Константинов В.К., 1995 и др.). Психологические аспекты данного заболевания практически не изучены: как правило, исследователи описывают только единичные случаи психотерапии женщин (Захаров, 2000; Kornhuber, Weller, 1991); эмпирических исследований психологических факторов, влияющих на возникновение мастита, в настоящее время нет. Не отрицая важную роль биологических факторов в возникновении мастита, можно, однако, предположить, что психологические факторы также вносят вклад в его возникновение.

Послеродовой период является особым, сложным периодом в жизни женщины. Он сопровождается интенсивной перестройкой физиологических процессов, становлением новой функции организма женщины – лактации. Возникновение новой функции организма требует ее психологического освоения: обеспечение новыми навыками и психологическими механизмами регуляции. Обеспечение навыками новой функции – лактации – требует специальных знаний, формирования новых приемов заботы о собственном теле, опирающихся на сформированные ранее, в предшествующие периоды жизни. Становление механизмов психологической регуляции может выражаться в соотнесении своих действий по «обслуживанию» тела в его новом качестве с социокультурными нормами, в контроле за правильностью этих действий и их эффективностью. Складывающаяся в послеродовом периоде социальная ситуация развития женщины может как способствовать нормальному становлению новой телесной функции (при наличии поддержки со стороны, прежде всего, матери и мужа), так и препятствовать этому процессу (отсутствие поддержки в ближайшем социальном окружении). В этих условиях может искажаться ход нормальной социализации и психологизации данной телесной функции, что, в свою очередь, может стать психологической предпосылкой для возникновения мастита. ССР в послеродовом периоде, характеризующаяся нарушениями отношений между женщиной и ее матерью, может иметь предпосылки в ССР, складывающейся, в частности, еще в детском возрасте молодой матери (Филиппова, 2002).

В исследовании приняли участие 164 женщины: 1) женщины в послеродовом периоде с маститами и с нормальным протеканием послеродового периода и 2) их матери.

Исследование состояло из предварительного и основного этапов. На *предварительном этапе* на сроке 3 дня после родов тестировались все женщины, соответствующие следующим критериям: а) 1-я беременность, 1-е роды; б) естественное родоразрешение; в) замужество; г) возраст от 19 до 30 лет; д) желанный ребенок. На сроке 1,5 месяца после родов эти женщины тестировались снова.

На основании предварительного исследования выделены 2 группы женщин для *основного исследования*: женщины с нормальным протеканием послеродового периода, т.е. группа «норма» (без послеродовой депрессии и соматических осложнений) и женщины с лактационными маститами. Кроме указанных критериев, общим основанием для отбора испытуемых обеих групп явилось грудное вскармливание не менее двух месяцев.

Основную группу испытуемых составили 50 женщин с маститом. Средний возраст женщин: 25,6 ± 3,2 лет. В большинстве случаев мастит у них начинался в конце 2-й недели и в течение 3-й недели после родов.

Чтобы доказать наличие психологических факторов возникновения маститов, необходимо было выделить группу женщин, у которых мастит возникал при отсутствии как явных, так и предиспозиционных физиологических факторов, поскольку непосредственное действие психологических факторов при наличии физиологических факторов возникновения маститов доказать невозможно.

Т.о., *внутри основной группы* испытуемых по клиническим показателям выделена подгруппа в составе 21 женщины с отсутствием как явных непосредственных, так и предиспозиционных физиологических факторов возникновения мастита (осложнений перинатального периода, тяжелых родов, неоптимального для становления грудного вскармливания строения груди, застоями молока и трещинами сосков). Вторую подгруппу основной группы в составе 29 человек образовали женщины, у которых была хотя бы одна из этих характеристик.

На сроке 3 дня после родов исследовано 24 женщины; на сроке 1,5 месяца после родов – 50 женщин.

Основное исследование проводилось в послеродовом отделении родильного дома г. Люберцы (зав. отд. – Н.В. Левкина).

В *контрольную группу* испытуемых вошли 50 женщин в послеродовом периоде с нормальным его протеканием, т.е. не имеющие никаких осложнений в послеродовом периоде, в том числе и послеродовой депрессии. Средний возраст женщин составил 25,2 ± 2,8 лет. Исследование этих женщин также проводилось на сроке 3 дня после родов и 1,5 месяца после родов. На сроке 3 дня после родов исследовано 38 женщин,

на сроке 1,5 месяца после родов – 50. Для 38 из них это было повторное исследование после тестирования в роддоме на сроке 3 дня после родов.

Исследованы также матери женщин: 40 матерей женщин группы «норма» и 24 матери женщин с маститами.

В исследовании применялось 5 методик. Методики, отмеченные «*», создавались самостоятельно: PARI, анкета для женщин в послеродовом периоде (*), анкета по определению отношения к груди и представления о ее состоянии до беременности (*), анкета для женщин в послеродовом периоде (*) и анкета по определению отношения к груди и представления о ее состоянии до беременности (*). При статистическом анализе использовались программные продукты для ПК Microsoft Excel, Statistica 6.0 и Minitab (версия 15). Использовались критерий Манна-Уитни, критерий Крускала-Уоллиса, критерий хи-квадрат, точный критерий Фишера, коэффициент корреляции Спирмена, методы статистической линейной регрессии со многими переменными.

При изучении социальной ситуации развития как возможного фактора возникновения мастита показано, что ССР женщин с маститами отличается от ССР женщин группы «норма» как в период их детства, так и после родов.

ССР в детстве женщин с маститами, в первую очередь, характеризуется недостаточностью телесного контакта матерей с дочерями и недостаточностью заботы матерей о теле дочерей. Так, анкета для женщин в послеродовом периоде показала, что 80 % женщин группы «норма» на вопрос о том, «часто ли целовала, обнимала Вас ваша мама в детстве», ответили «часто»; среди женщин с маститами таких – 12 % ($p<0,05$). Также матери женщин с маститами, в отличие от матерей группы «норма», значимо реже давали советы дочерям по уходу за своим телом. Так, только 34 % женщин с маститами отметили, что их матери делали это часто, по сравнению с 66 % женщин группы «норма» ($p<0,05$) и т.д. Кроме того, данная анкета и методика PARI показали, что для ССР женщин с маститами в детстве также характерны нарушение отношения к семейной роли, излишняя концентрация на ребенке и одновременно наличие излишней эмоциональной дистанции с ребенком (так, показатели по шкале «уклонение от контакта с ребенком» у матерей женщин с маститами выше, чем у матерей женщин группы «норма»: $4,6 \pm 1,4$ и $5,33 \pm 1,1$ балла соответственно ($p<0,05$)).

ССР в послеродовом периоде женщин с маститами характеризуется, в первую очередь, дефицитом поддерживающих отношений со стороны их матерей и мужей. Так, получение поддержки от матерей в этом периоде отметили 82 % женщин группы «норма» и 36 % женщин с маститами ($p<0,05$).

ССР женщин с более тяжелыми формами маститов является более негативной, чем у женщин с более легкими формами. Так, 69 % женщин с серозными и инфильтративными маститами отметили, что их детство было благоприятным в плане общения с матерью, среди женщин с гнойными маститами таких 33 % ($p<0,05$).

ССР женщин с маститами с отсутствием физиологических предпосылок их возникновения также отличается от ССР женщин группы «норма». Так, только 57 % женщин с маститами с отсутствием физиологических факторов их возникновения получают поддержку от своих матерей в послеродовом периоде, по сравнению с 24 % женщин с наличием физиологических факторов возникновения мастита ($p<0,05$) и т.д. Причем вклад фактора «ССР» у женщин с маститами с отсутствием физиологических факторов возникновения данного заболевания в общую модель факторов возникновения маститов более существенный, чем вклад этого фактора у женщин с наличием физиологических факторов возникновения данного заболевания. Это также подтверждает существенную роль психологических факторов в возникновении маститов при важнейшем вкладе физиологических факторов в возникновение данного заболевания. Т.о., искаженная ССР является важнейшим психологическим фактором возникновения мастита.

При изучении недостаточности заботы о себе как возможного фактора возникновения мастита показано, что для женщин с маститами по сравнению с женщинами группы «норма» характерна неполная освоенность социокультурных навыков заботы о собственном теле. Это проявляется в неполной сформированности, в частности, навыков содержания тела в чистоте и комфорте, ношения и подбора красивых, комфортных вещей и т.д. Такая неполная освоенность навыков заботы о себе проявляется у женщин, у которых в послеродовом периоде возникает мастит, с детских лет. Женщины, у которых в послеродовом периоде возникает мастит, меньше заботятся о своем теле, в первую очередь о груди, по сравнению с женщинами группы «норма». Так, только 25 % женщин с маститами знали во время беременности, какие средства по уходу за грудью необходимо применять во время беременности и в послеродовом периоде, в группе «норма» – 74 % ($p<0,05$).

Несмотря на то, что уход за собой относится к гигиеническим процедурам, в нем имеется психологическая составляющая, в которой можно выделить сенсорный, когнитивный, эмоциональный и мотивационно–поведенческий аспекты. Между женщинами с маститами и женщинами группы «норма» имеется различие в сенсорной составляющей ухода за собой: женщины с маститами испытывают менее приятные физические

ощущения при уходе за собой и менее дискомфортные ощущения при отсутствии такого ухода по сравнению с женщинами группы «норма». Так, анкета для женщин в послеродовом периоде показала, что по 7-балльной системе от 1 до 7 женщины группы «норма» оценили выраженность приятных ощущений от ухода за собой в среднем в 5,3 ± 1,7 баллов, тогда как женщины с маститами – в 3,9 ± 1,7 балла ($p<0,05$). Между женщинами с маститами и женщинами группы «норма» имеется различие в эмоциональной составляющей ухода за собой: женщины с маститами испытывают менее приятные эмоции при уходе за собой по сравнению с женщинами группы «норма». Между женщинами с маститами и женщинами группы «норма» имеется различие в когнитивной составляющей ухода за собой: уровень знаний о том, как правильно ухаживать за собой, у них ниже, чем у женщин группы «норма», а источником этих знаний, в первую очередь, является не мать, как у женщин группы «норма», а какой-то другой источник. Между женщинами с маститами и женщинами группы «норма» имеется различие в мотивационно–поведенческой составляющей ухода за собой: если женщин с маститами побуждают заботиться о своем теле в основном условно называемые внешние причины (боязнь потерять привлекательность для окружающих и т.д.), женщин группы «норма» в основном побуждают заботиться о себе внутренние причины (желание испытывать приятные эмоции от ухода и т.п.).

Женщины с более тяжелыми формами маститов заботятся о себе на разных жизненных этапах меньше, чем женщины с более легкими формами. Так, только 25 % женщин с гнойными маститами на сроке 3 дня после родов знали во время беременности, какие средства по уходу за грудью необходимо применять в перинатальном периоде; среди женщин с серозными и инфильтративными маститами таких было 56 % ($p<0,05$).

Особенности заботы о себе женщин с маститами с отсутствием физиологических факторов возникновения данного заболевания также отличаются от таковых у женщин группы «норма». Причем вклад заботы о себе у женщин с маститами с отсутствием физиологических факторов возникновения данного заболевания в общую статистическую модель факторов возникновения маститов является более существенным, чем вклад соответствующего фактора у женщин с наличием физиологических факторов возникновения данного заболевания. Так, при оценке вклада особенностей заботы о себе в модель факторов возникновения мастита у всех женщин с данным заболеванием коэффициент статистической значимости является менее значимым, чем у женщин с маститами с отсутствием физиологических факторов возникновения данного заболевания ($p=0,012$ и $p=0,009$ соответственно). Это также подтверждает

существенную роль психологических факторов в возникновении маститов при важнейшем вкладе физиологических факторов. Т.о., неосвоенность навыков заботы о себе является важнейшим фактором возникновения мастита.

По результатам исследования получены следующие выводы:

1. Совокупность психологических факторов (социальная ситуация развития, недостаточность заботы о себе и т.д.) вносит существенный вклад в возникновение лактационного мастита у женщин в послеродовом периоде наряду с первостепенной ролью физиологических факторов в возникновении данного заболевания.

1.1. Негативные психологические факторы усугубляют действие физиологических предпосылок возникновения лактационных маститов: в частности, у женщин с наличием негативных психологических факторов возникновения маститов возникают более тяжелые формы мастита.

1.2. При воздействии негативных психологических факторов повышается вероятность возникновения лактационного мастита у женщин и при отсутствии явных физиологических факторов в их генезе.

2. Социальная ситуация развития женщин с лактационными маститами отличается от социальной ситуации развития женщин с нормальным протеканием послеродового периода как в преморбиде (недостаточность телесного контакта и заботы о теле со стороны матери и т.д.), так и в послеродовом периоде (дефицит поддерживающих отношений со стороны матери и мужа, дефицит заботы матери о теле женщины и т.д.).

3. Особенности заботы о себе у женщин с лактационными маститами отличаются от таковых у женщин с нормальным протеканием послеродового периода как в преморбиде (дефицит навыков заботы о себе и т.д.), так и в послеродовом периоде (недостаточность заботы о собственном теле и т.д.).

4. Присутствие психологических факторов возникновения маститов характерно как для женщин с маститами в целом, так и для женщин с маститами с отсутствием физиологических предпосылок возникновения данного заболевания, что подтверждает наличие значимой роли психологических факторов в возникновении мастита.

По результатам работы можно предположить, что психологическая работа с женщинами с риском возникновения маститов должна быть, в первую очередь, направлена на развитие умений обращаться за поддержкой к окружающим и осуществлять заботу о себе.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что работу по психологической профилактике лактационного мастита оптимально начинать в детском возрасте. В контексте работы с ССР, в частности, важно

обсуждать с матерями девочек влияние на нарушение становления телесности и соответственно повышенную вероятность возникновения лактационного мастита того, что матери их редко целуют и обнимают, не часто дают советы дочерям по уходу за своим телом, дистанцируются от дочерей и пр. Но работа с ССР по профилактике лактационных маститов становится особенно актуальной в перинатальном периоде, поскольку становление лактации становится вопросом ближайшего будущего, к тому же это кризисный период, во время которого актуализируются отношения с матерями, идентификации с материнскими образами и др. Работа на данном этапе должна быть направлена на налаживание отношений молодых матерей с их матерями, особенно в области возможности получения поддержки от матерей в этом периоде, и т.п.

В контексте работы с осуществлением заботы о себе, в частности, у девочек с раннего возраста надо формировать навыки содержания тела в чистоте и комфорте, обеспечивать ношение красивых, комфортных вещей, украшений, помогать их подбирать, способствовать формированию приятных ощущений и эмоций при заботе о себе и т.д. В перинатальном периоде важно обучать молодых матерей заботе о своем теле, в первую очередь – о груди, предоставлять информацию о том, какие средства по уходу за грудью необходимо применять во время беременности и в послеродовом периоде и т.п.

Интересно, что вышеуказанные рекомендации, основанные на научном исследовании, соотносятся с рекомендациями из массовой литературы, направленной на развитие женских качеств. Например, в книге О. Валяевой «Предназначение быть женщиной» (Валяева, 2012) имеются следующие рекомендации по развитию женских качеств: 1.Сходите на массаж, Спа; 2. Носите красивые юбки и платья; 3. Сделайте маникюр; … 5. Сходите на занятие по танцам; 6. Сходите в бассейн; … 10. Сходите на занятия йогой; … 12. Купите себе новый наряд; … 19. Примите в ванну с эфирными маслами, лепестками роз, солью, и т.п.; … 30. Делайте макияж по утрам (не забывайте смывать вечером); … 47. Посмотрите сайты или журналы мод, с моделями вязаных вещей, с интерьерами; …62. Купите себе новое украшение.

Т.о. исследование показало, что психологическую работу по профилактике лактационных маститов надо основывать в первую очередь на коррекции социальной ситуации развития женщин и особенностей их заботы о себе.

ФОРМИРОВАНИЕ Я-ФИЗИЧЕСКОГО СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ГРУПП В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

О.Ю. Вербина[1], Г.Г. Вербина[2]

[1]Чувашский государственный университет им. И.Я. Яковлева
[2]Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова

Я-физическое, согласно В.С. Мухиной (Мухина, 2001), является сложным психическим образованием, которое включает в себя: индивидуальный тип ощущения, восприятия и переживания тела; представление о своих внешних данных и физических качествах; установки на восприятие собственного тела; эмоционально-ценностное отношение к своему телу. В последние годы наблюдается тенденция ухудшения состояния здоровья учащейся молодежи. В частности, по данным П.А. Виноградова (Виноградов, 2006), за последние 10 лет в России число здоровых выпускников школ уменьшилось с 21,6 до 6,3 %. Это привело к тому, что у 85,0 % абитуриентов высших учебных заведений наблюдаются те или иные отклонения в состоянии здоровья. Результаты исследований показывают, что среди студентов специальных медицинских групп наиболее часто встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата (нарушения осанки, сколиоз, плоскостопие), нервной системы и органов чувств (в первую очередь, патология органов зрения), органов дыхания и органов пищеварения. При этом на младших курсах преобладают острые респираторные и вегетососудистые заболевания. На старших курсах преобладают заболевания, вызванные длительным воздействием психоэмоциональных нагрузок стрессового характера. К концу периода обучения возрастает количество больных гипертонической болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, неврозами. Наряду с отклонениями в физическом здоровье студентов специальных медицинских групп отличают такие психологические особенности, как замкнутость, стеснительность, нерешительность, пониженная память, рассеянное внимание, медлительность, быстрая утомляемость, недостаточный уровень развития волевых качеств. Как правило, они менее приспособлены к физическим и эмоциональным нагрузкам из-за низкого уровня развития адаптационных возможностей функциональных систем организма к воздействию различных факторов внешней среды.

Обобщая наши результаты и материалы исследований о состоянии здоровья современных студентов, можно заключить, что около одной трети студентов, поступивших на первый курс, имеют отклонения в состоянии здоровья, и, соответственно, менее адаптированы к физическим

и эмоциональным нагрузкам. В последние годы наблюдается тенденция к численному росту этой категории студентов. В период обучения в вузе число данных студентов увеличивается.

Значимым фактором, негативно сказывающимся на здоровье человека, является невысокая двигательная активность и недостаточная физическая нагрузка. Гиподинамия и гипокинезия являются главными причинами заболеваний сердечно-сосудистой системы, обмена веществ, опорно-двигательного аппарата. Результаты многих исследований показывают, что при гиподинамии ухудшается способность мышц сокращаться, изменяется химический состав белков, из костной ткани вымывается кальций, и кости становятся рыхлыми. Мышечное голодание вызывает уменьшение проприоцептивных раздражителей, в результате чего развиваются патологические изменения со стороны нервной системы и кровеносных сосудов, сердца и других внутренних органов, страдают обменные процессы, стремительно увеличивается избыточная масса тела, что в итоге приводит к резкому сокращению жизни. Показано, что студенты, не занимающиеся физической культурой, чаще болеют простудными заболеваниями. В то же время анализ практики физического воспитания в вузах свидетельствует о низком уровне развития потребностей студентов в занятиях физической культурой. Такое положение отражает противоречие между необходимостью укрепления здоровья, улучшения физического развития студентов и их реальной готовностью к целенаправленной работе над собой в области физической культуры.

Результаты исследований студентов специальных медицинских групп свидетельствуют о еще более низком уровне развития потребностей в этой сфере деятельности у данной категории студенческой молодежи. Для большинства студентов направленность и уровень развития потребностей в физкультурной деятельности ограничивается лишь декларативным провозглашением положительного отношения к занятиям физическими упражнениями, но не их практической реализацией. Выявлено, что 58,16 % студентов положительно относятся к урокам физической культуры и 59 % считают, что физические упражнения благотворно влияют на сохранение и укрепление здоровья. Остальные отличаются негативным (19,39 %) или безразличным (22,45 %) отношением. Зрительская активность в отношении физической культуры преобладает над двигательной.

Таким образом, только незначительная часть студентов специальных медицинских групп мотивирована на занятия физическими упражнениями в целях оздоровления и внутренне готова к проявлению физической активности. Вторая, более значительная часть студентов, понимая и в целом

положительно относясь к физической культуре, тем не менее предпочитает занимать пассивную позицию «зрителя-болельщика», а не активного участника. И третья часть студентов (почти каждый пятый) отличается негативным отношением к физической культуре. У большинства студентов специальных медицинских групп наблюдаются слабые теоретические знания по физической культуре. При этом количество студентов, имеющих низкий уровень знаний по предмету, из года в год нарастает. Только каждый второй из студентов специальных медицинских групп (54,0 %) хочет повысить уровень своих знаний по физической культуре и здоровому образу жизни, 17 % студентов считают, что в этом для них нет никакой необходимости, остальные не определились. Информация о проблемах собственного здоровья и физического развития у первокурсников не стоит на первом месте, хотя определенный интерес к данной проблеме у них, несомненно, имеется.

Таким образом, студенты специальных медицинских групп отличаются низким уровнем теоретической подготовленности в области физической культуры, при этом почти половина из них отличаются негативным или неопределенным отношением к расширению и углублению знаний по физической культуре и здоровому образу жизни. Установлено, что студенты с ослабленным здоровьем медленнее осваивают двигательные действия, у большинства из них наблюдаются низкий уровень развития двигательных умений и навыков выполнения физических упражнений, умений и навыков самоконтроля физического состояния по специальным тестам, нормативам и стандартам.

Анализ и обобщение научно-методической литературы позволяют дать следующую характеристику физической культуры молодого человека, поступившего в вуз и имеющего серьезные отклонения в состоянии здоровья: недостаточный уровень развития потребностей в деятельностном присвоении ценностей физической культуры в целях оздоровления и физического совершенствования; низкий уровень знаний в области физической культуры; низкий уровень владения техникой физических упражнений; отсутствие умений применять различные способы физкультурной деятельности для оздоровления и физического совершенствования; низкий уровень развития физических качеств и функциональных возможностей организма; низкий уровень двигательной активности, проявляемой в форме занятий физическими упражнениями.

В целом можно говорить о наличии противоречия между потребностью общества и государства в специалистах с высоким уровнем развития физической культуры, готовых к эффективной профессиональной деятельности, с одной стороны, и низким уровнем сформированности

данной личностной характеристики у студентов специальных медицинских групп, с другой. Основным способом разрешения этого противоречия является широкое вовлечение студентов специальных медицинских групп в занятия физическими упражнениями.

Результаты исследований показывают, что физические упражнения влияют на психическое здоровье человека, способствуя уравновешенности и восстановлению психоэмоциональной сферы, направляя мыслительный процесс человека в сторону контактности и доброжелательности. Физическая культура является универсальным и эффективным средством улучшения работы мозга, нормализации психического состояния человека, противостояния нервно-психическим перегрузкам, формирования положительного эмоционального фона, совершенствования личной инициативы, творческой и социальной активности. Между тем наблюдения показывают, что физкультурно-спортивная деятельность в режиме дня студентов составляет всего 18 % среднесуточных энергозатрат и 12 % от времени, которое затрачивается студентами в течение суток на общую двигательную активность, что явно недостаточно. Сокращение регулярных занятий физическими упражнениями до двух часов в неделю на старших курсах приводит к резкому увеличению количества студентов с отклонением в состоянии здоровья, к росту в два-три раза пропусков учебных занятий по болезни, ухудшению показателей физической подготовленности, функциональной приспособляемости сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам. Мы полагаем, что выделенные нами противоречия между низкими показателями различных компонентов физической культуры студентов специальных медицинских групп, с одной стороны, социально и профессионально обусловленными требованиями к уровню их развития, с другой, являются закономерным следствием их предыдущей физкультурной деятельности в период обучения в школе. Об этом говорит тот факт, что треть из них в школе занимались физической культурой нерегулярно, а 12-16 % освобождались от занятий вообще. К тому же количество студентов с отклонениями в состоянии здоровья, никогда не занимавшихся физической культурой в школе, из года в год увеличивается. Необходимость широкого вовлечения студентов специальных медицинских групп в занятия физическими упражнениями для формирования у них физической культуры, как личностной характеристики и, прежде всего, сохранения и укрепления их здоровья, повышения адаптационных возможностей их организма, физического совершенствования, с одной стороны, и низкий уровень реально проявляемой ими активности в виде физкультурно-оздоровительной деятельности, является реально существующим противоречием,

препятствующим становлению физкультурно-деятельной личности будущих специалистов. Получается нечто вроде заколдованного круга: для того, чтобы сформировать основные компоненты физической культуры личности студентов специальных медицинских групп, необходимо активное включение в физкультурно-оздоровительную деятельность. Но эффективное осуществление физкультурно-оздоровительной деятельности невозможно, если личность не обладает достаточно высоким уровнем развития всех компонентов физической культуры: положительным отношением к занятиям физическими упражнениями, знаниями, умениями и навыками ее осуществления. Разрешение этого противоречия выступает одним из направлений совершенствования физического воспитания студентов специальных медицинских групп.

Ряд авторов (Виленский, 2006) обращают внимание на усиление образовательного аспекта в процессе физического воспитания студентов специальных медицинских групп. Они подчеркивают, что эффективность воздействия физических упражнений существенно повышается при сочетании двигательной активности с одновременным пояснением физиологического, оздоровительного смысла того или иного упражнения. Исследователи отмечают, что среди причин безответственного отношения к своему здоровью существенное место занимают низкий уровень валеологических знаний и понимания себя, культуры здорового образа жизни, отсутствие мотивации на долгую здоровую жизнь, низкая психическая защищенность и саморазрушающее поведение (вредные привычки). Они рассматривают валеологическое образование как своеобразную философию здоровья в обучающих системах, способную формировать и укреплять здоровье человека, как часть общекультурного образования, основанную на медицинских и психолого-педагогических знаниях о различных аспектах здоровья, способах индивидуальной стратегии и тактики сохранения и развития здоровья путем выработки личностных установок на самореализацию и здоровьетворящее поведение.

Таким образом, обобщая наши результаты и материалы исследований, рассматривающих особенности содержания занятий физической культурой со студентами специальных медицинских групп, можно рекомендовать использовать физические нагрузки умеренной интенсивности, направленные на расширение адаптационных возможностей организма и двигательную реабилитацию функций, нарушенных вследствие заболевания или травм. По содержанию они могут быть достаточно разнообразными: 1) аэробные упражнения циклического характера: ходьба, бег, передвижение на лыжах, плавание, гребля, выполняемые в рамках равномерного метода; 2) беговые и прыжковые упражнения, общеразвивающие

упражнения без снарядов и со снарядами, упражнения основной гимнастики, упражнения с небольшими отягощениями, выполняемые в рамках повторного метода при достаточных интервалах отдыха; 3) подвижные и спортивные (волейбол, баскетбол, футбол) игры, применяемые в рамках игрового метода.

Анализ исследований, а также опыт работы высших учебных заведений (в том числе Чувашского государственного университета им. И.Я. Яковлева и Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова) свидетельствуют о том, что учебные занятия со студентами специальных медицинских групп проводятся в рамках расписания, составленного учебной частью вуза. Это значительно затрудняет, а чаще всего делает невозможным комплектование учебных групп по диагнозам заболевания, уровню физической подготовленности и функциональным возможностям занимающихся. Многие исследователи отмечают огромные организационные трудности проведения занятий в зависимости от заболеваний и уровня подготовленности в рамках учебного расписания. В связи с этим некоторые авторы не видят необходимости в дифференциации состава медицинских групп с выделением каких-либо признаков. К примеру, О.В. Миронова (Миронова, 1999) считает, что в условиях вуза возможно применение лишь двух вариантов организации: объединение студентов либо по видам заболеваний, либо по штатным учебным отделениям. В последние годы в русле идей гуманизации образования все более усиливается тенденция рассмотрении феномена физической культуры и механизма ее формирования с позиций философско-культурологического подхода. Качественно новая стадия осмысления сущности физической культуры связывается с ее влиянием на духовную сферу человека, как одного из действенных средств интеллектуального, нравственного, эстетического развития. Учебно-воспитательный процесс в современном вузе, направленный на развитие физической культуры, по словам М.Я. Виленского, «... интегрирует знания трех важнейших универсальных измерений человеческого существования, связанных с духовно-познавательным освоением действительности, со способностью к ценностному (аксиологическому) отношению к миру, физической культуре и способностью к социально-деятельностному преобразованию себя» (Виленский, 2006). В связи с этим все чаще ставится вопрос не о «физическом», а о «физкультурном» воспитании человека. Если в слове «физическое» традиционно акцент ставится на двигательном, биологическом, то в термине «физкультурное» присутствует культура, то есть воспитание через культуру, посредством освоения ценностного потенциала физической культуры. Основополагающим принципом физкультурного

воспитания становится единство мировоззренческого, интеллектуального и телесного компонентов в формировании физической культуры личности, обуславливающее тесную взаимосвязь и взаимозависимость в развитии духовной, чувственно-эмоциональной, интеллектуальной и физической сфер человека. Основной акцент в учебно-воспитательном процессе смещается с локальных задач развития физических качеств и формирования двигательных умений к стратегической задаче формирования физкультурно-деятельной личности, подготовленной к творческому самовоспитанию, самообразованию и самосовершенствованию в области физической культуры. Представление о Я-физическом формируется на базе трех источников: индивидуального опыта, оценок социального окружения, культурных стереотипов и норм поведения.

Таким образом, Я-физическое выступает как реально существующий психический механизм развития человека, который на системном уровне отражает телесность и физические качества человека, оказывает определенное влияние на управление поведением и деятельностью человека, направляет процессы саморегуляции, саморазвития, самореализации.

Список литературы

1. Виленский, М.Я. Физическая культура в гуманитарном общеобразовательном пространстве вуза // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка / М.Я. Виленский. – 2006. – № 1. – С. 27-32.
2. Виноградов, П.А. Основы физической культуры и здорового образа жизни / П.А. Виноградов, А.П. Душанин, В.И. Жолдак. – М., 2006. – 592 с.
3. Мартыненко, А.В. Формирование здорового образа жизни молодежи / А.В. Мартыненко, Ю.В. Валентик. – М., 2008. – 190 с.
4. Миронова, О.В. Комплексный контроль на занятиях по физической культуре за студентами специальной медицинской группы технического вуза: Автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / О.В. Миронова. – СПб., 1999. – 23 с.
5. Мухина, В.С. Изобразительная деятельность ребенка как форма усвоения социального опыта / В.С. Мухина. – М., 2001. – 240 с.

СУБЪЕКТИВНОСТЬ СЛОЖНОГО ФЕНОМЕНА БОЛИ И ПАТОЛОГИИ ОЩУЩЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХРОНИЧЕСКИХ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

А.С. Дорожкин, Д.В. Китаев

КГУЗ «Краевая клиническая больница № 1», г. Красноярск

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) дала следующее определение понятию боль: «Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным

повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения». То есть боль, как правило, нечто большее, чем чистое ощущение, связанное с существующим или возможным органическим повреждением, поскольку обычно сопровождается эмоциональным переживанием. В рамках заданной темы предлагается рассмотреть боль как патологию ощущений, а также ознакомиться с другими видами патологии ощущений, с которыми можно столкнуться в клинической практике. **«Алгопатии»** (греч. algos- боль, pathos – страдание, недуг) – синонимы: психалгия, идиопатическая боль, *овладевающие ощущения.* Буквально болевое расстройство. Термин предложен A. Violon (1987) для отграничения физиологической или соматически обусловленной боли от психической – и это является ключевым моментом для дальнейшего понимания темы сообщения. Общими признаками **«Алгопатии»,** по А.Б. Смулевичу и сооавтр. (1992), являются длительность алгопатических состояний не менее 6 месяцев, отсутствие подтвержденных в результате специальных обследований, соматической патологии, могущей обусловить возникновение болей; выраженность жалоб на боли и связанное с ними снижение адаптации значительно превышают в случае соответствующей соматической патологии ожидаемые последствия соматических симптомов. Дополнительные общие признаки **«Алгопатии»**: отсутствие симптомов эндогенного заболевания (шизофрения, МДП) и органического поражения ЦНС; сопоставимость с наблюдаемыми при соматической патологии болевыми ощущениями. Для идиопатических болей в отличие от психогенных более характерны: локальность и четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям; незначительная выраженность или отсутствие невротических расстройств, в частности конверсионной симптоматики. Идиопатическим алгиям свойствена спонтанность манифестации, мономорфность, стабильность и локальность болевых ощущений; они сопряжены с обсессиями. В нозологическом отношении речь идет об ипохондрических развитиях с выявлением локальных телесных сенсаций.

Аналогом идиопатических алгий является «хроническое соматоформное расстройство», включенное в МКБ 10 в 1994 году в диагностическую рубрику невротические и соматоформные расстройства.

Сенсопатии (лат. sensus – чувство, ощущения, греч. pathos – страдание, недуг) – сборная группа наиболее элементарных симптомов психических болезней с преимущественным нарушением чувственного познания, выражающегося в тягостных соматических ощущения, возникающих спонтанно (т.е. при отсутствии изменений в органах и тканях, выявляемых современными методами исследования). В настоящее время

сенсопатии описываются в рамках соматизированных психических расстройств, рассматривают как спектр симптомов, включающий **парестезии, психалгии, истероалгии, сенесталгии, сенестопатии, сенестезии, (коэнестезии), тактильные и висцеральные галлюцинации.**

При этом под **парестезиями** понимают ощущение онемения, ползанья мурашек и тому подобное, не обусловленное внешними раздражениями.

Психалгиями называют обычные болевые ощущения, нередко множественные, четко локализованные в тех или иных частях тела, но не имеющие адекватного патофизиологического субстрата.

Истероалгии – психалгии, возникновение и динамика которых обусловлена вхождением в структуру истероконверсионных расстройств. Эссенциальным свойством последних является «потеря или изменение физических функций, напоминающее соматическое заболевание, но являющиеся выражением психологического конфликта их потребностей» (DSM III 1980). Для данного варианта характерна лабильность симптоматики: боли то ноющие, тупые и длительные, то острые и непродолжительные. Отмечается уменьшение и даже исчезновение болей при отвлечении внимания. Может отмечаться миграция болей во время приступа или от приступа к приступу. Истероалгии обычно включаются в структуру истероипохондрического синдрома.

Сенесталгии – четко локализованные спонтанно возникающие болевые ощущения, отличающиеся от психалгий качеством самой боли, приобретающей причудливый и своеобразный характер: она может быть трудноописуемой, пульсирующей, сверлящей, колющей, жгучей, пронизывающей, стреляющей, иногда распирающей.

Необычный характер болей обращает на себя внимание больного, что находит отражение в его жалобах. Как и при психалгиях, обычные анальгезирующие средства не помогают (анальгин, баралгин и т.п.).

Сенестопатии – неопределенные, но крайне тягостные, характеризующиеся новизной и разнообразиям ощущения, трудно поддающиеся описанию (как бы стягивание, жжение, разбухание, переливание и т.п.). В отличии от предыдущих компонентов сенсопатий сенестопатии не соответстуют по локализации конкретным анатомическим образованиям. Как подчеркивали описавшие в 1907 г. E. Dupre и P. Camus, сенестопатии описываются больными очень красочно, часто грубо-предметно, как выражение новых, небывалых, тяжелых, захватывающих и подавляющих личность болезненных ощущений.

Сами ощущения часто смутные, диффузные, неопределенные, отличаются крайним полиморфизмом и изменчивостью имеют отношения к расстройству общей чувствительности, а не к ощущениям, вызванным

отдельными органами, могут входить в структуру сенестоипохондрического синдрома и ипохондрического бреда.

(По Камю и Дюпре… Сенестопатии нельзя сводить, как результат других болезненных процессов, то есть нет причинно-следственных связей между патологическим ощущением и больными внутренними органами. Не следует думать, что больной воображает, придумывает свои ощущения. Он действительно их ощущает).

Сенестезии – своеобразные, с трудом поддающиеся описанию ощущения неясного тотального физического неблагополучия или недомогания со своеобразными нарушениями моторной сферы: неожиданно возникающая физическая слабость, покачивания и неуверенность при ходьбе – исчезновение ощущения, почвы под ногами, тяжесть, или напротив легкость и пустота в теле.

G. Huber (1957) выделяет следующие клинические варианты:

● ощущение глухоты, ригидности и чуждости с ощущением странности переживания, состояние двигательной слабости, доходящее до ощущения «околдованности», поражающие верхние и нижние конечности и длящиеся до недели;

● ограниченные болевые и другие ощущения, порой ошибочно принимаемые за ревматизм; ощущение электризации и термальные движения или давления, тяжести или легкости, левитации; ощущения типа расстройства схемы тела – сморщивание, перетягивание, утолщение или расширения; ощущения изменения, уродства, отсутствие частей тела; отсутствие чувства наполнения, чувство ненормальной пустоты;

● вестибулярные и кинестетические ощущения: вихревое вращение, «тянет вбок, к земле, хочется идти по кривой», ощущение неровности и волн на поверхности.

Сенестезии обычно сопровождаются чувством неясного тотального физического неблагополучия или недомогания, сочетаются с сенестопатиями и ипохондрическими раптусами с витальным страхом смерти («удушье», «удар», «тоска», «холод», тахикардия, страх, вегетативные расстройства, острые боли, рвота).

Могут намного опережать манифестные психопатологические расстройства, поскольку представляют собой одно из наиболее ранних «первичных» проявлений шизофрении (Наджаров Р.А., Смулевич А.Б., 1983), но чаще всего наблюдаются при *синестезической (коэнестезичекой)* шизофрении (G. Huber, 1957,1971) – неврозоподобная форма шизофрении в МКБ 10. Средний возраст – начало 30 лет. Аномальные феномены телесного ощущения сохраняются на протяжении всего течения заболевания. Диагноз ставится лишь при длительном катамнестическом наблюдении.

В клинических исследованиях отмечена относительная корреляция различных видов сенсопатий с теми или иными нозологическими единицами. При этом усложнение спектра соматических сенсаций соответствует увеличению значимости эндогенности в генезе заболевания. Так, парестезии и психалгии и истероалгии чаще отмечаются при неврозах. Истероалгии и сенесталгии – при психопатиях и ипохондрических развитиях личности. Сенесталгии, сенестопатии, сенестезии, галлюцинаторные расстройства – шизофрения и психозы позднего возраста.

В рамках сенсопатий рассматриваются также **гиперестезия** (повышение восприимчивости обычных внешних раздражений, нейтральных для человека в нормальном состоянии) и **гипестезия** (понижение восприимчивости внешних раздражений) – эти состояния отмечаются чаще при неврозах.

Клинический случай. Пациентка К. 34 года, проживает в одном из городов края. Из анамнеза: раннее развитие без особенностей, в школе училась хорошо, образование высшее, закончила заочно Торговый институт, не смогла устроиться по специальности, работает вахтером в детском саду. Проживает одна, в браке не состояла, материально-бытовые условия удовлетворительные. Теплые родственные отношения поддерживает с матерью. Впервые обратилась к хирургам в 2010 г., когда была успешно удалена доброкачественная липома в правой подмышечной области 3х4 см (под местной анестезией), повторно обратилась в 2011 г. уже в краевое медицинское специализированное учреждение с жалобами на острый болевой синдром в проекции реберных хрящей, при поступлении расцененный как синдром Титце. С 2011 по 2013 год оперирована 6 раз, под общим наркозом! Резецированы хрящевые части всех ребер кроме первых. После резекции реберных хрящей отмечала кратковременное улучшение самочувствия, впоследствии, через небольшой промежуток времени в 2-3 месяца, возобновлялись боли в ранее интактных реберных хрящах. Неоднократно проводились консилиумы с привлечением сотрудников кафедры хирургических болезней, многократно была консультирована неврологами, психиатрами, нефрологами. Выполнены все консультации смежных специалистов, была заочно консультирована главным торакальным хирургом РФ Яблонским. Тактика ведения пациентки была признана верной. Заочно консультирована в ФГБУ «Федеральный центр» Специализированных видов Медицинской помощи и технологий в г. Москве. Получен ответ, что показаний лечения в отделении торокальной хирургии нет. Однако пациентка продолжала упорно настаивать на проведении очередного хирургического вмешательства «с целью устранения боли». Два очередных консилиума были проведены в

сентябре 2014 г. На момент проведения консилиума больная эмоционально лабильна, плачет, утверждает, что беспокоят постоянные интенсивные боли в проекции области резекции левой реберной дуги. Со слов больной боли не купируются приемом НПВС, обезболивание трамадолом приносит кратковременный эффект. Из-за болей жалуется на бессонницу. Локальный статус: в области грудной клетки рубцы предшествующих оперативных вмешательств. Признаков воспаления кожи и подкожно-жировой клетчатки нет. Определяется умеренная болезненность при пальпации в проекции левой реберной дуги. Дополнительных опухолевидных образований в данной области не определяется. Заключение: хроническая торакалгия, не исключается на фоне рубцово-спаечных изменений, остеофитов ребер после перенесенных резекций. МРТ грудного, поясничного отделов позвоночника и мягких тканей грудной клетки слева, МСКТ грудной для исключения остеомиелита, остеофитов, компрометирующих ветви реберных нервов патологии не выявили. С целью уточнения диагноза пациентка осмотрена профессором кафедры психиатрии, выставлен диагноз: затяжное соматоформное расстройство с сенесто-ипохондрической и алгической симптоматикой. При МСКТ грудной клетки: состояние после удаления хрящевой части ребер (кроме первых ребер), костно-деструктивных изменений в ребрах нет. Заключение: учитывая результаты лечения пациентки в предыдущие госпитализации и амбулаторные результаты обследования у психиатра, жалобы больной не обусловлены патологией органов грудной клетки и грудной стенки. Оперативное лечение не показано. Рекомендованы лечение и наблюдение у психиатра по месту жительства, нормотимики, антидепрессанты, индивидуальная и групповая психотерапия.

Можно предположить, что вмешательство медицинского психолога, а именно клиническая беседа, проведение патопсихологического обследования и детальное интервьюирование феноменов боли могло дать массу ценной информации для клиницистов, натолкнуть их на мысли о неорганической причине заболевания. Что позволило бы как можно раньше направить пациентку именно к тем специалистам, в чьей помощи она так нуждалась, и тем самым сэкономить силы средства и время, потраченное дорогостоящее обследование и хирургическое лечение.

Список литературы

1. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии / В.Я. Гиндикин. – М.: Крон-Пресс, 1997. – С. 208-209, 316-320.
2. Основные патопсихологические синдромы: Учебное пособие / Под общ. ред. Ретюнского К.Ю. – Екатеринбург, УГМА. – 2010. – 124 с.

ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ОДАРЕННОСТИ

С.В. Дубровина

Сибирская академия права, экономики и управления г. Иркутск

Одной из первоочередных задач системы образования и воспитания является содействие гармоничному всестороннему развитию одаренной личности. Поэтому крайне важно учитывать факторы, которые препятствуют реализации творческого и интеллектуального потенциала одаренных детей во взрослой жизни. Совершенно очевидно, что нельзя игнорировать влияние психических состояний на процесс самореализации одаренной личности в учебной и других сферах деятельности, поскольку их переживание обуславливает поведение, возможности и эффективность деятельности индивида. Вместе с тем, несмотря на достаточное количество исследований в области психологии одаренности, специфика психических состояний одаренных учащихся не изучена.

В нашем исследовании мы опираемся на концепцию А.О. Прохорова, который выделяет равновесные и неравновесные психические состояния. Неравновесные психические состояния выделяются на основании изменения энергетической составляющей и могут быть высокой и низкой степени психической активности. Согласно представлениям автора, равновесные психические состояния – это устойчивые психические состояния, которые являются фундаментом адекватного, предсказуемого и взвешенного поведения, характеризуются комфортностью переживаний, а также длительной продуктивной психической и трудовой деятельностью (Прохоров, 1998).

Неравновесные психические состояния отличаются неустойчивостью и возникают как реакция на сложные обстоятельства жизнедеятельности. Они характеризуются специфической картиной проявления и переживаний, интенсивностью, имеют различную длительность, зависимую от ситуации и обусловливают поведение и действия субъекта. Неравновесные психические состояния высокой степени активности бывают положительно окрашенными, оптимизирующими деятельность субъекта и отрицательно окрашенными, негативно влияющими на деятельность. Неравновесные психические состояния низкой степени активности всегда отрицательно окрашены и более длительны во времени. Управление этими состояниями представляет сложность для субъекта, а длительная продуктивная деятельность затруднена. В структуру

психических состояний автор включает психические процессы, физиологические реакции, особенности поведения и переживаний.

Опираясь на взгляды А.О. Прохорова и анализируя его представления о психических состояниях, мы определили в качестве приоритетного в нашей работе понятие «часто переживаемые психические состояния». Часто переживаемые психические состояния рассматриваются нами как часто повторяющиеся, привычные, сопровождающие каждодневные ситуации, характеризующие индивидуальный способ осуществления деятельности человека (Прохоров, 1998).

В понимании природы интеллектуальной одаренности мы придерживаемся взглядов, согласно которым интеллектуальная одаренность является сложным психологическим образованием, включающим в себя многие аспекты личностного развития. Опираясь на «Рабочую концепцию одаренности, мы считаем целесообразным проводить исследование исходя из того, что интеллектуальная одаренность может иметь явную и скрытую форму. Явная одаренность обнаруживает себя в деятельности ребенка достаточно ярко и отчетливо, в том числе и при неблагоприятных условиях. Достижения ребенка столь очевидны, что его одаренность не вызывает сомнения. Скрытая одаренность проявляется в атипичной, замаскированной форме, она не замечается окружающими. В результате возрастает опасность ошибочных заключений об отсутствии одаренности такого ребенка. Психические состояния рассматриваются нами как один из факторов, оказывающих значительное влияние на реализацию интеллектуального потенциала одаренных учащихся в условиях образовательного процесса.

Для изучения основных сторон психического состояния психических процессов, физиологических реакций, переживаний и поведения использовалась методика «Рельеф психического состояния» А.О. Прохорова Частота встречаемости различных неравновесных психических состояний высокой, средней и низкой степени активности анализировалась на основе концепции А.О. Прохорова (Прохоров, 1998).

В данном исследовании применялась комплексная программа идентификации интеллектуально одаренных учащихся, разработанная А.А. Рысевой и Т.А. Климонтовой, в которой используются экспертные оценки учителей и родителей, метод наблюдения, беседы; анализ реальных достижений в различных предметных олимпиадах, конференциях, творческих конкурсах; применяются валидные методы психодиагностики (Рысева, 2008; Климонтова, 2003).

На первом этапе учащиеся участвовали в диагностическом обследовании с применением теста интеллекта Р. Кеттелла. Всего в исследовании

приняло участие 597 человек. По результатам исследования были отобраны учащиеся с коэффициентом интеллекта от 120 IQ. На втором этапе отобранные учащиеся участвовали в комплексном психологическом обследовании с применением адаптированного варианта набора креативных тестов Ф. Вильямса.

По показателям тестирования были сформированы три группы. В группу учащихся с явной формой интеллектуальной одаренности вошли испытуемые в количестве 47 человек (8 % из общей выборки), средний возраст 16,5 лет, по половому составу – 40 % мальчиков, 60 % девочек, коэффициент интеллекта варьировал в пределах от 120 до 140 IQ, показатели креативности – выше средних значений, обучающиеся по программе повышенной сложности, являющиеся призерами олимпиад различного уровня, смотров-конкурсов творческих работ и т. д.

В группу учащихся со скрытой формой интеллектуальной одаренности вошли 60 человек (10 % из общей выборки); средний возраст составил 16,5 лет, по половому составу – 45 % мальчиков, 55 % девочек, коэффициент интеллекта варьировал в пределах от 120 до 140 IQ; показатели креативности принимали значение от «выше среднего» до «высокий», также обучающиеся по программе повышенной сложности, но не имеющие достижений в интеллектуальной деятельности.

В группу обычных детей вошло 44 человека, средний возраст составил 16,5 лет, по половому составу – 50 % мальчиков, 50 % девочек, коэффициент интеллекта варьировал в пределах от 82 до 109 IQ, показатели креативности – от «ниже среднего» до «средний», из группы были исключены дети, имеющие академическую успешность и достижения в интеллектуальной деятельности. Таким образом, на констатирующем этапе были выделены три группы: группа I – учащиеся с явной формой интеллектуальной одаренности; группа II – учащиеся со скрытой формой интеллектуальной одаренности; группа III – обычные дети.

Статистический анализ частоты встречаемости неравновесных психических состояний высокой степени активности с применением критерия X^2 Пирсона показал статистически достоверные различия (X^2 = 140.473, P = 0,000). При этом в группе подростков с явной формой одаренности наиболее частым переживаемым состоянием является состояние счастья, которое выбирают 38 % подростков с явной формой одаренности, 27 % со скрытой и 45 % обычных детей. Переживание радости также в большей степени характерно для детей с обычными возможностями (45 %), в то время как число подростков, имеющих успехи в интеллектуальной деятельности, составляет 36 % и 26 % не реализующих свой потенциал испытуемых. В третьей группе состояние воодушевления

встречается чаще (32 %), чем в группе одаренных старшеклассников с явной (21 %) и скрытой (5 %) формами одаренности. Среди отрицательно окрашенных состояний высокой степени активности доминирует состояние возмущения: у испытуемых второй группы (30 %), у детей с явной формой интеллектуальной одаренности – 21 % и обычных детей – 23 %, что свидетельствует о большей выраженности у учащихся со скрытой формой одаренности неуравновешенности и беспокойства.

Показательными являются результаты распределения испытуемых выделенных групп по переживанию психических состояний низкой энергетической активности (X^2 = 181,618, P = 0,000), которые являются самыми длительными по течению и в большей степени отрицательно окрашены. Так, состояние усталости переживают 30 % подростков из группы интеллектуально одаренных, 27 % из числа детей со скрытой формой одаренности и 27 % обычных старшеклассников. Это может объясняться тем, что реализующиеся старшеклассники в большей степени вовлечены в образовательный процесс, больше времени и сил тратят на подготовку, что приводит к переживанию усталости. Однако, принимая во внимание представленные выше результаты, можно говорить, что состояние усталости сменяется переживанием состояний радости и счастья от успехов и купирует усталость.

Наиболее ярко представлено распределение испытуемых по частоте переживания состояния одиночества. В группе интеллектуально одаренных детей со скрытой формой одаренности 30 % испытуемых ощущают внутреннюю изоляцию от мира и других людей, чувствуют себя непонятыми другими, в то время как в выборке интеллектуально одаренных с явной формой одаренности одиночество переживают только 12 %, а из числа обычных детей 14 %. Переживание чувства пустоты также наиболее выражено в выборке детей со скрытой формой одаренности и составляет 17 %. Состояние нерешительности доминирует у учащихся из первой группы (17 %) (подростки с явной одаренностью – 8 %), в то время как обычные подростки не выбрали данное состояние. В связи с этим можно предположить, что переживание данных состояний является фактором, препятствующим реализации потенциала подростками со скрытой формой одаренности.

Подтверждением этому может служить выбор одаренными старшеклассниками из первой и второй групп (36 и 38 % соответственно) состояния лени (обычные дети 41 %). Анализируя частоту переживаемых состояний, можно утверждать, что, если в выборке интеллектуально одаренных детей с явной формой одаренности лень в большей степени сопряжена с переживанием усталости и имеет природу восстановления

после нагрузок, то во второй группе одаренных учащихся лень сопряжена с негативными психическими состояниями переживания одиночества, пустоты, бессилия. Таким образом, лень имеет в первой группе естественный восстановительный характер, а во второй обуславливает проявление состояния безнадежности, отрешенности, подавленности и, как следствие, нежелания включаться в какую-либо деятельность.

Подводя итог исследования частоты встречаемости неравновесных психических состояний у одаренных старшеклассников и детей со средним уровнем интеллекта, можно констатировать, что подростки с явной формой одаренности в большей степени выбирают положительные состояния высокой энергетической активности. Это свидетельствует о том, что реализация потенциала у подростков с явной формой одаренности приводит к актуализации положительно окрашенных психических состояний, которые являются активаторами поведения, повышают уверенность в себе, делают сознание более открытым для восприятия новой информации, способствуют подвижности психических процессов и повышения эффективности интеллектуальной деятельности. У обычных детей также доминируют положительные психические состояния, свидетельствующие об удовлетворенности собственными реальными достижениями и ходом жизни в целом. Испытуемых со скрытой формой одаренности характеризует склонность испытывать отрицательные неравновесные психические состояния низкой степени активности, являющиеся внутренними мотиваторами препятствующего поведения, которые включают в себя интеллектуально-поведенческий комплекс пассивности и низкую энергетику, что негативно сказывается на реализации способностей.

Обратимся к анализу основных сторон психических состояний. Испытуемыми описывалось типичное для них психическое состояние, оценивались поведенческие особенности, характеристики психических процессов, физиологические реакции и переживания. В результате исследования были выявлены следующие отличительные черты.

При переживании неравновесных психических состояний у 32 % подростков из второй группы отмечается ухудшение процессов памяти, у 50 % детей из этой же выборки снижается способность к волевым действиям, а у 38 % ухудшаются показатели внимания, что выражается в снижении сосредоточенности и направленности психической деятельности. В целом можно констатировать, что наиболее негативно выражено влияние на протекание психических процессов в группе подростков со скрытой формой интеллектуальной одаренности, что в свою очередь не позволяет им включиться в образовательный процесс.

Анализ влияния психических состояний на физиологические реакции также показывает, что наиболее негативно переживание неравновесных состояний выражено в группе испытуемых со скрытой формой одаренности. При этом у 25 % наблюдаются изменения со стороны мышечного тонуса, у 27 % снижается двигательная активность, у 45 % наблюдаются изменения со стороны органов дыхания, отдышка, затруднения на вдохе или выдохе, у 42 % наблюдается учащение сердцебиения, изменения со стороны кожных покровов (побледнение или покраснение кожи лица, рук, шеи) наблюдается у 27 % испытуемых данной группы, у 17 % наблюдаются выраженные неприятные и болевые ощущения в области живота, появление сухости во рту.

Со стороны переживаний также выявлены значительные отличия у испытуемых второй группы по сравнению с другими выборками: 37 % испытуемых отмечают негативную интенциональность (направленность) переживаний, т.е. наличие внутренних конфликтов, внешнее пассивное поведение, сопровождающиеся отрицательными эмоциональными процессами, сонливостью, недостаточной активностью, напряженностью и тревогой.

В выборке испытуемых со скрытой формой одаренности наиболее негативно психические состояния влияют на поведение. Так, у 33 % испытуемых переживание сопровождается напряжением, у 43 % вызывает сомнения в правильности своего поведения и поступков, 27 % отмечают в своем поведении наличие непоследовательности действий и неуправляемости поведения.

Представленные результаты демонстрируют, что наиболее негативно окрашенные психические состояния, отрицательно влияющие на течение психических процессов, поведение и деятельность, встречаются в группе учащихся со скрытой формой одаренности, что не позволяет подросткам, с одной стороны, включиться в образовательный процесс, с другой, достичь результата в соответствии с имеющимися интеллектуальными ресурсами.

Полученные результаты позволяют предположить, что отрицательные неравновесные состояния у старшеклассников со скрытой формой одаренности возникают как результат повышенной утомляемости, раздражительности, при чрезмерных умственных и физических перенапряжениях, длительных отрицательных переживаниях и сопровождаются разнообразными вегетативными нарушениями, нарушениями сна в виде повышенной сонливости, повышенной возбудимости, недостаточным самоконтролем, изменчивостью настроения.

По результатам исследования нами была разработана экспериментальная программа, целью которой является оптимизация психических состояний у старшеклассников со скрытой формой интеллектуальной одаренности. Данная программа способствует осознанию учащимися собственных отрицательно окрашенных психических состояний, причин их возникновения и возможностей изменения. По результатам проведенного формирующего воздействия экспериментально доказано, что разработанная программа оказалась достаточно эффективным средством обучения приемам и методам управления своими психическими состояниями старшеклассниками со скрытой формой интеллектуальной одаренности. Особую практическую значимость имеет тот факт, что авторская программа внедряется в практическую работу психологической службы МОУ лицея ИГУ г. Иркутска.

Таким образом, научная новизна работы заключается в том, что мы выявили специфику переживания равновесных и неравновесных психических состояний у старшеклассников с явной и скрытой формами интеллектуальной одаренности; установили различия в структурных компонентах часто переживаемых психических состояний у учащихся с различными формами интеллектуальной одаренности; на основе полученных эмпирических данных разработали программу оптимизации переживания неравновесных психических состояний старшеклассников со скрытой формой интеллектуальной одаренности, успешность применения которой была экспериментально подтверждена.

Список литературы

1. Климонтова Т.А. Самоотношение и его влияние на положение интеллектуально одаренных подростков в учебной группе: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Иркутск, 2003.
2. Прохоров А.О. Психология неравновесных психических состояний. М., Институт психологии РАН, 1998. – 149 с.
3. Рысева А.А. Особенности и развитие самоотношения личности интеллектуально одаренных подростков: Дис. …канд. психол.наук: 19.00.07 / А.А. Рысева. – Иркутск, 2008. – 164 с.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ ПАЦИЕНТОВ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНСУЛЬТА В СИСТЕМЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

Е.В. Ипполитова, И.В. Ведерникова

Региональный сосудистый центр,
отделение неврологии для больных с ОНМК, г. Красноярск

Актуальность проблемы

Когнитивная, эмоциональная и поведенческая сферы жизнедеятельности человека неразрывно взаимосвязаны и при поражении головного мозга страдают совместно. Доказано, что эмоциональные нарушения наблюдаются у 50-70 % больных с церебральной патологией, среди которых наиболее распространенными являются лабильность настроения, тревога и депрессия. Одной из наиболее серьезных психологических проблем больных, перенесших тяжелое и длительное заболевание головного мозга, считается потеря веры в себя и в будущее, приводит к изменению привычных представлений человека о себе и распаду прежде созданного образа своего «Я». Отсутствие заметного и быстрого улучшения у пациентов, изначально преисполненных нереальными ожиданиями, приводит к ощущению безнадежности, беспомощности, стойким проявлениям тревоги и депрессии. Данные нарушения являются значительным препятствием для реабилитационной работы с пациентами в остром периоде ОНМК и приводят к наиболее тяжелым последствиям в отдаленные периоды, что делает этот вопрос актуальным в настоящее время. Ведутся поиски наиболее эффективных решений этой проблемы.

Считается целесообразным применение интегральных реабилитационных программ, преследующих холистический подход, сочетающих когнитивные тренировки с оказанием целенаправленной психологической помощи больным. Психологическая поддержка и психотерапия помогают больному изменить отношение к болезни и перейти от пассивного ожидания к активному участию в лечении, значительно повысить мотивацию к восстановительным мероприятиям. Самостоятельные усилия пациента позволяют существенным образом повысить самооценку, веру в собственные силы, делают наиболее эффективной когнитивную реабилитацию.

Цель исследования

С целью проверки эффективности влияния комплексной психологической реабилитации на эмоционально-поведенческую сферу пациентов

в остром периоде инсульта нами была обследована группа пациентов. Важными условиями подбора группы являлись ясное сознание, отсутствие выраженных речевых нарушений и грубого когнитивного дефицита.

Пациенты и методы

В результате анализа видов и принципов реабилитации, существующих в настоящее время, была предложена оригинальная программа психологической реабилитации.

Исследование проводилось на базе регионального нейрососудистого центра КГБУЗ «Краевая клиническая больница» города Красноярска. Было обследовано 32 пациента – 17 женщин (54 %) и 15 мужчин (46 %), в возрасте от 42 до 65 лет, со средним уровнем образования и диагнозом ОНМК в остром периоде, в анамнезе имеющих сопутствующую патологию ГБ 3 риск 4. Работа с больными продолжалась в течение двух недель. Всем пациентам была проведена нейропсихологическая диагностика с использованием тестов батареи А.Р. Лурия, установлен топический диагноз первичных и вторичных нарушений, для исследования эмоциональной сферы использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), клиническая беседа.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования показали: из 17 женщин у 5 (30 %), а так же из 15 мужчин у 4 (27 %) имелись клинические проявления депрессии и тревоги, а субклинические проявления – у 12 женщин (70 %) и 11 мужчин (73 %), что негативно влияло на общее состояние пациентов (низкая мотивация, негативизм, раздражительность, лабильность настроения) и затрудняло процесс работы по восстановлению нарушенных высших психических процессов.

Реабилитационная программа, проводившаяся нами в условиях стационара, включала в себя:

– клиническую беседу с целью установления доверительного контакта, оказания поддержки;
– когнитивно-бихевиоральную терапию с целью рационально-разъяснительной работы, переработка иррациональных представлений о себе, других, мире, работы с когнитивными установками;
– техники телесно-ориентированной терапии, где сам по себе процесс работы с телом уже является мощной медитацией, и, расслабляясь, пациент ослабляет контроль и снижает психологическое сопротивление терапии. Благодаря своему гармонизирующему воздействию на весь организм такая терапия оказывает влияние на эмоциональный настрой, позволяя как расслабиться, так и, наоборот, обрести состояние «готовности» на пути к преодолению

возникших трудностей. Свою работу мы начинали с глазодвигательной гимнастики; использовали упражнение на дыхание для активизации, снятия тревоги, улучшения газообмена; упражнения артикуляционные и «гримасы», «зевота», «опоры»;

– суггестивные техники были основаны на элементах эриксоновского гипноза, использовались терапевтические трансы, направленные на использование внутренних ресурсов, восстановление функций, доверие, спокойствие, надежду, определенность, позитивность, контроль, уверенность, улучшение, принятие и силу;
– комплекс упражнений для релаксации и саморегуляции, которым мы обучаем больных в период нахождения на стационарном лечении, впоследствии выдаем на руки с тем, чтобы они самостоятельно могли заниматься дома. Упражнения достаточно простые, их может освоить любой пациент независимо от уровня образования.

По результатам работы мы отметили, что из 32 пациентов, с которыми проводились занятия с использованием нами комплексной программы психологической реабилитации, отмечалась положительная динамика в эмоциональной сфере. У 4 из 5 женщин (соответственно 80 %) и 2 из 4 мужчин (соответственно 50 %), имевших клинические проявления тревоги и депрессии, показатели по шкале HADS снизились до субклинических и нормальных показателей (варьировали от 6-8 баллов). У 12 женщин (70 %) и 11 мужчин (73 %), имевших субклинические проявления тревоги и депрессии, показатели достигли нормальных значений (варьировали от 5 до 7 баллов).

Применение используемых методов способствовало активации внутренних резервов психики, снятию напряжения, релаксации. Пациенты получали необходимые знания о заболевании, о возможностях решения возникших в связи с ним проблем. Возникало ощущение поддержки, появление определенности в ситуации болезни, надежды на благоприятный результат лечения и возможности восстановления нарушенных функций. Значительно увеличилась мотивация к занятиям, пациенты активно участвовали в реабилитационном процессе, выполняли кинезиологические упражнения и специальные задания в соответствии с нарушенными функциями. Результаты занятий влияли на общий фон настроения, отмечалось улучшение сна и уменьшение тревоги в большей степени после проведения ресурсных трансов, использования дыхательных техник.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование показало, что применение комплексной психологической программы в системе мультидисциплинарного подхода способствует повышению реабилитационного

потенциала пациентов, значительно улучшает эмоциональное состояние, увеличивает мотивацию к занятиям. Происходящие изменения, которые отмечают пациенты, существенно повышают эффективность реабилитационных мероприятий в острый период инсульта, увеличивая вероятность более полноценной интеграции пациента в свою среду.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Т.В. Казакова

Лесосибирский педагогический институт – филиал СФУ

Наркотизм представляет собой явление, которое может оказывать влияние на все сферы жизни общества и государства: на общественное производство, на экономику страны, на состояние обороноспособности, на физическое и духовное здоровье нации, на преступность (ее состояние, структуру и динамику) и т.д.

Несмотря на декларации, фактически продолжает игнорироваться позиция, согласно которой наркозависимость не является «изолированным» заболеванием, а есть специфическая активность личности, которая употребляет наркотические вещества в определенном социальном контексте.

В настоящее время термин «наркотическое вещество» (наркотик) применяется по отношению к тем ядам или веществам, которые способны вызвать при их употреблении эйфоризирующее, снотворное, болеутоляющее или возбуждающее действие.

В зависимости от позиции автора, проблема наркомании рассматривается как психологическая (А.Е. Личко, В.С. Битенский), личностная (В.Д. Менделевич, К.С. Лисецкий, С.В. Березин), социальная или медицинская (Н.Н. Иванец). Отмечается общая низкая разработанность проблем наркомании и наркотизма, имеющиеся психологические данные неоднородны и противоречивы по характеру, а корреляты употребления наркотиков часто путают с их причинами. Несмотря на многообразие концепций, теорий и практик, в литературе пока не представлено системного описания психологической зависимости. Кроме того, присутствует терминологическая неопределенность относительно понятия зависимости и, как следствие, профилактики, на что указывают многие ученые (В.М. Менделевич, А.Ю. Егоров, А.Е. Личко, Н.Н. Иванец, С.В. Березин и др.). Вне обстоятельного теоретического анализа до сих пор остаются

вопросы деятельности центров социальной защиты, школы и других социальных институтов по организации профилактики подростковой и молодежной наркомании. В подростковой наркологии первичная профилактика – это предотвращение аддиктивного поведения подростков. Важной исследовательской задачей является разработка принципов, форм и методов работы с подростковыми группами, т.к. именно в группах и происходит вовлечение подростка в наркотизм.

Недостаточно изученными остаются особенности сознания наркозависимой личности. Мы полагаем, что серьезных качественных изменений в понимании природы наркотизма и повышении эффективности профилактики можно будет добиться при условии, что наркомания будет рассматриваться как сложное явление, имеющее специфическую представленность на физиологическом, психологическом, социально-психологическом и социальном уровнях.

Всесторонний анализ проблемы показывает, что первичная профилактика подросткового наркотизма должна быть направлена на десенсибилизацию факторов риска и на усиление препятствующих факторов в сфере существования различных ипостасей человека: индивидуальной, личностной, субъектной, социальной.

Проблеме наркозависимого поведения подростков уделяется большое внимание как в отечественной, так и в зарубежной психологии. Это связано с теми обстоятельствами, что и за рубежом, и особенно в нашей стране процесс наркотизации детей и подростков идет по возрастанию. По данным Министерства здравоохранения России, за последние пять лет число школьников, употребляющих наркотики, возросло почти в восемь раз. Долгое время проблемой наркозависимого поведения занимались лишь медики, юристы, социологи, однако находим отражение данной проблемы и в психологических исследованиях.

В ходе теоретического анализа было выявлено, что в психологии складываются предпосылки, однако все еще отсутствует опыт системного анализа феномена наркотической зависимости личности. Имеет место разнообразие подходов, многочисленных попыток теоретического обобщения эмпирических данных. Своеобразной чертой научного дискурса является при этом непроизвольная подмена задачи, вместо поиска объяснения феномена наркотической зависимости, тогда как наркозависимость личности представляет собой результат множественной детерминации, не подлежащий редукции к какой-либо одной группе традиционно выделяемых «переменных» развития, как то травмы раннего детства, акцентуации характера, невротические расстройства, стрессы, наследственность, подражание и т.п.

При обсуждении приоритетных направлений государственной политики в области противодействия незаконному обороту наркотиков неоднократно указывалось на необходимость уделять большое внимание профилактическому аспекту антинаркотической деятельности, его полноценному ресурсному и правовому обеспечению, расширению и комплексности разноплановых мер (Готчина, 2011).

Анализируя обстановку в области профилактики наркозависимости в России, следует сказать, что первичной профилактикой преимущественно занимается система образования – школы, профессиональные училища, менее активно – колледжи, лицеи и вузы, и только за ними идут сотрудники полиции, инспектора по делам несовершеннолетних (ПДН). В настоящее время наиболее адекватным ориентиром является стратегия сдерживания потребления наркотических веществ (Фролова, 2008).

Анализируя имеющиеся подходы, стоит отметить довольно распространенный стереотип: профилактические программы зачастую воспринимаются не как образовательные, развивающие, увеличивающие детские ресурсы, а в основном как предупреждающие об ужасах наркомании, в этом случае подростки не принимают подобную информацию, преподносимую взрослыми. Самые активные пытаются ее проверить. Таким образом, программы из профилактических быстро превращаются в провоцирующие.

Главная отличительная черта профилактики наркотической зависимости – разъяснение подросткам не столько медицинских последствий употребления наркотиков, о которых подростки в общих чертах осведомлены, сколько последствий социальных. Для подростков особенно актуально мнение не медицинских экспертов, а их возрастного окружения, являющегося референтной группой в этот период. Наиболее эффективным методом профилактической работы являются тренинговые занятия (Спрангер, 2008).

На профилактическом тренинге, прежде всего, нужно информировать и формировать навыки ответственного поведения, коммуникативные навыки. Для того чтобы эффективно донести информацию, следует знать специфику аудитории, владеть коммуникативными навыками (умение относиться с вниманием и уважением к мнению, внимательно слушать, наблюдать за каждым и группой в целом), навыками групповой работы. К методам групповой работы относятся дискуссия, «мозговой штурм», ролевые игры, групповые упражнения. Для эффективного использования всех этих методов необходимо уметь «проводить» группу, организовать групповые процессы. В профилактическом тренинге можно использовать

психологические игры на знакомство, на сплочение группы, упражнения-разминки, игры-разбивки, коммуникативные игры, традиции завершения групповой работы.

При психологической реабилитации и психолого-педагогической коррекции происходит изменение личностной ориентации подростка, изменение содержательного наполнения самосознания подростка. Основная ориентировка психолога-педагога основана на реализации принципа «не навреди» и рефлексивно-аналитическом подходе к процессу и результату. Основные принципы обеспечения поддержки, которые необходимо использовать при проведении психолого-педагогической коррекции самосознания подростков, являются общепринятыми: это согласие подростка на помощь и поддержку, опора на силы и потенциальные возможности личности, ориентация на способность подростка самостоятельно преодолевать препятствия; это совместность, сотрудничество, содействие, конфиденциальность, доброжелательность, безоценочность; это безопасность, защита здоровья, прав, человеческого достоинства.

В целях изучения возможностей психологического тренинга как средства профилактики наркотической зависимости у подростков мы использовали опросник «Группа риска наркозависимости» Б.И. Хасана, Ю.А. Тюменевой, методику «Определение мотивационной структуры деятельности» В. Хеннинга в модификации О.В. Лишина, метод ранжирования.

Исследование было организовано и проведено в течение 2012 г., в нем приняли участие подростки, обучающиеся в МБОУ СОШ № 9 г. Лесосибирска. Количество выборки – 61 человек, средний возраст исследуемых 15 лет.

На основании полученных данных все испытуемые были распределены по следующим категориям группы риска:

– группа «не рискующие», куда вошли подростки со средними показателями по всем шкалам. Для подростков, попавших в группу «не рискующих», характерно адекватное поведение в ситуации риска (пробы), когда проба осуществляется в силу природного любопытства. В данном случае, пробуя наркотик, подросток пробует именно наркотик (а не ситуацию или новую роль и т.п.), он ощущает его воздействие на организм, чувствует запахи или вкус. Как правило, в таком случае ничего привлекательного в употреблении подобного рода препаратов он не находит и принимает решение о ненужности наркотиков для него;
– первая группа риска «потенциально готовые к пробе», что определяется наличием высоких показателей по шкале «поведение в ситуации риска», которые выступают как фактор риска, при отсутствии

«высоких» показателей по шкале «интерес к наркотикам» – 7 (11,5 %). «Высокие» показатели по шкале позволяют предположить, что подросток реализует преодолевающий тип поведения, что уже делает подростка «потенциально готовым» к совершению пробы. Для этого типа акцент в ситуации пробы смещается с эффекта от пробы наркотика на саму ситуацию пробы. В данном случае, так же как и в первом, происходит компенсация дефицита самочувствия и одновременно ощущения бедности внешней среды. Таким образом, даже однократная проба может стать достаточной, ибо ситуация как прожитая теряет свою эмоциональную напряженность и привлекательность, теряет характеристики рискованной. Но если среда вокруг такого ребенка настолько бедна, что это самое острое из доступных ему ощущений, или наряду с недостаточностью среды у подростка имеется ряд собственных психологических проблем (например, установка на преодоление связана с осуществлением стратегии «от противного», по типу «нападение – лучшая защита»), то срабатывает тот же механизм, что и в первом случае;

– вторая группа риска «совершившие пробу», что проявляется в высоких баллах по шкале «интерес к наркотикам» и означает любопытство к этой области; повышенный, обостренный интерес ко всему, что несет информацию о наркотиках, в нашей выборке это 3 (4,9 %) подростка;
– в третью группу риска «аддиктивное поведение» вошли 4 подростка с высокими показателями по шкалам «интерес к наркотикам» и «социальные установки». Можно говорить о том, что подросток, попавший в эту группу, принадлежит к асоциальной группе и реализует аддиктивное поведение. Оно является переходной стадией к наркомании и характеризуется злоупотреблением одним или несколькими психоактивными веществами в сочетании с другими нарушениями поведения.

Стоит отметить, что очень важную роль в формировании аддиктивного поведения играет тот факт, что проба наркотика осуществляется, как правило, в компании, принадлежность к которой играет для подростка огромную роль. Более того, если посредством пробы решается проблема принадлежности к компании такого типа, а взаимодействия в ней строятся на основании употребления наркотиков, то подросток вынужден продолжать употребление веществ, чтобы иметь возможность общения в данной компании (Серебренникова, 2005). Злоупотребление наркотическими и психоактивными веществами у подростков можно условно отнести к варианту «тайного» поведения, скрываемого от родителей

и других взрослых. Оно носит явный антисоциальный характер, подразумевает связь с различными незаконными структурами. Наряду с этим, принадлежность к такой группе дает возможность подростку как почувствовать себя значимым (ощущение тайны) и не одиноким, так и решить проблемы с недостаточностью среды. Попав в такую компанию, выйти из нее очень трудно. Как правило, наркотики ее членами употребляются при совместном времяпрепровождении. Этот эффект называется групповой психологической зависимостью. Как следствие принадлежности к такой компании, у подростка понижается социальный интерес, а его собственные интересы смещаются в сторону референтной группы.

Поэтому на следующем этапе нашего исследования была проведена методика «Определение мотивационной структуры деятельности» В. Хеннинга в модификации О.В. Лишина.

Полученные данные свидетельствуют об отчетливо выраженном общественно-групповом характере мотивационной структуры деятельности подростков, поскольку шкала «И» существенно понижена (практически в два раза) по сравнению с «Гр» и «О» (Гр>И<О). Из анализа полученных данных можно судить о централизации подростков на мотивах «идентификация с группой» – 15,8 %, что говорит о значимости мнения группы сверстников и высоком статусе ближайшего окружения, «самоутверждение» – 11,6 % – свидетельствует о стремлении занять определенную «нишу» в социальных отношениях, «идентификация с родными» – 11,2 %, что демонстрирует авторитет и влияние родных, близких людей на деятельность.

Для более детального выявления мотивов приема наркотических средств был использован метод ранжирования, предложенный К.С. Лисецким, по результатам которого было установлено, что к числу наиболее распространенных мотивов, побуждающих подростков употреблять наркотики, относятся желание быть «как все», любопытство, протест против требований старших.

К числу наиболее распространенных мотивов, побуждающих подростков употреблять наркотики, относится желание быть «как все», продлить хорошее настроение, любопытство. Это позволяет утверждать, что при организации профилактической работы важно обращать серьезное внимание на ограничение именно этих мотивов. Все другие мотивы являются менее значимыми. Анализ результатов показал, что основными причинами, на основании которых школьники отвергают наркотические вещества, являются следующие: «наркотики опасны для здоровья» (23,1 % учащихся), «к ним легко пристраститься» (14,6 %), «это не единственный путь получить удовольствие» (7,3 %). Вместе с тем выяснилось,

что среди подростков с «нормативным» поведением есть некоторое число лиц (9 %), которые пробовали употреблять наркотики, но отказались от них. Как правило, эпизодическому употреблению наркотических веществ предшествовал период употребления табака и спиртных напитков. Для характеристики мотивационно-потребностной сферы личности наркозависимых и «нормативных» подростков важное значение имеет знание о направленности мотивов деятельности.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило определить достаточно высокий риск наркотической зависимости у испытуемых подростков, поэтому нами был реализован тренинг с целью профилактики наркозависимости. С целью профилактики наркотической зависимости у подростков нами предлагается использование данного тренинга.

Подбор упражнений осуществлялся с опорой на работы Б.Е. Спрангера, Б.И. Хасана, а также материалы диссертационных исследований К.С. Лисецкого, А.Н. Грязнова.

Сравнивая результаты первичной и повторной диагностик по методике «Определение мотивационной структуры деятельности» В. Хеннинга в модификации О.В. Лишина, была также установлена, хоть и незначительная, положительная динамика, свидетельствующая о снижении мотивационных предпочтений по отношению к наркотическим средствам в группе испытуемых подросткового возраста.

При повторной диагностике, после реализации тренинга, обнаружено повышение уровня значимости индивидуальных мотивов: с 6,375 до 6,45. Так, выросла потребность в самоутверждении (12,1 с 11,6) при понижении мотива приемлемость принуждения (3,9 с 4,3). Подростки в этих условиях принимают предлагаемую им систему общественных отношений достаточно ограниченно, главным образом со стороны соблюдения своих прав и развития своих возможностей, отрицая до известного предела свои социальные обязательства. Способность педагогов в этой ситуации влиять на развитие событий относительно невелика (7,4) в силу того, что попытки прямого давления приводят к понижению уровня сформированности общественно полезной деятельности и к еще более последовательному отрицанию подростками предлагаемых целей. В руках педагогов остается лишь возможность формального контроля за действиями учащихся, тогда как сама деятельность, как целое, распадается и исчезает. Результатом оказывается формирование личности, ориентированной на потребление (прагматическая выгода – 6), соблюдение своих прав и интересов не менее, а порою более, чем обязанностей перед людьми, в том числе и близкими.

Сравнивая результаты, можно отметить следующее: мотивы, преобладающие в первичной диагностике, также доминируют и при повторном исследовании, однако выраженность их значения существенно снизилась. Так, мотив «любопытство, желание испытать неизведанное» с 18,6 % снизился до 15,6, а мотив «продлить хорошее настроение» теперь является значимым для 12,1 % испытуемых по сравнению с 13,7 % при первичной диагностике. Стоит отметить, что для большинства подростков все еще остается важным мотив «желание не отстать от компании, быть «как все» – 17,2 % респондентов.

Таким образом, результаты повторной диагностики свидетельствуют о наличии положительной динамики, что подтверждает эффективность проведенного тренинга с целью профилактики наркозависимости у подростков.

Список литературы

1. Готчина, Л.В. Молодежный наркотизм в современной России: криминологический анализ и профилатика: Автореф. … д. юрид. наук / Л.В. Готчина. – Санкт-Петербург, 2011. – 65 с.
2. Серебренникова, О.Ю. Отклоняющаяся социализация несовершеннолетних / О.Ю. Серебренникова // Вологдинские чтения. – 2005. – № 52. – С. 40-42.
3. Спрангер Б.Е. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков // Вопросы наркологии. – 2008. – № 3. – С. 48-53.
4. Фролова, Н.А. Правовая политика Российской Федерации в сфере социальной безопасности (на опыте борьбы с наркотиками): Автореф. … д. юрид. наук / Н.А. Фролова. – М., 2008. – 49 с.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С.М. Колкова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Проблема развития и воспитания эмоций принадлежит к числу наиболее важных в детской психологии и педагогике. С одной стороны, на фоне прогрессивных изменений, происходящих в системе современного воспитания в образовании, развитию личности ребенка уделяется достаточное внимание. С другой стороны, здоровье детей остается на низком уровне. Речь идет о соматическом и психическом здоровье детей.

Наше исследование посвящено выявлению особенностей детей младшего школьного возраста с различными хроническими заболеваниями.

Известно, что состояние здоровья ребенка воздействует на его развитие. Большое внимание к проблеме развития как здоровых, так и часто болеющих младших школьников вызвано, по крайней мере, двумя причинами.

Во-первых, младший школьник активно общается с ровесниками и взрослыми. Такое общение носит как деловой, так и личностный характер. Однако в процессе общения дети «стиснуты, сдавлены, они заключены в придуманную взрослыми форму, не позволяющую свободно развернуться детской природе, раскрыться всем свойствам возраста», что накладывает особый отпечаток, а иногда и негативный, на процесс развития личности в целом, и, в частности, эмоциональную сферу. Во-вторых, младший школьник вовлечен в активную учебную деятельность, которая требует от него умения оценить свои возможности и достижения, то есть требует от него сформированности адекватной самооценки и управления эмоциями.

Все выше сказанное позволяет утверждать, что младший школьный возраст – это период изменений и преобразований, и именно в этом возрасте ребенок может ощутить радость познания, приобрести уверенность в своих способностях и возможностях. В младшем школьном возрасте складывается и проявляется до 70 % личностных качеств, поэтому невнимание к развитию личности, а в частности развитию эмоциональной сферы, в этом возрасте порождает педагогические просчеты, которые ярко обнаруживаются на последующих ступенях обучения, с особой остротой возникают на переходном этапе от младшего школьного к подростковому возрасту. Эмоциональная сфера является важной составляющей в развитии школьников, так как никакое общение, взаимодействие не будет эффективным, если его участники не способны, во-первых, «читать» эмоциональное состояние другого, а во-вторых, управлять своими эмоциями. Кроме того, развитие возможности управлять своим поведением составляет один из существенных моментов. На первом этапе – это психологическая готовность ребенка к обучению в школе. Чуть позже переход от внешней к внутренней регуляции поведения и установление соподчинения мотивов поведения. Однако все эти сложные процессы протекают под воздействием эмоциональной регуляции, поэтому развитие эмоциональной сферы ребенка считается важнейшей задачей психологов. Актуальность работы в первую очередь определяется задачами психологической практики при работе с детьми с хроническими заболеваниями. В определенном возрасте у детей, страдающих хроническими заболеваниями, может возникнуть кризис, характеризующийся особыми негативными переживаниями и наибольшим развитием механизмов психологической защиты. Часто болеющие и здоровые дети отличаются

по ряду медицинских аспектов и индивидуально-психологических характеристик, которые можно классифицировать как личностные особенности ребенка. Эти особенности формируются в большей степени не под влиянием объективной тяжести заболевания, а под влиянием субъективных его знаний, ощущений и представлений об эталоне здоровья и отношения родителей, окружающих взрослых к процессу развития часто болеющего младшего школьника. Совокупность субъективных отношений ребенка к болезни и отношения родителей и окружающих взрослых к их болезни формируют социальную ситуацию развития (Г.А. Арина,1996; Д.Н. Исаев, 1993; В.А. Ковалевский, 2009; В.В. Николаева, 1996), что сказывается на процессе формирования эмоционально-личностной сферы. Влияние особой социальной ситуации развития личности часто болеющего младшего школьника проявляется через ограничения социокультурного пространства ребенка – ограничения в познавательной деятельности, в движении и в социальных контактах – и приводит к различным нарушениям в развитии эмоциональной сферы часто болеющего ребенка к аффективному поведению его в ситуации болезни. При отсутствии целенаправленного формирования эмоциональной сферы личности в условиях стихийного развития школьники оказываются неспособными к саморегуляции учебной деятельности. Поэтому в настоящее время не угасает интерес к проблеме изучения особенностей развития эмоционально-личностной сферы младшего школьника, в том числе часто болеющего.

Целью нашего исследования, которое проводилось с группами здоровых и часто болеющих детей 10-11 лет, было изучение особенности проявления их тревожности и проведение сравнительного анализа. Далее приведены методики и результаты их применения.

Шкала явной тревожности для детей CMAS

У здоровых учащихся 10-11 лет уровень тревожности распределен равномерно. Несколько повышенная тревожность наблюдается у 25 % детей. Это может объясняться тем, что определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности детей этого возраста. У каждого человека существует свой оптимальный или желательный уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Оценка ребенка своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Однако наблюдается 10 % учащихся с показателями, для которых состояние тревожности не свойственно. Низкая тревожность требует повышенного внимания, так как такие дети характеризуются высоким уровнем самооценки, завышенным уровнем притязания, с недостаточной зрелостью аффективно-волевой сферы, эмоционально поверхностны.

У часто болеющих детей наблюдается повышенная тревожность у 90 % учащихся, причем из них 60 % с очень высоким уровнем. Только 10 % детей имеет нормальный уровень тревожности. Как видно из результатов исследования, у данной группы детей тревожность выше, чем предыдущей, что может быть обусловлено вхождением детей в группу часто болеющих. Количественная тревожность предрасполагает высокотревожного индивида к восприятию и оценке его другими.

По тесту школьной тревожности Филипса

Используя данную методику, мы смотрели и общий показатель тревожности, и каждый параметр в отдельности, поэтому каждый параметр был для нас информативным и определенным образом наталкивал на выявление причин возникновения тревожности. Так как учебная деятельность остается в этом возрасте ведущей, учащиеся могут испытывать тревогу в связи со школой как фактором патологического воздействия.

У всех детей присутствует повышенный уровень по данному фактору, особая трудность в установлении социального контакта со сверстниками имеется у часто болеющих детей, что является своеобразным тормозом в осуществлении и удовлетворении потребности в общении.

Все учащиеся двух групп имеют неблагоприятный психический фон, не позволяющий им развивать свои потребности в успехе, достижении высокого результата.

Негативные, эмоциональные переживания могут испытывать часто болеющие учащиеся, обусловленные с необходимостью самораскрытия, предъявляя себя другим, демонстрируя свои возможности.

Как и в предыдущем результате, наиболее показательными являются результаты у часто болеющих детей. Они испытывают негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки знаний (особенно публичной), достижений, возможностей.

Наблюдается ориентация на значимость других в оценке своих результатов у детей часто болеющих, они наиболее тревожны по поводу оценок, даваемых окружающим, ожидание негативных оценок.

Высокий уровень может являться особенностью психофизиологической организации часто болеющих детей, снижающей приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера, повышающей вероятность неадекватного, деструктивного реагирования на тревожный фактор среды.

Обе группы учащихся чаще всего испытывают невысокий негативный эмоциональный фон отношений с взрослыми в школе.

Сокращенный вариант методики измерения самооценки эмоциональных состояний детей, разработанной американскими психологами А. Уэсманом и Д. Риксом

Как показали результаты исследования, по шкале «Спокойствие – тревожность» в группе учащихся 10-11 лет 15 %, в группе учащихся 10-11 лет часто болеющих 60 % оценивают свое состояние озабоченностью, страхом и значительной неуверенностью в себе.

По шкале «Энергичность, бодрость – усталость» в группе учащихся 10-11 лет 5 %, в группе учащихся 10-11 лет часто болеющих 100 % оценивают свое состояние разной степенью усталости, апатичностью. По шкале «Приподнятость – подавленность» в группе учащихся 10-11 лет 10 %, в группе учащихся 10-11 лет часто болеющих 100 % оценивают свое настроение подавленным или несколько унылым.

По шкале «Уверенность в себе – чувство беспомощности» в группе учащихся 10-11 лет 5 %, в группе учащихся 10-11 лет часто болеющих 100 % оценивают свои умения и способности как несколько ограниченные.

Исходя из результатов исследования, мы можем предположить, что самооценка эмоционального состояния часто болеющих детей ярко выражена в симптомокомплексе «усталость-подавленность».

Представленные данные показывают, что из общего количества испытуемых у учащихся общеобразовательной школы на первом месте по выраженности стоит общая тревожность в школе, в данном случае у группы детей часто болеющих он достаточно высок. Это позволяет нам предположить, что исходя из психофизиологических особенностей этих детей, то есть от своего субъективного ощущения физической слабости или каких-либо недостатков организма, неспособность к чему-либо доставляет ребенку определенные страдания, и он пытается избавиться от него либо путем компенсации либо капитуляцией, отказом от желаний. Дети становятся недостаточно подготовленные к преодолению тревожных ситуаций. В нашем случае часто болеющий ребенок направляет всю энергию на преодоление своих страхов. Тревога является составной частью состояния сильного психического напряжения – «стресса». Из результатов исследования мы видим высокий уровень тревожности, где фактором является переживание социального стресса. Особая трудность в установлении социального контакта со сверстниками имеется у часто болеющих детей, что является своеобразным тормозом в осуществлении и удовлетворении потребности в общении. Высокий уровень развития фрустрации может сопровождаться гаммой в основном отрицательных эмоций, о чем и свидетельствуют полученные данные.

Постоянные переживания неудачи могут возникать при наличии реальных или мнимых непреодолимых препятствий на пути к какой-либо цели. Высокий уровень по фактору «низкая физиологическая сопротивляемость стрессу» может являться особенностью психофизиологической организации часто болеющих детей, снижающей приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера.

Анализ результатов проведенного психологического исследования часто болеющих учащихся младшего школьного возраста показывает, что особенности эмоциональной сферы часто болеющего ребенка выражены в высокой тревожности, фрустрированности, а эмоциональное состояние характеризуется усталостью, подавленностью, часто сниженным фоном настроения.

Работа по психопрофилактике и преодолению тревожности и улучшению фона эмоционального состояния должна носить не узкофункциональный, а общий, личностно ориентированный характер. Работу следует осуществлять на уровне всех структурных компонентов тревожности с ориентацией на ее возрастные и индивидуальные «зоны уязвимости» для каждого ребенка.

В работе с часто болеющими учащимися, отличающимися тревожностью и особенностью эмоционального состояния, используются следующие приемы.

– «Настройка на определенное эмоциональное состояние».

Школьнику предлагается мысленно связать взволнованное, тревожное эмоциональное состояние с одной мелодией, цветом, пейзажем, каким-либо характерным жестом; спокойное расслабленное – с другим, а уверенное «побуждение» – с третьим. При сильном волнении сначала вспомните первое, затем второе, затем переходите к третьему, повторяя последнее несколько раз.

– «Приятное воспоминание». Школьнику предлагается представить ситуацию, в которой он испытывает полный покой, расслабление, и как можно ярче, стараясь вспомнить все ощущения, представляя эту ситуацию.
– «Использование роли». В трудной ситуации школьнику предлагается ярко представить себе образ для подражания, например, любимого киногероя, войти в эту роль и действовать как бы в его образе.
– Контроль голоса и жестов. Школьнику объясняется, как по голосу и жестам можно определить эмоциональное состояние человека, рассказывается, что уверенный голос и спокойные жесты могут иметь обратное влияние – успокаивать, придавать уверенность.

– «Улыбка». Обучение целенаправленному управлению мышцами лица. Школьнику дается ряд стандартных упражнений для расслабления мышц лица и объясняется значение улыбки для снятия нервно-мышечного напряжения.
– «Дыхание». Рассказывает о значении ритмического дыхания, предлагаются способы использования дыхания для снятия напряжения, например, делать выдох вдвое длиннее, чем вдох; в случае сильного напряжения сделайте глубокий выдох вдвое длиннее вдоха; в случае сильного напряжения сделайте глубокий вдох и задержите дыхание на 20-30 секунд.
– «Мысленная тренировка». Ситуация, вызывающая тревогу, заранее представляется во всех подробностях, трудных моментах, вызывающих переживания, тщательно, детально продумывается собственное поведение.
– «Репетиция». Педагог проигрывает со школьниками ситуацию, вызывающую у того тревоги.
– «Доведение до абсурда». В процессе беседы с психологом, а также в некоторых других, «спокойных», ситуациях школьнику предлагается играть очень сильную тревогу, страх, делая это как бы дурачась.
– «Переформулировка задачи». Известно, что одной из причин, мешающих результативной деятельности тревожных детей, является то, что они сосредоточены не только на ее выполнении, но и в большей степени на том, как они выглядят со стороны. В связи с этим необходимо тренировать у них умение формулировать цель своего поведения.

Эти и другие приемы достаточно эффективны прежде всего для учащихся, испытывающих так называемую открытую тревожность. Сложнее в работе со школьниками, тревожность которых проявляется как бы в скрытой форме (часто такие дети говорят, что они не испытывают тревоги, но постоянно терпят неудачи из-за своего невезения).

Общая стратегия коррекционных воздействий по тревожности должна осуществляться в отношении трех субъектов образовательного пространства: часто болеющих детей – через повышение их самооценки, обучение способам снятия мышечного и эмоционального напряжения, отработку навыков владения собой в ситуациях, травмирующих ребенка; родителей – через психологическое образование и обучение, консультирование, а также тренинговые занятия; педагогов – через семинары и психологические консультации, что способствует снижению уровня тревожности, а также оптимизации взаимоотношений между родителями и детьми.

Список литературы

1. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. М., 1996. С. 19.
2. Психология семьи и болезнь ребенка: Красноярск: СибГТУ, 2009. 75 с.
3. Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности М., 1993. С. 84-93.

ТЕЛЕСНЫЙ ОБРАЗ «Я» У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ И ПРОГРАММА ЕГО КОРРЕКЦИИ

И.О Кононенко, Н.Н. Вишнякова, Г.В. Сенченко

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

Современное общество и культура диктуют свои нормы правильного и красивого облика человека, настаивая на том, что вы будете успешны в каждой из областей своих жизненных интересов, если будете внешне привлекательны. Серьезное влияние на сознание многих мужчин и женщин оказывают стереотипные представления (часто продиктованные фэшн-индустрией) о физически развитом красивом теле, имеющем определенные пропорции и формы. Возрождение культа здорового тела привело к активному развитию телесно ориентированных социальных практик (модели тела и красоты, бодибилдинг, здоровый образ жизни и натуропатическое питание, сыроедение и лечебное голодание, возрождение танцевальной и физической культуры, смена пола, очередные попытки достижения бессмертия – креоника и движение трансгуманизма и прочее). Оформление внешности под заданный обществом стандарт становится более значимым, чем скрывающаяся за этим фасадом физическая данность со своими конституциональными и функциональными особенностями. Тело (сома) в условиях общества потребления выступает носителем символической ценности, повышается значимость вопросов имиджа как умения представить себя покупателю, работодателю, избирателю в соответствующем состоянии здоровья духа и тела. Так возникает конфликт между психе и сомой – базисом психосоматики. Мало способствуют психологическому здоровью и условия жизни в крупных городах: повышенная нервозность, психические расстройства, сердечно-сосудистые, аллергические, астматические заболевания, наркологическая и алкогольная зависимость и др. уже давно стали повседневными жителя большого города.

Понятие «образ тела» ввел Пауль Шильдер, вкладывая в него доминирование социально значимых моментов, которые влияют на формирование

представлений о собственном теле. Благодаря образу тела, человек понимает свое физическое Я, которое существенно влияет на психологическое здоровье индивида.

Каждый из нас обладает двумя образами тела: реальным и воображаемым. Первый является сознательным: мы ежедневно наблюдаем свое отражения в зеркалах, видим себя на фотографиях, покупаем одежду и соответственно имеем представление о себе, близкое к реальности. Второй – бессознательный, обычно обозначаемый как «телесный образ Я». С него можно считать информацию о структуре характера, о мышечном панцире, индивидуальной жизненной стратегии, о характерных страхах и т.д. (И.А. Соловьева, 2010).

Бессознательный образ телесного «Я» формируется у каждого из нас на протяжении всей жизни, и на его развитие влияет огромное количество факторов, он может все более и более деформироваться и отдаляться от параметров реального тела. Здоровье и болезнь представляют собой крайние точки континуума, между которыми располагается все разнообразие телесного опыта человека (примером такого телесного опыта в нашем исследовании выступают психосоматические заболевания). Здесь процитируем В.Ф. Войно-Ясенецкого: «…Современный цивилизованный человек путем работы над собой приучается скрывать свои мышечные рефлексы, и только изменения сердечной деятельности все еще могут указать нам на его переживания. Таким образом, сердце и осталось для нас органом чувств, тонко указывающим наше субъективное состояние и всегда его изобличающим. Для врача надо отметить, что насколько хорошо происходит регуляция сердечной работы, обусловленной мышечной деятельностью, конечно, не чрезмерной, настолько же плохо происходит регуляция сердечной работы при различных волнениях, кои не ведут к мышечной работе. Оттого так легко поражается сердце у лиц свободных профессий, несущих легкий физический труд, но зато чрезмерно подверженных жизненным треволнениям».

Можно сказать, что человек при болезненных изменениях своих функций находит такое применение своим органам, которое физиологией не предусмотрено, во всяком случае, той физиологией, которая рассматривает организм лишь как систему гомеостатического равновесия. Критические пики возникают

- в ситуациях разлуки,
- при нарушениях привычного ритма жизни, которые вполне осознаются, но могут протекать и на неосознанном уровне, т.е. в сфере «Я» и «Оно».

В понятии «замещение места» заложено то, что вместо душевных переживаний возникают соматические проявления, а вместо психофизических процессов – психические феномены, такие как желание или мысль: «...то, что мы вытесняем из сознания, продолжает действовать в теле, а то, что мы внедряем в сознание, теряет свою телесную силу» (V. Weizsacker, 1940).

Таким образом, в период взрослости отношение к телесному образу «Я» может принимать усложненный и патологический характер. А при хроническом телесном страдании симптом болезни становится частью существования человека. Окружающая среда, отношение людей к индивиду во время болезни может способствовать актуализации закрепившихся стереотипов психосоматического реагирования.

Для исследования телесного образа «Я» принято использовать следующие методы:

1. Объективные тесты и аппаратурные методики (методы изучения схемы тела и методы исследования точности самовосприятия и т.п.). Особенность данных методов заключается в том, что представления о схеме и образе тела испытуемого создаются на основании его действий, прямых оценок и описаний определенных параметров своего тела.

Для исследования образа Я–физического и самооценки в структуре аффективного компонента Е.Т. Соколова, например, дополнила методику Дембо-Рубинштейн проективными шкалами: «красивая – некрасивая внешность», «хорошая – плохая фигура», «общительность – замкнутость», «уважение к себе», «ценность в глазах других». Оценка при тестировании производится с позиций: Я – в настоящем, Я – в будущем, Я – глазами других.

2. Стандартизированные самоотчеты. К данной группе относятся: тесты-опросники, шкальные техники, свободные самоописания с последующей обработкой контент-анализом. Общим качеством для данной группы методик исследования образа Я–физического является использование вербальных способностей испытуемого, а также обращение к его мышлению, воображению, памяти («опросник телесного фокуса» С. Фишера, методика описания собственной внешности «словесный автопортрет» В.Н. Куницыной).

3. Проективные методы. Для исследования телесной идентичности используются: метод рисования человека (для отражения определенных аспектов чувств, установок, представлений), тест чернильных пятен Роршаха. Еще одной методикой является тест «Цветоуказания на неудовлетворенность собственным телом» (The Color-A-Person body dissatisfaction

Test, CAPT) – невербальная методика, предназначенная для оценки уровня удовлетворенности (неудовлетворенности) своим телом; Метафорические ассоциативные карты.

4. Диалогические (интерактивные) методы: беседа, интервью, диагностические игры, коррекционные телесно-ориентированные техники, включающие в себя диагностические приемы. Метод промеров по Фельденкрайзу также входит в эту группу методов.

Исследование влияния психосоматического заболевания на телесный образ «Я» проводилось в условиях стационара. Выборка была произведена путем случайного подбора и составила в общем количестве 50 пациентов (27 мужчины и 23 женщины) от 26 до 70 лет, средневозрастной показатель составил 44 года, с клиническим диагнозом инсулинизированный сахарный диабет и ишемическая болезнь сердца.

Из общей выборки методом уравнивания были сформированы 2 группы из пациентов с диагнозом: инсулинизированный сахарный диабет и ишемическая болезнь сердца. Длительность заболеваний в среднем более 10-15 лет (со слов пациентов и записей из истории болезни). Первая группа – 25 пациентов, из которых 14 мужчин и 11 женщин (ишемическая болезнь сердца). Вторая группа – 25 человек, из которых 13 мужчин и 12 женщин (инсулинизированный сахарный диабет). Обе группы были сопоставимы по возрасту, нозологии, семейному положению, уровню образования, социальному статусу.

Наши исследования показывают, что телесный опыт больных с психосоматическим заболеванием не имеет существенных отличий в структуре субъективной картины жизненного пути от здоровых. Вместе с тем переживание телесного опыта инсулинизированного сахарного диабета и ишемической болезни сердца отражает невозможность в полной мере реализовать себя в профессиональном и социальном плане. Рефлексивные процессы направлены на телесную сферу, прошлое и будущее воспринимаются как бессмысленные этапы жизненного пути, не несущие в себе позитивных смыслов.

В ходе исследования выявлено, что 60 % мужчин полностью понимают, как их болезнь влияет на формирование образа тела. Чаще всего выделяют факторы, влияющие на болезнь человека – это курение, лишний вес, повышенные показатели холестерина, физические перегрузки – а влиянию фактора эмоциональной напряженности практически не придают значения. Женщины в большей степени выделяют эмоциональный фактор и возрастной в комплексе с физической нагрузкой. Из чего следует, что у пациентов имеются смутные представления об ишемической болезни сердца и диабете. Полученная информация играет важную роль.

Таким образом, в ходе клинической беседы мы получили необходимые клинические и психологические данные индивидуально-личностных особенностей пациентов, наблюдали вербальные и невербальные особенности поведения пациентов, которые отражали их психофизиологическое, психоэмоциональное состояние. Это позволило разработать программу психокоррекционной работы с данными группами пациентов. Данная программа представляет собой общую модель коррекции, свободного типа, основанную на принципах построения системы психокоррекции пациентов, инсулинизированным сахарным диабетом и ишемической болезнью сердца.

Теоретической основой нашего эксперимента являются теория восприятия человеком своей болезни, его адаптации и влияние болезни на формирование образа тела. Первое направление – биологическое, в котором выделяется пять уровней реализации психотерапевтического влияния – организма; функциональных систем; физиологических систем; органов; отдельных групп клеток.

Второе направление – психологическое, в котором выделяют три уровня: личности (предусматривает коррекцию личностных установок, системы моральных ценностей и т.п.); сфер психики (восприятие, эмоции, память, мышление и др.); отдельных свойств сфер психики (например, укрепление и потенцирование уверенности, покоя, выдержки и т.п.).

Третье направление – социальное, которое также предусматривает три уровня: макросоциальной реадаптации личности (восстановление или коррекция ролевой позиции личности); микросоциальной реадаптации личности (восстановление или коррекция микросоциальных ролевых позиций в семье и других микросоциальных группах).

При построении системы психокоррекции должны учитываться особенности организации лечебного процесса, где предусматривается проведение курсовой психотерапии, особенности основного заболевания, невротических расстройств и личностного реагирования на заболевание.

В комплексе психотерапевтической коррекции могут и должны использоваться методы, которые базируются на переубеждении, растолковывании: рациональная, групповая, косвенная психотерапия, методы психической саморегуляции и другие в их различных модификациях комбинациях и вариантах.

В процессе психокоррекции соматических пациентов, как правило, комбинируются индивидуальные и групповые занятия. Наиболее распространенной методике курс лечения состоит из 10-12 групповых занятий, которые проводятся 3-4 раза на неделю в открытых смешанных

психотерапевтических группах по 10-12 человек и 4-5 индивидуальных сеансов длительностью по 55-65 минут. При групповых занятиях определенное внимание должно уделяться индивидуализации влияния (индивидуальные внушение, подбор и отрабатывание индивидуальных формул самовнушения, акцентуации внимания к личности каждого пациента, обсуждение его проблем в группе, символический прим больного в группу и пожелание группы пациенту в конце его лечения и т.п.).

В процессе психокоррекционного влияния важно соблюдать три этапа:

1. Седативно-адаптирующий. Состоит из 1-2 индивидуальных и 2-3 групповых занятий. Основные задания: установление эмоционального контакта с больным; формирование доверия к психологу; адекватное отношение к психотерапии; дезактуализация острой невротической симптоматики. Основными методами при этом являются рациональная и косвенная психотерапия (потенцирование комплекса медикаментозного лечения, физиотерапия, диеты).

2. Лечебно-корректирующий. Состоит из 2-3 индивидуальных и 4-6 групповых занятий. Основные задания: достижение позитивной динамики эмоционального состояния пациентов; осознание больными связи факторов и проявлений невротических расстройств с особенностями их личности и поведения, конфликтами, нерешенными эмоциональными проблемами; коррекция масштаба переживания болезни, ее социальной значимости; перестройка личности больного, системы его отношений, реадаптации в макро- и микросоциальной среде. Основные методы – коллективно-групповая, рациональная психотерапия, методы психической саморегуляции; вспомогательные – косвенная психотерапия.

3. Профилактически-закрепляющий. Включает 2-3 групповых и 1-2 индивидуальных занятия. Основные задания (закрепление достигнутого терапевтического результата и навыков психической саморегуляции; коррекция системы жизненных целей, ценностей, отношение к заболеванию, своему «Я» и окружающей среде). Психотерапевтическая работа с больными на этом этапе осуществляется, в первую очередь, путем доработки навыков психической саморегуляции, рациональной психотерапии, внушения наяву.

Наша краткосрочная психокоррекционная программа получила название «14 шагов», так как включает в себя десять занятий в разной форме: 4 индивидуальных занятия в начале коррекции, 8 групповых занятий (в середине между которыми проводилось 1 индивидуальное для контроля динамики коррекционного воздействия) и 1 индивидуальное занятие в конце. Такое название программа получила в связи с тем, что каждое занятие – это один шаг на пути к возможности регулировать свое

эмоциональное состояние, здоровье, жизнь. Возможность научиться использовать свои внутренние ресурсы, стремление измениться самому и показать, как это делается, другим.

Целью индивидуальной психокоррекционной работы является разъяснение задач групповых занятий, стимулирование целенаправленной активности больного, а также осуществление поиска и выделение факторов, создающих наиболее благоприятные условия для его более эффективного обучения в группе.

Перед проведением занятий мы составили примерный план каждой сессии в соответствии с конкретными пациентами и основными задачами, стоящими перед нами, в котором указывается время и место проведения занятий, количество участников и примерный план работы на каждое занятие. Интересно, что пациенты первой группы в процессе беседы выражали в большинстве своем позитивное отношение к психологической поддержке. Уже после первых занятий больные говорили о том, что у них улучшился сон, настроение, уменьшилось внутреннее напряжение, страх, в том числе перед медицинскими манипуляциями, появилась уверенность в собственных силах.

Пациенты второй группы выражали амбивалентные чувства. Представляется, что пациенты группы чувствуют себя в относительной безопасности только под надзором врачей и перекладывают ответственность за свое здоровье на них. В то время как больные из первой подгруппы выражают большую уверенность в своих силах и более оптимистичный взгляд на будущее.

На первом занятии была использована «Методика релаксации пациента», чтобы расположить пациента к дальнейшей продуктивной работе. По окончании проведенного краткосрочного курса психокоррекционной программы «14 шагов» многие пациенты, прошедшие этот курс, изъявляли желание посещать подобные занятия и дальше, что, по нашему мнению, говорит о положительном влиянии психокоррекции в целом и в том числе в краткосрочном режиме. Для закрепления полученных результатов можно рекомендовать посещение поддерживающих занятий. Основные задачи поддерживающих групп – это закрепление полученных результатов и наиболее полный перенос достигнутого на реальную жизнь пациентов. Мы попытались включить в свою программу несложные для восприятия и научения, достаточно хорошо себя зарекомендовавшие методы и техники краткосрочного психокоррекционного воздействия, которые пациенты при желании с успехом смогут использовать для поддержания и коррекции психоэмоциональной сферы даже в отдаленных районах.

Итак, степень выраженности и длительности психосоматических заболеваний зависит от социально-психологических особенностей личности, лабильности аффективной сферы, дезадаптивных типов копинг-поведения. Любые тревожные состояния приводят к изменению физиологического состояния организма, а болезненные состояния тела приводят к усилению тревоги, создавая замкнутый круг. Таким образом, нарушается физическое и психическое функционирование, снижается качество жизни, страдает социальная адаптация. Поэтому в основу психокоррекции может быть положена идея трансформации телесного образа «Я».

Сравнительный анализ эффективности методов психокоррекции в системе реабилитации пациентов помог определить наиболее эффективные психокоррекционные подходы и методы: когнитивно-поведенческие, релаксация, медитация, приемы нарративной терапии и проективные техники.

Список литературы

1. Лэнгле А. Фундаментальные мотивации экзистенции как действенная структура экзистенциально-аналитической терапии // Экзистенциальный анализ. – 2009. – № 1. – С. 9-29.
2. Психосоматическая медицина / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; пред. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
3. Соловьева И.А. Диагностический потенциал телесного образа Я в психотерапевтической работе. – М., Бюллетень АТОП. – 2010. – № 12. – С. 36-38.
4. Святитель Лука Крымский (Войно-Ясенецкий). – М.: Имидж Принт, 2013. – С. 128.
5. Фельденкрайз М. Осознавание через движение: двенадцать практических уроков / М. Фельденкрайз / Пер. с англ. М. Папуш. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001 – 160 с.

ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ю.Н. Косарева[1], Г.В. Сенченко[2]

[1]МБУ «ЦСПСиД «Первомайский»

[2]Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

В МБУ «ЦСПСиД «ПЕРВОМАЙСКИЙ» работа с семьей занимает одно из центральных мест. Предлагаем рассмотреть формы работы с семьей, имеющей детей раннего возраста (от рождения до 3-4 лет) в условиях МБУ «ЦСПСиД «Первомайский».

Целью этой работы является создание комплексного подхода, направленного на профилактику и снижение социального сиротства.

Для достижения этой цели нами решаются следующие задачи:

1. Развивать систему раннего выявления детей, нуждающихся в помощи. Для этого необходимо не только осуществлять взаимодействие с различными учреждениями города для получения информации о детях и семьях, нуждающихся в помощи, но и донести до различных учреждений, специалистов, работающих в них, и до семей информацию о службе ранней помощи.

2. Оказывать помощь ребенку и его семье в решении актуальных задач развития. Предупреждать возникновение проблем в развитии и воспитании ребенка. Развивать психолого-педагогическую компетенцию родителей.

3. Обеспечивать преемственность в сопровождении ребенка на дальнейших этапах развития в других учреждениях города.

4. Содействовать распространению и внедрению в работу учреждений дошкольного образования современных достижений науки и практики в области системы оказания ранней помощи.

5. Распространять философию раннего вмешательства. Доводить информацию о правах ребенка до работников сферы образования, медицины, социальной защиты, семей, используя для этого различные информационные каналы.

6. Проводить оценку эффективности деятельности по оказанию ранней помощи.

Целевые группы, на которые направлена данная работа – это семьи, имеющие следующие особенности:

- семьи с детьми, имеющими медицинский риск возникновения трудностей в развитии: генетические заболевания и синдромы, нарушения слуха, речи, зрения, опорно-двигательного аппарата, аномалии ЦНС и т.д.;
- семьи с детьми, имеющими диагностированное отставание в развитии (шкалы КИД, СДИР, «Лонгитюд», шкалы Стребелевой, Разенковой и Печоры);
- семьи с детьми, относящимися к биологической группе риска (недоношенные и маловесные дети);
- семьи с детьми, проживающими в условиях социального сиротства: поддержка и помощь требуется уязвимым семьям с маленькими детьми, в которых присутствуют различные факторы риска для развития ребенка (малообеспеченность, безработность, юный возраст или инвалидность родителя (родителей), отсутствие мужа (жены) и помощи молодой маме, болезнь мамы, послеродовая депрессия у мамы,

злоупотребление родителями алкоголем или наркотиками, наличие родителей, которые воспитывались сами в системе интернатного учреждения);

● семьи, в которых отмечаются различные формы нарушения взаимодействия между родителем и ребенком.

Взаимодействие с семьями включает в себя следующие формы работы:

1. Консультативно-рекомендательная работа
2. Лекционно-просветительская работа
3. Проведение тематических обучающих семинаров
4. Проведение мастер-классов для родителей по изготовлению дидактической игрушки
5. Выдача родителям на дом ресурсов Лекотеки
6. Индивидуальные занятия с детьми и их родителями
7. Групповые занятия с детьми и их родителями
8. Организация выездных встреч семей
9. Совместная организация праздников и других мероприятий.

Рассмотрим особенности каждого вида работы.

1. Консультативно-рекомендательная работа. Данная форма работы включает первичное психолого-социально-педагогическое обследование, консультативные посещения и повторные обследования.

На первичном консультировании родители получают ответы на интересующие их вопросы, касающиеся оценки специалистами уровня психического развития детей, возможности их обучения и рекомендации по организации дальнейших условий воспитания ребенка. На первичном консультировании родителям предлагается пройти **экспертную систему индивидуального сопровождения развития «Лонгитюд»**, которая позволяет определить уровень развития и контроль его динамики у детей от двух месяцев до 14 лет, что способствует выявлению у них отклонения в психомоторном развитии, а также подготовке индивидуальной программы сопровождения.

В ходе первичного приема обращается внимание на позицию матери по отношению к ребенку и особенностям его развития, на реакцию родителей на детские действия (указания, поддержка, безучастность и др.). Кроме того, учитывается психологическое состояние родителей (растерянность, тоскливость, жалобы, поиск путей решения проблем).

При повторных посещениях семьей специалистом прослеживается динамика психофизического развития ребенка, а также эффективность предложенных при первичном посещении рекомендаций. При необходимости вносятся изменения в индивидуальную программу развития ребенка.

2. Лекционно-просветительская работа. В ходе психолого-социально-педагогического процесса взаимодействия с родителями проводятся лекционные занятия, на которых они получают необходимые теоретические знания по различным вопросам воспитания и развития детей.

3. Проведение тематических обучающих семинаров. Семинары организуются по запросу родителей, в случае необходимости приглашаются специалисты из других учреждений. На семинарах происходит обсуждение актуальных для родителей вопросов.

4. Проведение мастер-классов для родителей по изготовлению дидактической игрушки. На мастер-классах родители имеют возможность научиться изготавливать своими руками дидактические игрушки для обучения и развития своего ребенка, а также вложить в них эмоции и чувства, которые испытывали при изготовлении игрушки. Опыт проведения мастер-классов для родителей по изготовлению дидактической игрушки дает возможность семье своими руками попробовать освоить интересные технологии ручного труда и рукоделия.

5. Выдача родителям на дом ресурсов Лекотеки. Семья, у которой ребенок с ограниченными возможностями, зачастую не может позволить себе купить дорогостоящую игрушку и вспомогательные средства и специальное оборудование, так как все денежные средства тратятся на лечение. Кроме того, период использования игр, игрушек, методической литературы и методических рекомендаций ограничен конкретным возрастным интервалом, и в дальнейшем пособия и игрушки становятся не востребованы в семье. Поэтому семья, как правило, лишает себя возможности грамотно подходить к вопросам воспитания проблемного ребенка. Семьи, посещающие Лекотеку, могут брать домой игровые материалы, заниматься с ребенком в домашних условиях, получив предварительно методическую консультацию специалиста.

6. Индивидуальные занятия с детьми и их родителями. В центре существуют услуги, которые предоставляют семье в индивидуальной и групповой форме. На индивидуальных занятиях осуществляется личностно-ориентированный подход, направленный на выявление, раскрытие и поддержку положительных личностных качеств каждого из родителей, необходимых для успешного сотрудничества со своим ребенком.

7. Групповые занятия с детьми и их родителями. К групповым услугам относятся группы социализации.

Цель данных групп – помочь семьям, имеющим маленьких детей, справляться с возрастными кризисами и социально-эмоциональными проблемами в развитии ребенка. Группы социализации работают с сентября

по июнь, интенсивность занятия – два раза в неделю, продолжительность – 1 час. В группе одновременно присутствует от 6-7 детей с родителями в зависимости от возраста и уровня развития.

8. Организация выездных встреч семей. Хорошей традицией стали выездные встречи семей, которые способствуют сплочению, обмену опытом, установлению дружеских связей между семьями, тем самым реализуется принцип нормализации жизни ребенка с ограниченными возможностями.

9. Совместная организация праздников и других мероприятий. Родители вместе с детьми участвуют в организации и проведении детских праздников, в результате которых раскрывается творческий потенциал семьи.

Проводимые в Центре мероприятия позволяют добиваться следующих результатов:

1. У ребенка устанавливаются позитивные социальные отношения:

- ребенок демонстрирует привязанность к наиболее значимому взрослому;
- ребенок инициирует и поддерживает социальное взаимодействие;
- ребенок начинает вести себя таким образом, что может принять участие в различных ситуациях, например, на игровых площадках, в магазинах, в центрах;
- ребенок демонстрирует доверие людям (разные уровни взаимодействия: в группе, дома и т.д.);
- ребенок строит отношения с детьми и взрослыми;
- ребенок начинает регулировать свои эмоции;
- ребенок начинает понимать и выполнять простые правила в ежедневной жизни.

2. Ребенок приобретает новые навыки и знания в одной или нескольких областях:

- когнитивное, двигательное, коммуникативное, социально-эмоциональное развитие и навыки самообслуживания;
- у ребенка улучшаются функциональные способности;
- ребенок демонстрирует любопытство и старание при обучении;
- исследует окружение;
- играет с людьми и предметами, включая игрушки, книжки и другие материалы;
- ребенок начинает использовать звуки, жесты, слова или другие средства коммуникации для обозначения своих потребностей;
- в ежедневных ситуациях обучается посредством манипулирования с игрушками и предметами в соответствующей манере.

3. Ребенок начинает участвовать в мероприятиях и получает поддержку, соответствующую потребностям:

● ребенок имеет возможность общения с детьми своего возраста без нарушений;

● участвует в ежедневной жизни и мероприятиях, характерных для детей своего возраста;

● посещает общественные места (цирк, театр, зоопарк), предназначенные для детей;

● имеет индивидуально подобранные технические средства, включая очки, слуховые аппараты и приспособления для коммуникации, перемещения и позиционирования, приспособленное жилье, игрушки, соответствующие возрасту и способностям;

● удовлетворяет свои потребности в самообслуживании (еда, одевание) в случае необходимости – с поддержкой взрослого.

В то же время отмечаются следующие положительные результаты для семей.

1. Семьи понимают сильные стороны своих детей, их способности и особые потребности:

● понимают, как развивается их ребёнок с нарушением, и развитие каких навыков нужно поддерживать;

● понимают стиль обучения ребенка по программе Центра;

● знают о специфических факторах риска состояния ребенка и его особенностях развития;

● знают о рекомендуемых программах помощи и услугах, направленных на улучшение состояния ребенка или устранения воздействия факторов риска.

2. Семьи знают свои права и умеют их эффективно отстаивать для своих детей.

● знают свои права и обязанности относительно получения необходимых услуг;

● знают, куда пойти за услугами;

● знают о различных услугах и программах, предлагаемых центрами;

● чувствуют себя спокойно и уверенно, разговаривая с профессионалами;

● Знают, как использовать источники информации.

3. Семьи помогают своим детям развиваться и учиться:

● помогают ребенку участвовать в семейных ежедневных мероприятиях;

● чувствуют себя компетентными в выполнении родительских функций;

● семьи обеспечивают безопасную обучающую и стимулирующую среду;

● изменяют домашнюю обстановку так, чтобы подстроить ее под стиль обучения ребенка и его потребностей в адаптации к окружающей среде;

● знают о технических средствах и помогают ребенку их использовать;

● умеют справляться со специфическими поведенческими трудностями своего ребенка.

4. У семьи есть система поддержки:

● семьи сохраняют дружеские связи и заводят новых друзей;

● родители могут участвовать в общественных мероприятиях;

● знакомятся и встречаются с другими семьями с детьми с нарушениями;

● Семьи ощущают, что у них есть поддержка в воспитании ребенка и уходе за ним.

Таким образом, реализуя данную технологию, мы тем самым формируем особый подход к оказанию психолого-педагогической помощи семьям, имеющим детей первых 3 лет жизни, позволяющий выстроить комплексную систему работы по обеспечению психолого-педагогической и медико-социальной помощи всем семьям, имеющим детей раннего возраста.

ПРОФИЛАКТИКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРАКТИКЕ АМЕРИКАНСКИХ УЧЕНЫХ (НА ОСНОВЕ ОТКРЫТЫХ ЛЕКЦИЙ ПРОФЕССОРА УНИВЕРСИТЕТА ЭМОРИ РАЛЬФ ДИКЛЕМЕНТЕ (DR. RALPH DICLEMENTE, EMORY UNIVERSITY, USA)

Е.М. Кропанева

Уральский государственный медицинский университет

На современном этапе психология здоровья активно ставит перед обществом задачи: помочь вести более правильный образ жизни и научить управлять своими болезнями и здоровьем. Важнейшим вектором в этом направлении является стремление достичь значительных изменений в поведении человека.

В этой области интенсивно работают многие специалисты здравоохранения. Прогрессивные деятели медицинской науки, как в России, так и за рубежом, рассматривают будущее медицины в формировании общественной профилактики в тесной связке лечебной и профилактической

медицины. Выдающийся хирург Н.И. Пирогов говорил: «Будущее принадлежит медицине профилактической» (В.С. Лучкевич и И.В. Поляков, 2005).

Немаловажный вклад в этом направлении внес известный американский специалист в области психологии здоровья и психологии поведения профессор Университета Эмори Ральф ДиКлементе (Dr. Ralph DiClemente, Emory University, USA), который выступил в сентябре 2014 г. с открытыми лекциями в СПбГУ (открытые лекции Ральфа ДиКлементе). Обсуждались теоретические модели и инновационные технологии изменения поведения человека, эффективные профилактические программы в сфере индивидуального и общественного здоровья, дизайна и организации исследований поведенческих вмешательств.

Ральф ДиКлементе обратил внимание на парадокс по отношению к профилактике в современном мире: несмотря на то, что ее ценность признана в обществе, в реальности мало кто ею занимается. В подтверждение профессор привел пример: «Бывший глава медицинской системы США однажды заметил: годовой оборот медицинской индустрии в Штатах составляет $ 1 трлн, но лишь 1 % от этой суммы направляется на профилактику. Вся остальная сумма тратится на лечение заболеваний» (Р. ДиКлементе).

Ральф ДиКлементе обращает внимание на подходы к основным причинам смертельных заболеваний. Если ранее общество делало упор на инфекционные заболевания, то сейчас акцент на хронические, такие как диабет, рак и др. Появилось серьезное направление превентивных мер, таких как прививки. По его словам, страшна не сама по себе болезнь, а то, как человек ведет себя. Геморрагическую лихорадку Эбола вызывает вирус, и ВИЧ-инфекцию – тоже. «Причиной этих опасных заболеваний является поражение вирусом, но эпидемии данных болезней обусловлены поведением человека. Если вести себя согласно ряду правил, можно предотвратить риск заражения вирусом иммунодефицита и, соответственно, распространение этого заболевания», – уверен профессор Р. ДиКлементе. Однако правильно себя должны вести и те, кто уже, к сожалению, инфицирован. «Сегодня, в целом, заболевших можно вылечить от ВИЧ, но они все равно останутся носителями вируса», – Р. ДиКлементе. Важнейшим направлением, как и раньше, остается профилактика на социальном уровне: информирование социума о правилах поведения, которые помогут снизить риск заражения опасными заболеваниями; привлечение внимания молодежи к разработке и реализации программ вакцинации и участия в изучении болезней и исследовании заболевших. Особо выделил выступления с лекциями в школах, военных подразделениях и различных организациях. Их значительная эффективность объясняется непринужденным общением

специалиста с аудиторией, что обеспечивает наибольшее психологическое взаимодействие, что разрешает учитывать профессиональные, социальные и индивидуальные особенности аудитории. Вместе с тем непосредственное общение со слушателями предъявляет значительные требования к лектору (владение навыками свободной, эмоциональной и убедительной речи, умение удержать внимание, способность доступно объяснить материал и др.). Выступление, лекция, беседа – это всегда в первую очередь диалог, требующий активной деятельности как вещающего, так и аудитории. Эффект убеждения при выступлении во многом зависит от того, насколько вовлечен в контакт с ведущим его слушатель.

Профессор настаивал: «Мы должны проводить активную политику информационного вмешательства. Люди должны адекватно представлять угрозы и риски. Например, за прошедший год на дорогах США в автомобильных авариях погибли более 26 тыс. человек, а в авиакатастрофах – 0. Это означает, что поездка на автомобиле гораздо более опасна, чем полет на самолете. А значит, садясь в автомобиль, люди должны соблюдать ряд правил, чтобы снизить вероятность получения травмы или даже гибели в результате автокатастрофы. Человек в силах избежать травмы или заболевания, сделать процесс лечения более эффективным и, как следствие, сократить смертность».

Медицинские работники, психологи, специализирующиеся в области психологии здоровья, в состоянии помочь обществу изменить траекторию риска заболевания с помощью убеждений об изменении норм поведения. Данная задача очень сложна, т.к. человек осознает свою деятельность разумно, но в поступках ведет себя иррационально (С.Л. Франкл). «Однако с помощью современных теорий и методик мы сможем добиться определенных результатов» (Р. ДиКлементе).

Методы воздействия на аудиторию разнообразны. Принцип «не навреди» непременно обозначен в каждом этическом кодексе, т.к. является естественной базой для работы врачей и психологов, педагогов, работающих в близких к медицине сферах, но в зависимости от особенностей контингента и характера деятельности он может иметь различное содержание. «В разное время принцип «не навреди» имел разную трактовку. Например, вплоть до XVII в. хирургия была делом не врачей, а цирюльников. Невежественные и грубые, цирюльники применяли к пациентам методы лечения, больше похожие на пытки, слепо копируя приемы, применявшиеся их «учителями». Врачи, буквально соблюдая правило «не навреди», были слишком «этичными», чтобы «резать», поэтому, они не должны были даже смотреть на работу «хирургов» – цирюльников. И все же операция, если она выполнялась по правилам, проводилась под

руководством ученого доктора, который сидел за кафедрой и громко вслух зачитывал указания «хирургу» – цирюльнику. Доктор пользовался классической латынью, малограмотный цирюльник не понимал ни слова. Понятно, что, если пациент умирал, вина возлагалась на варвара-хирурга, а если выживал, то плоды успеха пожинал доктор-специалист. При любом исходе событий врач получал также львиную долю гонорара...». Разумеется, что сегодня ситуация изменилась. Хирург имеет право и обязан наносить повреждения кожных покровов пациента, если в этом есть необходимость для сохранения его жизни. Вековая европейская культура мировой медицины формировалась на различных морально-этических принципах, однако на современном этапе существует в четырех моделях: модель Гиппократа; модель Парацельса; деонтологическая модель и биоэтика. В профилактической работе наиболее применима модель Парацельса. Принцип «делай благо» («твори добро»), суть которого – совершение действий для блага пациента. Это воззрение впервые было сформулировано Працельсом, швейцарским врачом и естествоиспытателем. Основу этого подхода составили идеи христианства о том, что любовь к человеку должна проявляться в добрых делах для них.

Метод «делай благо» акцентирует внимание медицинского работника и психолога на необходимости не просто избегания вреда, но активных действий по его предотвращению и (или) исправлению, что так необходимо в плане воздействий на поведение человека.

Профилактическая работа, пропагандирующая здоровый образ жизни, затрагивает проблемы людей, находящихся в трудной жизненной ситуации и переживающих серьезные проблемы, поэтому принцип «не навреди» имеет стержневой смысл и должен соблюдаться максимально строго.

В случае работы с психологически взрослыми и душевно здоровыми людьми, находящимися в значительном эмоциональном тоне, метод «не навреди» менее злободневен и уступает место иным задачам.

Метод провокации, как игра основанная на негативизме и сопротивлении, ставит перед собой цель вызвать обратную реакцию, позволяет затронуть самые потаенные струны души. «Человеческое Я сопротивляется всему, что ему приказывают – указывают делать в обязательном порядке (если, конечно, нет особой установки на подчинение кому-либо: армия, начальник, родители). И, соответственно, тому, что указывают не делать… – а это ещё больше интригует, вызывает повышенный интерес и желание попробовать, посмотреть, что получиться, если сделать все наоборот…» (провокация обратной реакции – «полярная реакция»).

Акцентом является провокация определенных эмоциональных состояний и связанных с ними поведенческих реакций. В профилактической работе этот метод способствует большему усвоению информации и принятию определенных норм поведения «от противного».

Метод пяти процентов. Этот метод отлично применим к большинству задач, встречающихся в нашей жизни. При анализе различного материала, касающегося здорового образа жизни, сложно выбрать оптимальный вариант. В этом случае мы выбираем правильную часть этого метода: или отбрасываем 5 % худших результатов или, наоборот, оставляем 5 % лучших. Также надо обратить внимание на то, что «массы представляют собой живой организм, сознание которого поддается влиянию и управлению небольшой группой, а именно – 5-ю процентами активных представителей из общего числа. Массовый мозг не может принимать решения по каким-либо вопросам, но способен активно участвовать в их исполнении. Явление массового участия происходит по принципам флешмоба и авто-синхронизации» (закон пяти процентов). Многие из нас наблюдали на концертах, как незначительное количество «одаренной» в своем невежестве публики вынуждают аплодировать в неположенном месте всех присутствующих, подключая не только тривиально невоспитанных, но и высокоорганизованных людей, которые сами, быть может, могли бы служить 5-ю процентами смиряющего фактора для бескультурной массы дилетантов. Наличие **закона пяти процентов** в современном социуме является эффективным оружием, которое применяется как политиками и чиновниками для внедрения в массы определенных глобальных проектов, так и харизматичными лидерами для реализации любой фантасмагорической идеи. Метод функционирует в равной степени как в позитивном, так и в негативном направлениях, у каждого специалиста есть потенциал использовать его в профилактических целях здорового образа жизни. Хотя факты демонстрируют использование данного метода с точки зрения обогащения определенной элиты.

Метод гипостезирования языка. Несмотря на то, что многими он раскритикован, он позволяет придать особое значение многим аспектам здоровья человека. Гипостезирование есть приписывание абстрактным понятиям самостоятельного существования, т.е. когда мы наделяем самостоятельным бытием какого-либо отвлеченное понятие, свойство или идею. Например, когда люди наряду со здоровыми и больными людьми в реальном мире выделяют отдельные «существа», как «здоровье» и «болезнь». Наполняя эти так называемые абстрактные понятия новым содержанием, мы можем более воздействовать на коллективное мышление общества.

Вышеперечисленные методы входят в **профилактическую интервенцию** – «целенаправленное воздействие на целевую группу профилактики с целью изменения ее отношения к проблеме и преодоления субъективных факторов, присущих ее представителям (представления, взгляды, убеждения, мотивы, интересы, привычки, стереотипы поведения, ценностные ориентации), которые приводят к проблеме» (А.Т. Тюпля, Т.Б. Иванова). Она воплощается в жизнь путем информирования представителей целевой группы и привлечения их к определенным видам деятельности. Профилактическая интервенция может помочь человеку изменить свое поведение и научиться не создавать или избегать различных жизненных проблем.

Исходя из основные методов профилактической интервенции, которые были перечислены выше, такие как беседа, круглый стол, диспут, видеолекторий, ролевая игра, тренинг, социальная реклама, особо стоит обратить внимание на метод проектов, в который необходимо подключать молодежь. Применяя сочетание диагностики, экспертизы и одновременно социальной профилактики, метод проекта позволяет выявить и предупредить возникновение и распространение негативных социальных процессов и явлений у тех молодых людей, которые разрабатывают и презентуют свою работу. Особое влияние на подростков оказывает пример других успешных детей: «А чем я хуже!». История рождения метода проектов восходит ко 2-й пол. XIX – нач. XX вв. Считается, что он возник в США и основывался на теоретических концепциях так называемой прагматической педагогики, в основе которой лежит принцип «обучение посредством делания» Дж. Дьюи. Однако идеи проектного обучения появились в России почти одновременно с разработками американских педагогов. Сам Дж. Дьюи в 1905 г. приезжал изучать бригадный метод С.Т. Шацкого, далее неоднократно посещал молодую советскую республику. Сторонниками метода проектов в России стали Б.В. Игнатьев, С.Т. Шацкий, В.Н. Шульгин, М.В. Крупенина и др. «Метод проектов – это педагогическая технология, которая включает в себя совокупность исследовательских, поисковых, проблемных методов, творческих по самой своей сути» (Новикова Т., 2000, с. 67). В профилактической работе именно метод проектов позволяет показать большие возможности усвоения так называемого «правильного поведения». Он помогает добиваться реализацию поставленной цели через проработку проблемы, которая должна увенчаться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом (Е.С. Полат). Также это «совокупность приемов и действий учащихся в их определенной последовательности для достижения поставленной

задачи – решения проблемы, лично значимой для учащихся и оформленной в виде некоего конечного продукта» (Гузеев В.В., 1996, с. 93).

Таким образом, на современном этапе при использовании большого перечня форм и методов профилактической работы можно добиться большого охвата публики и усвоении норма здорового образа жизни. Конструирование современной социальной реальности встраивает профилактическую деятельность в сознание человека как инструмент ее оптимизации. Публика соблазняется идеалом (Жижек С., 1999) как конкретизированным, хотя и преувеличенно-приукрашенным, образом желаемого. Благодаря этому она и приобретает призывно-мобилизационную мощь и представляется фатальной истиной, не нуждающейся в доказательстве, обладающей зарядом оптимизма, награждающей верой и надеждой.

Список литературы

1. Гузеев В.В. «Метод проектов» как частный случай интегративной технологии обучения // Директор школы. № 6, 1996. 110 с.
2. ДиКлементе Р. Здоровье человека зависит от его поведения. URL: http://spbu.ru/news-spsu/21866-zdorove-cheloveka-zavisit-ot-ego-povedeniya.
3. Жижек С. Возвышенный объект идеологии. М.: Худож. журнал, 1999.
4. Закон пяти процентов. URL:http://constructorus.ru/psixologiya/zakon-pyati procentov.html.
5. Не навреди. URL: http://www.psychologos.ru/articles/view/ne_navredi.
6. Новикова Т. Проектные технологии // Народное образование. № 7. 2000. 187 с.
7. Общественное здоровье и здравоохранение / Под ред. В.С. Лучкевича и И.В. Полякова. СПб., 2005.
8. Открытые лекции Ральфа ДиКлементе «Психология здоровья и поведения» в Санкт-Петербургском государственном университете. URL: http://spbu.ru/component/fabrik/details/2/9410.
9. Провокация обратной реакции («полярная реакция»). URL: http://www.nrpsy.ru/vliyanie_provokacia_poliarna_reakcia.html.
10. Тюпля А.Т., Иванова Т.Б. Социальная работа: теория и практика. URL: http://uchebnikionline.com/soziologia/sotsialna_robota_-_tyuptya_lt/sotsialna_robota_-_tyuptya_lt.htm.
11. Франкл С.Л. Смысл жизни. URL: http://www.ido.rudn.ru/ffec//philos chrest%5Cg16%5Cfrank.html.

МЕСТО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КГБУЗ «РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 4»

И.А. Маклакова[1], М.А. Лисняк[2]

[1]Родильный дом № 4 г. Красноярска
[2]Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Профессиональная деятельность медицинских работников практически всегда связана с эмоциональными стрессами и высокой ответственностью за жизнь и здоровье людей. Особенно актуально данное утверждение для сотрудников, задействованных в системе охраны материнства и детства, в частности в родильных домах. Клиентами родильных домов становятся женщины, находящиеся, с психологической точки зрения, в одном из сложных периодов своей жизни: беременные женщины на поздних сроках беременности и роженицы. Высокое нервно-психическое напряжение обслуживаемого контингента чревато коммуникативным непониманием и, как следствие, конфликтными ситуациями. Учитывая напряженный и сменный график работы, а также высокую степень ответственности при работе с беременными и роженицами, у медицинского персонала роддома часто формируется эмоциональное выгорание.

Синдром эмоционального выгорания – понятие, введенное в психологию американским психиатром Гербертом Фрейденбергером в 1974 году – проявляется определенными психологическими изменениями. К. Маслач и С. Джексон предложили модель, в соответствии с которой синдром эмоционального выгорания рассматривался как неблагоприятная ответная реакция на профессиональные стрессы, включающая в себя три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений. Развитие синдрома эмоционального выгорания зависит от многих факторов. К условиям, способствующим развитию синдрома эмоционального выгорания, большинство авторов относят особенности профессиональной деятельности и индивидуальные характеристики самих работников. Часто эти факторы называют внешними и внутренними или личностными и организационными (Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова, 2005).

Среди исследователей отсутствует единое мнение по вопросу, внешние или внутренние факторы являются решающими в развитии данного синдрома. Так, К. Маслач (Т.В. Форманюк, 1994) на первый план помещает внутренние факторы: индивидуальный предел или «потолок» возможностей

«эмоционального Я» противостоять истощению; внутренний психологический опыт, включающий чувства, установки, мотивы, ожидания; негативный индивидуальный опыт, в котором сконцентрированы проблемы, дистресс, дискомфорт, дисфункции и/или их негативные последствия.

В.В. Бойко (В.В. Бойко, 1996) подчеркивает доминирующую роль в возникновении эмоционального выгорания группы организационных (внешних) факторов, куда включает условия материальной среды, содержание работы и социально-психологические условия деятельности.

Эмоциональное выгорание может повлечь за собой личностные изменения в сфере общения с людьми (вплоть до развития глубоких когнитивных искажений).

Структура синдрома эмоционального выгорания представлена тремя фазами: напряжением, резистенцией, истощением. Каждой фазе соответствуют определенные симптомы нарастающего выгорания (О. Хухлаева, 2006). Согласно К. Маслач (1982), синдром эмоционального выгорания проходит три стадии:

1. На уровне выполнения функций, произвольного поведения: забывание каких-то моментов, провалы в памяти, сбои в выполнении каких-либо двигательных действий. Характеризуется также приглушением эмоций, сглаживанием остроты чувств и свежести переживаний; исчезают положительные эмоции, появляется некоторая отстраненность в отношениях с членами семьи; возникает состояние тревожности, неудовлетворенности, потребность в уединении. В зависимости от характера деятельности, величины нервно-психических нагрузок и личных особенностей специалиста первая стадия может формироваться в течение трех-пяти лет.

2. Наблюдается снижение интереса к работе, потребности в общении (в том числе и дома, с друзьями), нарастание апатии к концу трудовой недели, появление устойчивых соматических симптомов (нет сил, энергии, головные боли, простудные заболевания), повышенная раздражительность. Возникают недоразумения с учениками, профессионал в кругу своих коллег начинает с пренебрежением говорить о некоторых из них. Время формирования данной стадии в среднем – от пяти до пятнадцати лет.

3. Собственно личное выгорание. Характерна полная потеря интереса к работе и жизни вообще, эмоциональное безразличие, отупение, ощущение постоянного отсутствия сил. Человек стремится к уединению. На этой стадии ему гораздо приятнее общаться с животными и природой, чем людьми. Стадия может формироваться от десяти до двадцати лет (В.А. Родионов, 2001).

Накопленные учеными данные свидетельствуют о том, что в первую очередь рискуют представители профессий, в которых по долгу службы приходится много общаться с людьми. Как пишут Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченкова, «особенно часто синдром выгорания развивается у специалистов «помогающих» профессий, особенно у работающих в некоммерческом секторе: воспитателей и учителей, медицинских сестер и врачей, социальных работников и консультантов телефона доверия» (Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова, 2005).

Это подтверждают и современные литературные данные. В Международной классификации болезней (МКБ-Х) синдром эмоционального выгорания относится к рубрике Z 73 «Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни» (В.М. Лымаренко, 2012). По данным современных исследований, сформированный синдром профессионального выгорания отмечается у 36,1 % хирургов, 30,9 % терапевтов и 9,2 % врачей, не имеющих непосредственного контакта с больными. При этом у 16,6 % врачей хирургического профиля отмечаются психовегетативные и психосоматические нарушения, не выявленные у представителей других групп, что объясняется более высоким физическим и эмоциональным напряжением работы хирургов (А.Д. Донника, 2009).

Другие исследования показывают, что симптомы эмоционального выгорания имеются у 57,0 % врачей анестезиологов-реаниматологов. У 29,8 % выявлен сложившийся СЭВ, у 27,2 % – в фазе формирования, у 43 % СЭВ не выявлен. Наиболее часто сформированный СЭВ отмечался среди врачей со стажем работы 15-20 лет. Установлена положительная корреляционная связь между стажем работы с интенсивностью неадекватного избирательного эмоционального реагирования, которое проявляется в ограничении включения эмоций в профессиональное общение. У врачей, начинающих работать, выявлены тревога, эмоциональное напряжение, неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (А.Н. Мамась, Т.Е. Косаревская, 2010). Проблема эмоционального выгорания затронута в работе Н.Д. Олейниковой и В.П. Терентьева. Проведенное ими исследование показало, что 62,8 % городских и 63,1 % сельских врачей постоянно испытывают стресс на работе (Н.Д. Олейникова, В.П. Терентьев, 2014).

Развитие эмоционального выгорания приводит не только к снижению мотивации на добросовестный труд и формальному отношению к обслуживаемому контингенту. Симптомы выгорания создают благоприятный фон для формирования психосоматических заболеваний, снижают адаптационные возможности организма и, в конечном счете, приводят к снижению трудоспособности медицинского персонала родильного дома.

В связи с вышеперечисленными обстоятельствами все чаще администрация лечебно-профилактических учреждений обращает свое внимание на практические возможности психологов. Целесообразней и экономически выгодней для лечебно-профилактического учреждения изыскать возможность и ввести клинического или медицинского психолога в штат. Именно так и поступил главный врач КГБУЗ «Родильный дом № 4» Л.Г. Попова.

Должность медицинского психолога была введена в 2009 году и в настоящее время деятельность данного специалиста охватывает различные аспекты функционирования медицинского персонала родильного дома и включает в себя несколько этапов.

Первый этап – диагностический, его содержанием является сбор информации о состоянии социально-психологического климата в коллективе, состоянии психологического здоровья каждого из сотрудников.

Сбор информации включает в себя в первую очередь наблюдение за деятельностью сотрудников, как во время непосредственного исполнения их профессиональных обязанностей, так и вне служебного времени. Далее следует обязательная индивидуальная беседа с сотрудником и тестирование.

В рамках психологического тестирования используется опросник MBI («Maslach Burnout Inventory»), состоящий из 22 вопросов, по которым возможно вычисление значений 3-х шкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений». Данная тестовая методика, предназначенная для диагностики профессионального выгорания, была создана в 1986 году Кристиной Маслач и Сьюзан Джексон (Christina Maslach, Susan E. Jackson). Российская адаптация была сделана в 2001 году Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой. В 2007 году в НИПНИ им. Бехтерева была проведена адаптация оригинального опросника Маслач применительно к медицинским работникам. Методика была дополнена математической моделью вычисления общего индекса синдрома перегорания (ИСП).

В результате оценки индекса синдрома перегорания у сотрудников родильного дома № 4 было установлено, что СЭВ чаще всего наблюдается среди врачей-хирургов, что непосредственно связано с большими рисками и чувством ответственность за жизнь матери и ребенка во время проведения сложных операций.

После этапа тестирования с сотрудниками проводятся в обязательном порядке индивидуальные беседы. Цель таких занятий – выявить основные психологические проблемы сотрудников. Оказалось, что почти 85 % врачей и медицинских сестер родильного дома испытывает

затруднения по поиску самостоятельного выхода из конфликтных ситуаций, возникающих как между сотрудниками, так и между медицинскими работниками и пациентками родильного дома. Около 12 % работников пожаловались на утомление и обозначили свое желание сменить работу в ближайшее время. Жалобы на неразрешенные личностные проблемы предъявили всего 3 % сотрудников. Таким образом, можно сделать вывод, что большинство психологических проблем у современных медицинских работников связано именно с осуществлением их трудовой деятельности.

Обобщив данные индивидуальных бесед и проведенного тестирования, удалось выделить из медицинского персонала группу риска. В родильном доме № 4 в группу риска вошли 10 человек, у большинства из которых наблюдалась подавленность, раздраженность, быстрая утомляемость. Для каждого сотрудника из группы риска была разработана индивидуальная психокоррекционая программа, при этом особое внимание уделялось сотрудникам, имеющим выраженные признаки эмоционального выгорания. Дальнейшая работа с группой риска проводилась, согласно разработанной программе, как в форме индивидуальных консультаций, так и в виде групповых тренингов.

Второй этап работы психолога – психокоррекционный. Как указывалось выше, для каждого работника из группы риска была разработана специальная программа. Индивидуальная работа выстраивалась с учетом особенностей психологических проблем каждого сотрудника из группы риска. Во время индивидуальных консультаций ставилась задача привить позитивный взгляд на вещи, помочь осознать, что существует много вариантов интерпретации определенной ситуации. Медицинскому работнику, подверженному СЭВ, необходимо пересмотреть стрессогенную ситуацию и найти позитивные моменты. Это не изменит ситуации, но позволит по-другому смотреть на вещи (рационально-эмотивная терапия). Замечено, что люди, подверженные синдрому эмоционального выгорания, часто имеют заниженную самооценку, робки, тревожны, неуверенны в себе. В связи с этим при разработке индивидуальной коррекционной программы использовалась методика «волшебный магазин». В рамках методики медицинскому работнику предлагалось представить, что он находится в волшебном магазине, в котором может приобрести любую недостающую ему личностную черту: примерить ее на себя, взять ее себе.

Помимо индивидуальной работы сотрудникам предлагались и групповые формы работы. Стиль ведения групповых занятий – не директивный. Во время групповых встреч сотрудники родильного дома делились своими мыслями и чувствами, пришедшими в голову фантазиями,

не имеющими, на первый взгляд, никакой рациональной связи с предметом изложения. Во время работы делался акцент на эмоциональных межличностных воздействиях. Занятия в группах позволяют участникам прояснить стереотипы действий, препятствующие решению проблем, устанавливать более эффективные взаимоотношения с партнерами. В работе семинара использовались ролевые игры, элементы психодрамы, тренинг сенситивности, приемы эмпатического слушания и невербальной коммуникации. Кроме того, во время групповых занятий проводилось обучение техники прогрессивной мышечной релаксации (расслабления) – метод Джекобсона. Упражнения «прогрессивной релаксации» в классическом виде строятся по следующей схеме: сначала разучивается и тренируется расслабление некоторых групп мышц, включая мимические и голосовые; каждое упражнение сначала тренируется при помощи реального движения, а затем без движения, мысленно, путем припоминания ощущений. На втором этапе каждый участник тренинга при помощи тщательного самонаблюдения выясняет, какие мышцы напрягаются у него при отрицательных эмоциях, и затем, используя навыки, полученные на первом этапе, расслабляет выявленные на втором этапе группы мышц и таким образом добивается самоуспокоения.

Третий этап работы психолога в лечебно-профилактическом учреждении – психопрофилактический. Его основная задача заключается, во-первых, в предупреждении возможных конфликтных ситуаций как среди медицинского персонала, так и с пациентами лечебно-профилактического учреждения. Это возможно путем развития у персонала коммуникативных навыков и умений, отреагирования личностных проблем сотрудников.

Во-вторых, важной задачей является профилактика синдрома эмоционального выгорания, уменьшения профессионального стресса.

Для контроля эффективности применяемой методики и разработанной программы каждый сотрудник проходил тестирование на «входе» (перед началом коррекционной работы) и на «выходе» (после завершения программы).

По результатам «выходного» тестирования отмечается положительная динамика, что свидетельствует об эффективности проведенной работы. Количество сотрудников, входящих в группу риска, заметно сократилось.

Исходя из положительных результатов проделанной работы, можно говорить о том, что данный опыт может быть полезен и в других медицинских учреждениях в городах и районах Красноярского края.

Список литературы

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М., 1996. – 185 с.
2. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб., 2005. – С. 7.
3. Доника А.Д. Синдром профессионального выгорания как маркер этических проблем современной медицины // Биоэтика. – 2009. – № 1. – С. 28-31.
4. Лымаренко В.М. Исследование хронического профессионального стресса у врачей скорой медицинской помощи // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – № 3 (39). – С. 39-45.
5. Мамась А.Н., Косаревская Т.Е. Исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов // Новости хирургии. – 2010. – Т. 18. – № 6. – С. 75-81.
6. Олейникова Н.Д., Терентьев В.П. Здоровье врачей в фокусе эмоционального выгорания // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – № 13. – С. 84-85.
7. Родионов В.А. Взаимодействие педагога и психолога в учебном процессе / В.А. Родионов – Ярославль: Полиграфия, 2001. – 480 с.
8. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя / Т.В. Форманюк // Вопросы психологии. – 1994. – № 6. – С. 5-10.
9. Хухлаева О. Давайте учиться не «гореть» / О. Хухлаева // Школьный психолог. – 2006. – № 4. – С. 20-23.

КОМПОНЕНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ

М.С. Максакова

КГБУ СО Центр семьи «Пировский»

Здоровье – основа жизни человека, залог успеха и благополучия, условие достижения жизненных целей. В отечественной психологии здоровье рассматривается в двух аспектах: как психическое и как психологическое.

Длительное время проблема здоровья не являлась приоритетом психологической науки. Психология XX столетия по большей части была сосредоточена на аномалиях человеческой природы, в то время как здоровье личности реже становилось предметом основательного изучения.

К.Г. Юнг первым из теоретиков личности доказывал, что для достижения здоровья разнонаправленные тенденции личности должны быть интегрированы в согласованное целое. Результатом такого единства становится «обретение самости». Сам процесс интеграции многих противодействующих внутриличностных сил и тенденций получил название

«индивидуализация». Когда достигнута интеграция всех аспектов души, человек ощущает единство, гармонию и целостность (Юнг, 1996).

Г. Олпорт дал следующее описание здоровой (зрелой) личности: имеет широкие границы Я, может посмотреть на себя со стороны, активно участвует в трудовых, семейных и социальных отношениях, способна к теплым, сердечным социальным отношениям (дружеская интимность и сочувствие), демонстрирует эмоциональную неозабоченность и самоприятие, реалистическое восприятие, опыт и притязания, способность к самопознанию и чувство юмора, обладает цельной жизненной философией (Олпорт, 1998).

А. Маслоу считал здоровой личностью ту, которая стремится быть всем, чем она может, развивать свой потенциал через самоактуализацию. Кроме того, показателем здоровья личности является стремление к гуманистическим ценностям. Самоактуализирующейся личности присущи такие качества, как принятие других, автономия, спонтанность, чувствительность к прекрасному, чувство юмора, альтруизм, склонность к творчеству. Для А. Маслоу здоровая личность та, которая умеет реализовать свои таланты, способности и потенции (Маслоу, 1997).

Одним из первых, кто указал на необходимость пересмотреть подходы к пониманию психического здоровья личности, был именно Б.С. Братусь. Он предложил рассматривать психическое здоровье не как однородное образование, а как образование, имеющее сложное, поуровневое строение. Высший уровень психического здоровья – личностно-смысловой, или уровень личностного здоровья. Он определяется качеством смысловых отношений человека. Следующий уровень – уровень индивидуально-психологического здоровья. Его оценка зависит от способностей человека построить адекватные способы реализации смысловых устремлений. И последний уровень – уровень психофизиологического здоровья, который определяется особенностями внутренней, мозговой, нейрофизиологической организации актов психической деятельности. Каждый из данных уровней, имея свои критерии, имеет и свои особые закономерности протекания. Несмотря на взаимосвязь и взаимообусловленность уровней, возможны самые различные варианты их развитости, степени и качества их здоровья. По предположению Б.С. Братуся, психическое здоровье, будучи многоуровневым, может страдать на одних уровнях при относительной сохранности других (Братусь, 2012).

Предлагая поуровневый подход к рассмотрению психического здоровья, Б.С. Братусь между тем отмечает, что применение термина «уровень» является условным. В строгом значении об уровнях уместнее говорить при изменении какого-либо свойства, когда каждая новая ступень

вбирает в себя пройденные уровни. В данном случае речь идет скорее о составляющих психического здоровья, существующих одновременно.

Именно два уровня – личностно-смысловой и индивидуально-психологический – Б.С. Братусь называет собственно психологическими уровнями (Братусь, 2012).

И.В. Дубровина одна из первых современных отечественных психологов предприняла попытку разграничить понятия психического и психологического здоровья. И.В. Дубровина пришла к выводу о необходимости введения в научный психологический лексикон нового термина – «психологическое здоровье».

Определяя психическое здоровье в рамках традиционно сложившегося медицинского подхода и психотерапевтического направления, И.В. Дубровина объединяет остальные характеристики здоровой личности новым понятием «психологическое здоровье». Если термин «психическое здоровье» имеет отношение прежде всего к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа (Дубровина И.В., 2000).

В.Э. Пахальян отмечает, что психическое здоровье – это, прежде всего, баланс различных психических свойств и процессов, тогда как психологическое здоровье – это состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях ее взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми и позволяющее ей свободно актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности (Пахальян, 2000).

О.В. Хухлаева в качестве «ключевого» слова для описания психологического здоровья использует слово «гармония», или «баланс». Это гармония между различными составляющими самого человека: эмоциональными и интеллектуальными, телесными и психическими и также гармония между человеком и окружающими людьми, природой, космосом. При этом гармония рассматривается не как статическое состояние, а как процесс. Соответственно, О.В. Хухлаева говорит о том, что психологическое здоровье представляет собой динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи (Хухлаева, 2011).

Н.В. Басалаева отмечает, что психическое здоровье традиционно интерпретируется как собственная жизнеспособность индивида, как жизненная сила, обеспеченная полноценным развитием, как умение

приспосабливаться и расти в изменяющихся, не всегда благоприятных условиях, что является предпосылкой психологического здоровья (Басалаева, 2013).

О.В. Хухлаева описывает психологическое здоровье как систему, включающую аксиологический, инструментальный и потребностно-мотивационный компоненты.

Аксиологический компонент содержательно представлен ценностями собственного «Я» человека и ценностями «Я» других людей. Ему соответствует как абсолютное принятие самого себя при достаточно полном знании себя, так и принятие других людей вне зависимости от пола, возраста, культурных особенностей и т.п. Безусловной предпосылкой этого является личностная целостность, а также умение принять свое «темное начало» и вступить с ним в диалог. Кроме того, необходимыми качествами являются умение разглядеть в каждом из окружающих «светлое начало», даже если оно не сразу заметно, по возможности взаимодействовать именно с этим «светлым началом» и дать право на существование «темному началу» в другом индивидууме так же, как и в себе.

Инструментальный компонент предполагает владение человеком рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать свое сознание на себе, своем внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Ему соответствует умение человека понимать и описывать свои эмоциональные состояния и состояния других людей, возможность свободного и открытого проявления чувств без причинения вреда другим, осознание причин и последствий как своего поведения, так и поведения окружающих.

Потребностно-мотивационный компонент определяет наличие у человека потребности в саморазвитии. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, выступающей двигателем его развития. Он полностью принимает ответственность за свое развитие и становится «автором собственной биографии» (Хухлаева, 2011).

Соответственно, положительное самоотношение и отношение к другим людям, личностная рефлексия и потребность в саморазвитии являются основными компонентами психологического здоровья личности.

Самоотношение, включая в себя самоуважение, симпатии, самопринятие, любовь к себе, чувство расположения, самооценку, самоуверенность, самоунижение, самообвинение, недовольство собой и т.п., обеспечивает направленность личности на собственную активность, раскрытие и реализацию всех своих способностей и возможностей.

Позитивное самоотношение интегрирует в себе самопринятие, самоценность, отраженное самоотношение, интерес, самоуверенность и др. В системе позитивного самоотношения выделяется две подсистемы: система самооценок, основанная на сравнении себя с другими (самоуважение), и система эмоционально-ценностного отношения к себе, основанная на сравнении себя с самим собой (аутосимпатия). При неблагоприятном стечении обстоятельств возможно развитие противоположных характеристик – неприятия себя, неуважения, отсутствие интереса к себе, нарастания внутренних конфликтов и чувства вины, которые в целом интегрируются в негативное самоотношение (Столин, 2000).

Для развития позитивной рефлексии необходимо наличие у человека положительного самоотношения.

Позитивная рефлексия – субъективное средство, обеспечивающее процесс самопознания, результатом которого является обогащение «Образа Я» и «личностный рост» субъекта, конструктивное активно-практическое изменение способов деятельности и общения, построение позитивного, созидающего отношения к жизни в целом. Позитивная рефлексия дает практически применимые результаты, то есть субъект с ее помощью выясняет причины собственных неудач и работает над их устранением.

Результатом негативной рефлексии являются непродуктивные размышления, не имеющие актуального практического применения и выступающие в качестве средства саморазрушения человека. В данном случае рефлексия – уже не способ поиска альтернатив, а собственно использование жизненных сложностей для «ухода в рефлексию», то есть происходит подмена результата процессом (Данилкина, 2010).

В свою очередь саморазвитие человека способствует изменению самоотношения. А личностная рефлексия является механизмом саморазвития. Соответственно, самоотношение, рефлексия и саморазвитие взаимообусловливают друг друга и находятся в постоянном динамическом взаимодействии.

Согласно мнению М.В. Григорович, личностная рефлексия несет функцию самоопределения личности. Личностный рост, развитие индивидуальности, как сверхличностного образования, происходит именно в процессе осознания смысла, который реализуется в конкретном сегменте жизненного процесса. Процесс же самопознания в виде постижения своей Я-концепции посредством рефлексии ведет к обоснованию личностного права на изменение заданной модели поведения (Григорович, 2011).

Таким образом, психологическое здоровье, являясь важнейшей составляющей здоровья человека, относится к личности в целом и представляет собой не застывшее образование, а процесс развития в направлении

достижения человеком своей сущности и самоактуализации. Психологическое здоровье представляет собой систему взаимосвязанных компонентов, включающих положительное самоотношение, личностную рефлексию, потребность в саморазвитии, и находящихся в постоянном динамическом взаимодействии.

Подростковый возраст представляет собой период становления психологического здоровья личности. Наиболее важным отличительным признаком этого периода являются фундаментальные изменения, происходящие в сфере самосознания подростка, которые имеют кардинальное значение для всего последующего развития и становления подростка как личности.

Во время обучения в старшей школе учащиеся проходят подростковый кризис, поэтому главной задачей психолога является психологическое сопровождение подростка в этот период. Характер прохождения кризиса влияет на другие виды деятельности, в том числе на учебную. Помогая подросткам плавно проходить этапы кризиса, психолог повышает его социальную и учебную эффективность.

Ведущей деятельностью подростка становится общение со сверстниками. Однако качественные изменения претерпевает и общение со взрослыми – педагогами и родителями. Поэтому второй важнейшей задачей можно назвать оптимизацию социальной среды подростка.

В школе подросток должен овладеть огромным объемом информации, а также способами ее использования. Поэтому для психологической службы сохраняет свое значение задача оптимизации учебной деятельности подростка.

Третья линия работы – помощь в понимании подростками того, что с ними происходит. Им важно знать, что происходящие с ними изменения нормальны, понимать перспективы своего развития.

Подростковый кризис для успешного своего разрешения требует развитой рефлексии, а точнее – умения организовать внутренний диалог. Предпосылкой этого может стать диалог внешний. Поэтому в течение всего подросткового периода психолог выступает в роли организатора такого диалога.

Четвертая задача – организация психологической помощи учащимся, имеющим существенные нарушения психологического здоровья (Хухлаева, 2007).

Нами было проведено диагностическое исследование трех компонентов психологического здоровья подростков 14 лет: самоотношения, уровня развития рефлексии и готовности к саморазвитию.

Анализ результатов по «Методике исследования самоотношения» (МИС) показывает, что у 52 % испытуемых отмечается средний уровень

по шкале «открытость». Данный показатель свидетельствует об адекватном и критичном осознании подростками себя. В то же время у 48 % испытуемых наблюдаются высокие показатели по шкале «открытость», что указывает на характерную для испытуемых конформность и выраженную мотивацию социального одобрения.

Значения фактора «самоуверенность» распределились следующим образом: 3 % испытуемых имеют низкий уровень по шкале. Данным испытуемым свойствена неудовлетворенность своими возможностями, ощущение собственной слабости, неуверенности в себе. У 61 % отмечается средний уровень по шкале «самоуверенность», что характеризует испытуемых как людей, уверенных в себе. Высокий уровень по данной шкале демонстрируют 36 % испытуемых, что указывает на самоуверенность, ощущение силы собственного «Я».

По шкале «саморуководство» низкие показатели имеют 7 % испытуемых, что указывает на веру испытуемых в подвластность их «Я» внешним обстоятельствам, плохую саморегуляцию, отсутствие тенденции искать причины поступков и результатов в самом себе. Средние значения по фактору «саморукрводство» имеют 47 % испытуемых, высокие значения – 46 % испытуемых, то есть подавляющее большинство исследованных подростков считают источником активности самих себя.

По фактору «отраженное самоотношение» низкие значения мы выявили у 6 % испытуемых, средние – у 66 % опрошенных. Для 28 % подростков характерен высокий уровень данного фактора, что отражает их представление о том, что они как личность способны вызвать у других уважение, симпатию, одобрение.

По шкале «самоценность» у 5 % испытуемых зафиксированы низкие показатели, что говорит о сомнении испытуемых в ценности собственной личности. Средний уровень по данной шкале наблюдается у 63 % протестированных подростков. Высокий уровень по шкале показали 32 % подростков, что указывает на ощущение ими ценности собственной личности.

Для 54 % испытуемых подростков характерен средний уровень «самопринятия», высокий уровень – для 44 % испытуемых, что свидетельствует о чувстве симпатии к себе, согласия со своими внутренними побуждениями, принятия себя. Низкий уровень самопринятия характерен для 2 % испытуемых.

Низкий уровень по фактору «самопривязанность» характерен для 5 % испытуемых, что свидетельствует о желании изменений, неудовлетворенности собой. У 59 % исследуемых подростков отмечается средний уровень самопривязанности, то есть они не желают изменяться по отношению к наличному состоянию даже в лучшую сторону. Высокие

показатели по шкале наблюдаются у 36 % испытуемых, что указывает на общий положительный фон отношения к себе, даже с оттенком некоторого самодовольства.

По фактору «внутренняя конфликтность» высокие показатели имеют 24 % испытуемых, что может свидетельствовать о наличии внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой. У данных подростков просматривается тенденция к чрезмерной рефлексии, протекающей на общем негативном эмоциональном фоне отношения к себе. Данный аспект у испытуемых можно обозначить как чувство конфликтности собственного «Я». Средние показатели по данной шкале имеют 66 % протестированных подростков. Низкий уровень внутренней конфликтности наблюдается у 10 % испытуемых, что свидетельствует о закрытости, поверхностном отношении к проблемам или их отрицанию.

Для 23 % испытуемых характерен низкий уровень по шкале «самообвинение», что указывает на низкий уровень отрицательных эмоций в свой адрес. Для 59 % испытуемых характерен средний уровень самообвинения, тогда как у 18 % подростков отмечается высокий уровень данного фактора, что указывает на самообвинение, отрицательные эмоции в адрес собственного «Я», испытуемые готовы поставить себе в вину свои неудачи и собственные недостатки.

Таким образом, наиболее высокие результаты старшие подростки показали по шкалам «открытость», «саморуководство», «самопринятие» и «самопривязанность», из чего можно сделать вывод, что в целом для данной выборки подростков характерно чувство симпатии к себе, ощущение ценности собственной личности.

Также необходимо отметить, что наиболее низкие результаты получены по шкалам «внутренняя конфликтность» и «самообвинение».

По результатам «Методики диагностики индивидуальной меры выраженности рефлексивности» большинство испытуемых (60 %) обладают средним уровнем развития рефлексии: их результаты находятся в диапазоне от 4 до 7 стенов. Данный результат означает, что большинство диагностированных подростков не испытывает явных проблем в оценке своих действий и поступков, а также действий и поступков других людей.

В то же время у 40 % испытуемых, результаты которых не превышают 4 стенов, отмечается низкий уровень развития рефлексии. Вероятно, что этим школьникам в меньшей степени свойственно задумываться над причинами своих действий и поступков других людей, над их последствиями. Они не всегда планируют свою деятельность, бывают импульсивны. У них возможно возникновение трудностей в общении с другими людьми.

Таким образом, на основе показателя рефлексивности мы выделили уровни сформированности инструментального компонента психологического здоровья старших подростков: высокий – 0 %, средний 60 %, низкий – 40 %.

Анализируя результаты по «Методике диагностики готовности к саморазвитию», мы видим, что в группе испытуемых преобладает средний уровень данной готовности – 40 % испытуемых. Тем не менее, у 30 % подростков отмечается высокий уровень готовности к саморазвитию, что свидетельствует о соответствии норме развития психологического здоровья подростков.

Таким образом, психологическое здоровье, являясь важнейшей составляющей здоровья человека, относится к личности в целом и представляет собой не застывшее образование, а процесс развития в направлении достижения человеком своей сущности и самоактуализации. Психологическое здоровье представляет собой систему взаимосвязанных компонентов, включающих положительное самоотношение, личностную рефлексию, потребность в саморазвитии, и находящихся в постоянном динамическом взаимодействии.

Список литературы

1. Басалаева Н.В. Проблема психического и психологического здоровья в отечественной психологии / Н.В. Басалаева // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 4. – С. 169-170.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 2012. – 304 с.
3. Григорович М.В. Личностная рефлексия как фактор развития личности подростка / М.В. Григорович // Молодой ученый. – 2011. – № 6. – С. 92.
4. Данилкина Г.А. Личностная рефлексия и ее типы, 2010. [Электронный ресурс]: Ин-т – http://rabota-psy.livejournai.com/101436.html.
5. Маслоу А. Психология бытия. – М.: Рефл-бук, 1997. – 304 с.
6. Олпорт Г. Личность в психологии. – М.: Ювента, 1998. – 345 с.
7. Пахальян В.Э. Психопрофилактика и безопасность психологического здоровья детей / В.Э. Пахальян // Прикладная психология. – 2002. – № 5. – С. 83-94.
8. Психологическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 176 с.
9. Столин В.В. Состояния самосознания личности / В.В. Столин // Самосознание и защитные механизмы личности / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Бахрах-М, 2000. – С. 66-83.
10. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. – М.: Академия, 2011. – 208 с.
11. Хухлаева О.В. Психологическое здоровье учащихся как цель работы школьной психологической службы./ О.В. Хухлаева // Школьный психолог – 2007. – № 14. [Электронный ресурс]: Ин-т. – http://psy.1september.ru/article.php?ID=200701402.
12. Юнг К.Г. Структура психики и проблема индивидуализации / К.Г. Юнг // О становлении личности. – М.: Наука, 1996. – С. 176-192.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ НА ЭТАПЕ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ

О.А. Молокова

Евразийский лингвистический институт г. Иркутска – филиал Московского государственного лингвистического университета

Важность и сложность процесса адаптации к обучению в вузе, а также негативные последствия дезадаптации предполагают необходимость психолого-педагогического сопровождения студентов на этом этапе. Психолого-педагогическое сопровождение можно рассматривать как систему диагностических, обучающих и развивающих мероприятий, направленных на создание оптимальных условий функционирования образовательного учреждения, дающего возможность самореализации учащихся (Яничева, 1999). Для сопровождения студентов младших курсов при вхождении в образовательное пространство вуза важно определить его аспекты, наиболее значимые для данного вуза, но при этом неизменно существенную роль играет деятельность, направленная на сохранение/укрепление здоровья обучающегося.

В Евразийском лингвистическом институте (МГЛУ ЕАЛИ) на базе научно-практической лаборатории социально-психологических проблем образования осуществляется психолого-педагогическое сопровождение студентов на этапе адаптации к обучению с выделением традиционных аспектов учебной, психологической, социально-психологической адаптации. Специфику же сопровождения составляет обращение к аспектам адаптации, к изучению иностранных языков и адаптации в поликультурном пространстве города и вуза, а также личностно-центрированный подход, рефлексивный по своей сути, ставший основой диагностических, консультационных, развивающих и иных мероприятий. При этом личностно-центрированный подход к сопровождению студентов на этапе адаптации, определяет то, что решение проблем зависит от самого студента, так как «человек в самом себе может найти огромные ресурсы для самопознания, изменения Я-концепции, целенаправленного поведения» (Роджерс, 2001, с. 48).

Учитывая тот факт, что существует индивидуальная физиологическая и психологическая «цена адаптации», а высокая работоспособность и успешная учебно-профессиональная деятельность при сохранении здоровья обучающихся выступает одним из основных критериев адаптации, на начальном этапе обучения в рамках психолого-педагогического

сопровождения предусматриваются мероприятия, направленные на здоровьесбережение. Очевидно, что психолого-педагогическое сопровождение не может взять на себя функции медицинского сопровождения или обеспечения адекватных физических нагрузок. Однако оно может выполнить важную функцию формирования мотивации деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья, а также навыков поведения, ориентированного на здоровье.

В ходе диагностики как обязательного компонента сопровождения осуществляется мониторинг уровня здоровья и работоспособности. По нашим наблюдениям, следует фиксировать исходное состояние (первая неделя сентября), а затем изменения в ноябре и в мае-июне первого года обучения. Представление о том, что адаптация к обучению происходит в течение двух-трех месяцев, не подтверждается: у студентов, для которых обучение в вузе существенно отличается от школьного (их более трети из числа опрашиваемых каждый год исследования), к этому времени происходит обострение противоречий между старыми учебными возможностям и новыми требованиями образовательной среды, а потому механизмы адаптации испытывают напряжение.

Объективный анализ состояния здоровья студентов первого курса возможен благодаря результатам ежегодного медицинского обследования, позволяющего отнести их к разным группам здоровья. При этом нам доступны только самые общие сведения о показателях здоровья и о структуре заболеваемости контингента первокурсников, что позволяет относительно оценить риск дезадаптации к обучению, обусловленный воздействием данного фактора. Так как он может возрасти из-за нерациональной организации жизнедеятельности, усугубиться поведенческими рисками, в течение учебного года студенты первого курса разрабатывают и ведут индивидуальную программу здоровья, в которой отмечают особенности режима питания, двигательной нагрузки, соблюдение режима труда и отдыха, наличие вредных привычек. Самооценка и самоанализ поведенческих рисков для здоровья и работоспособности может служить основой для повышения мотивации к оздоровительному поведению.

В течение учебного года исследуется самооценка студентами работоспособности и уровня здоровья (см. таблицу), осуществляемая по 10-балльной шкале. Интервал 1-4 балла рассматривается как низкий уровень работоспособности или здоровья; 5-7 – средний; 8-10 – высокий.

Таблица

Самооценка студентами уровня здоровья (в % от числа опрошенных)

Уровень здоровья	2009	2010	2011	2012	2013	2014
высокий	56	52	52	46	53	57
средний	41	46	43	47	40	36
низкий	3	2	5	7	7	7
число опрошенных студентов	154	150	150	147	120	106

Несмотря на то, что самооценка студентов младших курсов имеет некоторую тенденцию к завышению (в частности, самооценка здоровья), особенно во время первого исследования, когда наблюдается эмоциональный подъем, обусловленный поступлением в вуз, она может успешно выполнять функцию экспресс-диагностики при рассмотрении динамики показателей, позволяя прогнозировать появление утомления, снижение уровня умственной работоспособности. При этом можно использовать не только балльную систему оценки, но и оценку произошедших изменений: здоровье улучшилось, ухудшилось, не изменилось за определенный период времени. Обращение человека к самооценке изменений, с ним происходящих, при достаточных рефлексивных умениях приводит к познанию себя, своего поведения и образа жизни, что может сделать диагностику не только констатирующим мероприятием, но и развивающим.

Однако следует отметить, что на начальном этапе адаптации у большинства студентов первого курса мы отмечаем отсутствие понимания взаимосвязи между успешностью учебно-профессиональной деятельности и состоянием здоровья. При значительных резервах здоровья нарушения режима питания, труда и отдыха, гиподинамия могут некоторое время не сказываться на уровне работоспособности и учебных достижениях обучающихся, что не способствует формированию поведения, ориентированного на сохранение здоровья. Из данных, приведенных выше в таблице, следует, что среди обследованных студентов-первокурсников оценивают свое здоровье как хорошее около половины респондентов. Однако на вопрос о том, достаточно ли сил прилагают к улучшению (сохранению) своего здоровья, положительно в начальный период адаптации отвечает лишь каждый четвертый первокурсник. Таким образом, часто находятся причины и более важные дела, «мешающие» заботиться о своем здоровье. Среди основных причин отмечают недостаток времени и средств. Кроме того, среди причин называют свои личностные

качества: отсутствие силы воли, лень, неполную осведомленность о состоянии своего здоровья, нежелание, отсутствие заинтересованности в этом. Среди ответов есть и такие: «мешает молодость, когда буду в возрасте, тогда и буду об этом задумываться», «сейчас я чувствую себя хорошо, хотя и знаю, что есть проблема, но думать об этом еще рано». Еще более удивительны ответы, которые связывают недостаточную заботу о своем здоровье именно с плохим состоянием здоровья. Все это свидетельствует о недостаточной мотивации к деятельности, направленной на здоровьесбережение. В целом понимая, что хорошее здоровье способствует жизненным достижениям, студенты не относят это к успешности своей учебной деятельности. Вчерашние школьники, не имеющие выраженной внутренней мотивации к оздоровительному поведению, нарушают правила гигиены умственного труда, режим двигательной нагрузки и т.п., что в период напряжения механизмов адаптации может привести к ухудшению здоровья.

В здоровьесберегающей деятельности, как и любой другой, чем шире представлены мотивы, побуждающие к ней, тем больше усилий приложит к ней конкретный человек. Но они всегда должны отражать интересы самой личности. Хотя мотивирование желаемого поведения может происходить императивным, приказным путем или путем манипуляции, оно будет в большей мере ориентировано на интересы директивной стороны. А потому этот путь заведомо проигрывает более длительному пути мотивирования, связанному с задействованием системы воспитания, обучения и педагогической поддержки, учитывающей интересы самого человека.

По нашему мнению, существуют недооцененные возможности таких недирективных путей здоровьесберегающей деятельности, в частности, обращение при сопровождении студентов на этапе адаптации к формированию временной компетенции, оказывает позитивное влияние на сохранение/укрепление здоровья обучающихся.

Управление временем как проявление временной компетенции для любого человека, сталкивающегося с его дефицитом и понимающего, что время выступает важным ресурсом жизни и деятельности, отвечает его интересам. Поэтому возможность научиться эффективно распоряжаться своим временем вызывает неизменный энтузиазм у студентов, связывающих трудности учебной деятельности, общения, решения бытовых проблем с нехваткой времени. Таким образом, мы посчитали важным обратиться к данной проблеме: во-первых, время выступает для современного человека одним из основных стрессоров, а выход из стресса не всегда является выходом «в здоровье»; во-вторых, возможность самостоятельного управления своим временем большинство первокурсников

называют в качестве основного показателя того, что их жизнь изменилась в сравнении со школьным обучением; в-третьих, неумение организовать свое время, которое отмечает ежегодно треть респондентов (Молокова, 2014) практически сразу сказывается на учебной адаптации и успешности учебно-профессиональной деятельности; в-четвертых, нарушения режима труда и отдыха, влияющие на умственную работоспособность, наблюдаются у значительного числа студентов. Кроме того, для нас было важным то, что развитие временной компетенции способствует развитию рефлексии как способности обратить сознание на себя, позволяющей критически отнестись к организации своей жизни и деятельности. Студент находится в рефлексивной позиции и устанавливает связи между разными моментами, факторами, а обусловленность достижений или затруднений сопоставляет со своими актуальными качествами. Такие моменты позволяют обучающемуся себя познавать, самому принимать решения, выступая актами самоорганизации и самоуправления. Преподаватель совместно со студентом может направлять процесс рефлексии на объективизацию потребностей и постановку задач, связанных с управлением временем в контексте сохранения здоровья. Это позволяет перейти от осознания к целеполаганию и освоению деятельности. Управление же временем при этом выступает в качестве особого вида управления, обеспечивающего личности рациональное планирование, саморегуляцию и самоконтроль времени на основе осознания субъективной ценности времени и сформированности мотивации к данному виду деятельности (Родчиков, 2012).

Временная компетентность выступает важным компонентом культуры здоровья, если она рассматривается как в широком смысле – обращенности в будущее, в построение жизненных планов и перспектив, так и в узком смысле – в контексте соблюдения требований к временной организации умственной деятельности.

Жизненные планы – это показатель овладения личностью своим внутренним миром, а также система приспособления к действительности (Выготский, 1984). «Решение жизненных, также как и задач собственного развития, предполагает предвидение, ориентацию на будущее и степень его возможного воплощения….Это можно сформулировать достаточно жестко: надо только знать, что хочешь увидеть в будущем. Тогда настоящее будет конкретной ступенькой, шагом к нему» (Абрамова, 1997, с. 577).

Исследование управления временем в широком смысле, как построение жизненных планов и перспектив личности, показало, что определение трех главных целей в предстоящем учебном году оказывается сложным для 30 % первокурсников в первом исследовании (сентябрь). Цели либо не представляются вообще, либо формулируются очень широко:

«устроиться в жизни»; «получить образование»; «стать независимым» и т.п. Среди главных целей первого года обучения ожидаемо оказываются следующие: «сдать успешно сессию»; «улучшить знания иностранного языка»; «найти новых друзей»; «активно участвовать в мероприятиях, показать себя»; «найти работу»; «приспособиться к новому образу жизни, к вузу». Цель «заниматься своим здоровьем, держать себя в хорошей физической форме» присутствует у 10-15 % респондентов в разные годы исследования. Определение же целей, которых студенты хотели бы добиться за ближайшие четыре года, представляло для них еще большую трудность: они либо приобретали очень общий характер пожелания к своей будущей жизни, например, «стать счастливым человеком», либо вообще отрицалась необходимость планировать что-либо в своей жизни: «я не хочу / не люблю что-то планировать».

У 45-55 % опрошенных первокурсников цели очень четко определены, они лучше видят свои возможности и резервы и знают, что надо уже сейчас делать для достижения этих целей. При этом об укреплении здоровья как условии достижения целей заявляют не более 3-4 первокурсников каждого нового набора. У остальных студентов перспективы и планы определены, но недостаточно четко. Цели на предстоящий год и на четыре ближайших года являются одинаковыми, и сохранение/укрепление здоровья среди них не присутствует. Таким образом, признание здоровья несомненной ценностью не связывается у большинства обучающихся на этапе адаптации с необходимостью практических действий по его сохранению. Формирование же навыков управления временем в отдаленной и близкой перспективе позволяет определять конкретные цели, связанные с сохранением здоровья и достигать их реализации.

Высокая умственная работоспособность обусловлена в значительной мере соблюдением режима сна, отдыха, а также двигательной активности студента. Согласно результатам исследования, большинство (80 %) студентов первого курса затрачивают на выполнение самостоятельной работы от 2 до 4 часов в день, что соответствует гигиеническим нормам. Примерно столько же времени они уделяли подготовке домашних заданий в школе. Однако выполнение этой работы происходит в том числе и в ночное время: если в 2006 году постоянно занимался по ночам каждый третий студент-первокурсник, в 2009 – каждый второй, то в 2011 году о ночной учебной работе заявили 64 % студентов, а в 2012 и 2013 – 68 %. При этом почти все из тех, кто выполняет самостоятельную работу по ночам, не чувствуют себя утром отдохнувшими в связи с нарушением режима сна (95 %). По воскресным дням занимаются 90 % студентов-первокурсников, принимавших участие в исследовании, а это также выше показателей

2005-2008 гг., когда в воскресные дни выполняли учебные задания около 60 % учащихся. При этом около 50 % из них не чувствуют себя отдохнувшими в понедельник утром. У этих студентов проявляется легкой степени переутомление: они испытывают усталость при усиленной нагрузке.

Таким образом, неумение распоряжаться своим временем, которое во многом связано с определением очередности задач, с определением и противостоянием «пожирателям» времени и т.д., приводит к серьезным погрешностям в режиме труда и отдыха, негативно отражающимся на здоровье первокурсника, потому нуждающемся в коррекции. Даже желание и способность управлять своим временем, проявляющиеся в наличии постоянного распорядка дня, является благоприятным фактором адаптации, но лишь в том случае, если в нем заведомо не заложены предпосылки дезадаптации. Таковыми являются нарушения сна (не только по его длительности, но и по времени отхода ко сну и его непрерывности), выполнение в ночное время учебных заданий, отсутствие времени, отводимого на отдых, в том числе и активный. Для 20 % представляемых студентами режимов дня вообще отсутствует указание на наличие сна и отдыха, как компонентов временной организации жизни. Именно у этих студентов ближние и дальние цели в основном связаны с учебной деятельностью: «освоить второй иностранный язык»; «выучить китайский язык»; «закончить первый курс и перейти на второй, потом закончить второй курс и перейти на третий и т.д.». Можно прогнозировать, что успешность их учебной деятельности будет сопряжена с повышением физиологической и психологической «цены» этих достижений. Если не обращать внимания на подобные особенности распоряжения своим временем, сформируется поведение, который станет существенным фактором риска дезадаптации первокурсника.

Все вышесказанное позволяет говорить о том, что формирование временной компетенции и прямо, и косвенно связано со здоровьем обучающегося. Это ключевая компетенция, значимая для любого вида деятельности, в том числе и направленной на здоровьесбережение, для формирования которой требуется рефлексивный и субъектный подходы. При этом единичные мероприятия редко приводят к необходимому изменению поведения. Желательно или введение специальных дисциплин по выбору студентов «Управление временем» или «Техники стресс-менеджмента» в вариативную часть учебных планов, что используется нами, или подобных разделов в пропедевтические курсы введения в ту или иную специальность. При этом более широкий по содержанию второй курс, включающий управление временем в качестве одного из разделов, оказался предпочтительным. Интерактивный характер обучения

и ориентация на развитие практических умений управления своим психическим состоянием и временем создают предпосылки для формирования необходимых профессиональных компетенций, а также для сохранения здоровья будущего профессионала. Желательно проведение в рамках сопровождения студентов на этапе адаптации психолого-педагогического тренинга по развитию временной компетентности.

В заключение хотелось бы отметить, что традиционность исследований адаптации студентов к обучению вузе может создавать представление об изученности данного вопроса, но психолого-педагогическое сопровождение обучающихся заставляет обращаться к новым его сторонам, использовать новые подходы, в частности, к сохранению/укреплению здоровья, ориентируясь на возможности самой личности.

Список литературы

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология. – М.: Академия; Раритет, 1997. – 704 с.
2. Выготский Л.С. Педология подростка // Собрание сочинений в 6 т. – Т. 4. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
3. Молокова О.А., Погодаева М.В., Ушева Т.Ф. Формирование ключевых компетенций в педагогическом образовании. – Иркутск: ФГБОУ ВПО ИГЛУ, 2014. – 188 с.
4. Роджерс К. Клиентоцентрированный/человекоцентрированный подход в психотерапии // Вопросы психологии, 2001. – № 2. – С. 48-58.
5. Родчиков А.А., Савва Л.И. Модель развития готовности учеников старших классов к управлению своим временем // Современные проблемы науки и образования. Педагогические науки. – 2012. – № 1.
6. Яничева Т.Г. Психологическое сопровождение деятельности школы. Подход. Опыт. Находки // Журнал практического психолога, 1999. – № 3. – С. 101-119.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

О.П. Мурзина, Г.Г. Вербина

Чебоксарский государственный университет

Болезнь Дауна впервые описал в 1836 г. французский психиатр Ж. Эскироль. Английский педиатр Л. Даун, в честь которого и получила свое название данная аномалия, в 1886 г. представил данную болезнь в клинической характеристике как «монголоидную идиотию». В своей работе «Заметки по этнической классификации умственно отсталых» Л. Даун предпринял попытку отнести известные ему группы умственно отсталых детей к определенным расам и назвал его «монгольский тип идиотии» из-за узких раскосых глаз, придающих им внешнее сходство

с людьми монголоидной расы. Анализ научных источников показывает, что наиболее полное научное описание указанной болезни после Л. Дауна принадлежит английским врачам Фрейзеру и Митчелу (1876). В России об этом заболевании впервые сообщил известный психиатр П.И. Ковалевский. После П.И. Ковалевского (1905) описания синдрома Дауна можно найти в работах А.С. Грибоедова (1914), В. Медовникова (1910), С.Я. Рабинович (1916) и др. Авторы указывали на резкое недоразвитие познавательной деятельности и речи. В описаниях лиц с синдромом Дауна содержатся сведения о склонности детей к подражательным действиям, а аффективная сфера характеризуется у некоторых детей вялостью, апатией, у других – возбудимостью, беспокойством, негативизмом.

Множественные описания синдромальных признаков не объясняли причин их возникновения, поэтому отсутствие точных данных о причине болезни приводило исследователей к различным теориям и гипотезам: атавистической, теории расовой дегенерации, вырождения, гипотезе эндокринной патологии и др. Исследователи часто указывали на вялость и малую активность. Как известно, задержка формирования двигательных функций влечет за собой и задержку развития всех психических процессов. Синдром Дауна – это генетическое нарушение, встречающееся в одном случае из 600-700 новорожденных, таким образом, частота синдрома Дауна среди родившихся детей составляет 0,15 %. В нашей стране ежегодно рождается около двух с половиной тысяч детей с синдромом Дауна. 85 % детей-даунов после рождения остаются в домах ребенка, в силу неразвитости системы социально-педагогической поддержки семей и социально-бытовой реабилитации детей данной категории (Никушкина, 2007). В 1959 году было выяснено, что при синдроме Дауна имеется трисомия 21-й пары хромосом. Такое нарушение кариотипа (трисомия) происходит в том случае, когда у матери при созревании половой клетки под влиянием часто неизвестных причин произошло нерасхождение 21-й пары хромосом, и образовалась яйцеклетка, содержащая 24 хромосомы. При оплодотворении такой яйцеклетки нормальным сперматозоидом, содержащим 23 хромосомы, развивается ребенок с 47 хромосомами. Среди факторов риска рождения ребенка с синдромом Дауна основное место принадлежит возрасту матери. Это связано как с уменьшением гормонального контроля у пожилых женщин, так и с недостаточностью гормонального контроля у девушек подросткового возраста. Имеются данные о повышении частоты рождения детей с синдромом Дауна при применении гормональных контрацептивных средств, рентгенологического облучения и т.д. Риск рождения ребенка с синдромом Дауна также увеличивается при пожилом отце (Корж, 2009) .

Дети с синдромом Дауна в своем развитии редко в первые несколько месяцев жизни отличаются от детей без данной аномалии. Родители детей данной категории ошибочно считают, что их дети ничем не отличаются от сверстников. В первые 6 месяцев после рождения у данных детей трудно заметить какие-то признаки указанного синдрома, а сами родители чаще всего не компетентны в данном вопросе и не могут уловить те тонкости, которые отличают их детей от здоровых. И даже в ходе медицинских обследований таких детей иногда признают здоровыми, что держит в заблуждении их родителей.

Начиная с 90-х годов прошлого века, растущее количество исследований раннего развития маленьких детей и дошкольников с синдромом Дауна определило ведущие направления в детской психологии. Большую работу проделали Cicchetti и Beeghly, собрав всю имеющуюся на тот момент информацию о синдроме Дауна. Исследователи сообщают многое о темпераменте, взаимодействии родителей и детей, внимании, памяти и восприятии, сенсомоторном развитии, самоконтроле, языковых способностях, о первом этапе коммуникативного, понятийного и игрового развития и об отношениях со сверстниками.

Были предприняты исследования уровня умственного развития детей с синдромом Дауна. Результаты данных исследований показали, что индивиды с болезнью Дауна запаздывают в развитии по сравнению со своими обычными сверстниками и среди всех умственно отсталых детей составляют 10-12 %. Степень недоразвития интеллекта детей с болезнью Дауна может варьировать. По данным некоторых исследователей, 65-90 % случаев умственного недоразвития у детей с синдромом Дауна – это олигофрения в степени имбецильности. Дебильность и идиотия у детей диагностируется в одинаковых соотношениях (Ковалева, 2005).

Таким образом, исследования умственных способностей у людей с синдромом Дауна началось более 40 лет назад. За это время было опубликовано много работ по определению уровня интеллектуального развития данного контингента людей. Несмотря на то, что все эти исследования имели общую цель, они значительно отличались друг от друга:

– по изучавшимся популяциям,
– по применяемым методам,
– по количеству испытуемых и особенностям развития обследуемых.

Ранний период развития ребенка с синдромом Дауна, по свидетельству многих авторов (А.Ю. Демидов, 1972; Н.Б. Лурье, 1972; Р.А. Мейерова, 1969; Л.Г. Чикина, 1929; И.И. Штильбанс, 1965 и др.), имеет характерные особенности, отличающие его не только от нормальных младенцев, но и от умственно отсталых с другой структурой дефекта.

Дети с синдромом Дауна инертны, апатичны, ничем не привлекают к себе внимания окружающих: почти не плачут, не дифференцируют образ матери и др. Долгое время ребенок не производит движений руками, ногами, туловищем. Внимание на I году жизни характеризуется крайней неустойчивостью: не реагирует на речь, на звучащие игрушки, не фиксирует взором яркие предметы. Отсутствие отчетливых реакций на слуховые и зрительные раздражители часто не позволяет судить о состоянии зрения и слуха ребенка в младенческий период. Реагирования на окружающую обстановку, фиксация взгляда, улыбка появляются у детей лишь к концу первого года жизни. Ярким специфическим признаком синдрома Дауна является диффузная мышечная гипотония, проявляющаяся в повышенной подвижности суставов, их слабом сопротивлении. Характерны необычные позы ребенка: положение ног как у лягушки при лежании; «поза портного» и «гимнастическая» подвижность ног и стоп.

Структура психического недоразвития детей с синдромом Дауна своеобразна: речь появляется поздно и на протяжении всей жизни остается недоразвитой, понимание речи недостаточное, словарный запас бедный. Особенно обращает на себя внимание отставание в развитии моторики и речи. Однако к трем-четырем годам они становятся несколько живее и активнее, поскольку начинают ходить. На этом этапе у них формируется речь, проявляется любовь к близким. Однако речь даже и тогда развивается крайне медленно и с большим трудом. Речевые нарушения у детей с синдромом Дауна связаны не только с их интеллектуальной недостаточностью, но и с частыми нарушениями слуха. Но, несмотря на тяжесть интеллектуального дефекта, эмоциональная сфера остается практически сохраненной. «Даунисты» могут быть ласковыми, послушными, доброжелательными. Они могут любить, смущаться, обижаться, хотя иногда бывают раздражительными, злобными и упрямыми. Большинство из них любопытны и обладают хорошей подражательной способностью, что способствует привитию навыков самообслуживания и трудовых процессов. Уровень навыков и умений, которого могут достичь дети с синдромом Дауна, весьма различен. Это обусловлено генетическими и средовыми факторами. Зрительное восприятие является основой осознания мира и, следовательно, способности реагировать на него. Дети с синдромом Дауна фиксируют свое внимание на единичных особенностях зрительного образа, предпочитают простые стимулы и избегают сложных изобразительных конфигураций. Такое предпочтение сохраняется на протяжении всей жизни. Ошибки в воспроизведении зрительно воспринятых форм связаны у них с особенностями внимания, а не с точностью восприятия. Дети-дауны не умеют вглядываться, не умеют самостоятельно

рассматривать. Так, например, разглядывая картинки с изображением нелепых ситуаций, им требуется постоянное побуждение. Иначе, увидев какую-то одну нелепость, они не переходят к поиску остальных. В учебной деятельности это приводит к тому, что дети без стимулирующих вопросов педагога не могут выполнить доступное их пониманию задание. Однако в результате многочисленных экспериментов было выяснено, что они лучше оперируют материалами, воспринимаемыми зрительно, чем на слух. Для детей с болезнью Дауна характерны трудности восприятия пространства и времени, что мешает им ориентироваться в окружающем мире. Часто даже дети восьми-девяти лет не различают правую и левую стороны, не могут найти в помещении школы свой класс, столовую, туалет. Они ошибаются при определении времени на часах, дней недели, времен года и т.п., значительно позже своих сверстников с нормальным интеллектом начинают различать цвета. Трудности в освоении речи у детей с синдромом Дауна связаны с частыми инфекционными заболеваниями среднего уха, снижением остроты слуха, пониженным мышечным тонусом, маленькой полостью рта, задержкой в интеллектуальном развитии. Кроме того, у детей с синдромом Дауна маленькие и узкие ушные каналы. Все это отрицательно влияет на слуховое восприятие и умение слушать, то есть слышать последовательные согласованные звуки окружающей среды, концентрировать на них внимание и узнавать их. При развитии речи существенное значение имеют тактильные ощущения как внутри ротовой полости, так и внутри рта. Они нередко испытывают трудности в распознании своих ощущений: плохо представляют себе, где находится язык и куда его следует поместить для того, чтобы произнести тот или иной звук. Дети с синдромом Дауна не умеют и не могут интегрировать свои ощущения – одновременно концентрировать внимание, слушать, смотреть и реагировать и, следовательно, не имеют возможности в отдельно взятый момент времени обработать сигналы более чем от одного раздражителя. У некоторых детей с синдромом Дауна овладение речью настолько замедленно, что возможность их обучения посредством общения с другими людьми крайне затруднена. Из-за трудностей выражения своих мыслей и желаний эти дети часто переживают и чувствуют себя несчастными. Умение говорить развивается, как правило, позже умения воспринимать речь. Детям с синдромом Дауна свойственны трудности в освоении грамматического строя речи, а также семантики, то есть значений слов. Они долго не дифференцируют звуки окружающей речи, плохо усваивают новые слова и словосочетания. Дети с синдромом Дауна часто говорят быстро или отдельными последовательностями словами, без пауз между ними, так что слова набегают друг на друга.

По отношению к детям-Даунам исследователи занимают самые противоречивые позиции. Одни придерживаются пессимистической точки зрения утверждая, что дети-дауны абсолютно не способны к обучению. Считают, что им недоступны чтение и письмо, потому что уровень их интеллектуального развития соответствует имбецильности. Кроме того, у таких детей часто наблюдаются разнообразные дефекты речи. Другие высказывают вполне оптимистическую позицию, аргументируя ее тем, что несмотря на то, что этим детям, как правило, недоступны абстрактные понятия и счетные операции, для многих из них характерна хорошо развитая механическая память и наблюдательность. У них экстраординарные способности к подражанию. А это значит, что их можно сознательно развивать, придавая им практическую направленность. Изучение опыта специалистов и родителей, воспитывающих детей с синдромом Дауна, убеждает в том, что уровень возможностей этих детей должен оцениваться только индивидуально [Корж, 2009)]. Поэтому любые обобщения являются принципиально ошибочными, поскольку знание физического или психического состояния индивида нельзя отрывать от понимания его индивидуальности. Сегодня совершенно ясно, что при обучении и воспитании ребенка с синдромом Дауна педагогам и родителям необходимо опираться на его более сильные способности, что даст возможность преодолевать его более слабые качества. Несмотря на то, что болезнь Дауна представляет собой множество врожденных дефектов, основные этапы развития больных детей совпадают с развитием развивающихся нормально.

Некоторые исследователи указывают на неустойчивость настроения детей-даунов, их повышенную раздражительность, обидчивость и злобность. Другие – на их добродушие, послушание, особую нежность и привязанность к тем, кто за ними ухаживает. Поэтому личностные особенности этих детей, как и всех нормальных, определяются отношением к данным детям. Для достижения максимально возможных успехов в развитии познавательных способностей, обучении и социальной адаптации детей с болезнью Дауна необходимо ежедневно делать с ними различные упражнения по развитию слуха и зрения. Следует понимать, что главным недостатком этих детей является нарушение обобщенности восприятия. Им требуется значительно больше времени, чтобы воспринять предлагаемый им материал (картину, текст и т. п.). Замедленность восприятия усугубляется еще и тем, что из-за умственного недоразвития они с трудом выделяют главное, не понимают внутренней связи между частями картинки, персонажами истории и прочее. Они часто путают графически сходные буквы, цифры, предметы, звуки, слова и т. п. Поэтому ребенку

с болезнью Дауна для развития необходимо очень много стимулов, чтобы что-то делать, в чем-то упражняться, учиться. Им постоянно нужна помощь и поддержка родителей и близких. Большинство специалистов убеждено, что даунят можно научить практически всему, главное – заниматься ими, верить в них, искренне радоваться их успехам. Главное правило реабилитации детей с синдромом Дауна – не лечение или коррекция в специальных учреждениях, а вовлеченность в «обычную» жизнь – общение с близкими и сверстниками, учеба и занятия в кружках и секциях. Современные исследователи данной аномалии называют это «интегрированным образованием»: даунята посещают обычные детские сады и школы, где обучаются по особому (составленному индивидуально) учебному плану. Дети-дауны имеют не только слабые, но и сильные стороны, и, соответственно, нуждаются не столько в упрощенной, сколько в индивидуальной программе обучения. Малышам с синдромом Дауна сложнее обобщать, доказывать, рассуждать, осваивать новые навыки и концентрироваться, зато они, как правило, обладают хорошими способностями к визуальному обучению (например, им несложно выучить и использовать написанный текст).

Цель коррекционной работы с детьми с синдромом Дауна – их социальная адаптация, приспособление к жизни и возможная интеграция в общество. Используя все познавательные способности детей и учитывая специфику развития психических процессов, развивать у них жизненно необходимые навыки, чтобы, став взрослыми, они могли самостоятельно себя обслуживать, выполнять в быту простую работу, повысить качество жизни своей и родителей.

Сравнительные исследования показали, что дети с синдромом Дауна, с которыми занимались по программам ранней педагогической помощи, к моменту поступления в детский сад и в школу умели уже гораздо больше, чем те, с которыми не проводились подобные занятия. Многие дети стали посещать обычные местные школы, где они обучаются в общих классах по индивидуальным программам. Согласно исследованиям, все дети показывают лучшие успехи в образовании в условиях интеграции. Находясь среди типично развитых сверстников, особый ребенок получает примеры нормального, соответствующего возрасту поведения. Дети со средними и даже с тяжелыми нарушениями учатся читать и писать, общаются с окружающими их «здоровыми» людьми. В России создаются центры ранней педагогической помощи детям с данной аномалией и начинаются попытки интегрированного образования таких детей. Достижением поставленных целей обеспечивается решение следующих основных задач:

1. Развитие психических функций детей-даунистов в процессе работы и как можно более ранняя коррекция их недостатков.

2. Воспитание детей с синдромом Дауна, формирование у них правильного поведения.

3. Трудовое обучение, выработка навыков самообслуживания и подготовка к посильным видам хозяйственно-бытового труда.

4. Обучение навыкам самообслуживания.

Сенсорное воспитание является одним из направлений работы по социальной адаптации детей с синдромом Дауна. Сенсорное воспитание – начальная ступень обучающего процесса и направлено на воспитание полноценного восприятия у ребенка с аномалиями развития, это основа познания окружающего мира. В основе сенсорного восприятия лежит развитие чувственного ощущения. Восприятие оказывает воздействие на анализаторы чувств ребенка. Накопление чувственных ощущений об окружающем мире способствует деятельности органов чувств ребенка. Ребенок начинает ощущать, позитивно воспринимать окружающую действительность через свою практическую деятельность, Сенсорное восприятие развивает у ребенка ориентировочную деятельность в окружающем мире. Для того, чтобы ребенок мог усвоить передаваемую информацию, необходимо развивать мыслительные процессы, включающие сравнение, анализ, синтез, обобщение, классификацию. Для успешной социализации ребенку с синдромом Дауна желательно посещение обычной государственной школы. Интеграция в обычную школу даст ему возможность учиться жить и действовать так, как это принято в окружающем его мире. Многие педагоги и родители убеждены, что детям с ограниченными возможностями, независимо от типа нарушения, следует посещать те детские сады и школы, в которые ходят дети, живущие по соседству. Если ребенка возят в какую-то другую школу или детский сад, он сразу становится в глазах общественности не таким, как все. Кроме того, в этом случае ему гораздо труднее наладить хорошие взаимоотношения с ровесниками и найти среди них друзей.

Право детей с синдромом Дауна, как и других ребят с ограниченными возможностями, на максимальную социальную адаптацию, то есть на посещение обычных детских садов и школ, в России закреплено законодательно.

На данный момент в обзорах, дискуссиях и различных публикациях, связанных с синдромом Дауна, стало нормой рекомендовать воспитание такого ребенка в домашних условиях. Тем не менее, даже в контексте радикальных изменений жизненных ожиданий и жизненного опыта людей с синдромом Дауна их родители все-таки имеют мало уверенности

в адекватном развитии своих детей. Согласно исследованиям, все дети показывают лучшие успехи в образовании в условиях интеграции. Находясь среди типично развитых сверстников, особый ребенок получает примеры нормального, соответствующего возрасту поведения. Посещение обычной школы является ключевым шагом к интеграции в жизнь местного общества и общества в целом. Дети со средними и даже с тяжелыми нарушениями учатся читать и писать, общаются с окружающими их «здоровыми» людьми.

Проблема обучения и воспитания детей с синдромом Дауна, оказание им своевременной комплексной психолого-педагогической помощи в последние годы стала предметом пристального внимания ученых и практических работников системы специального образования, однако исследований немного (Г.Н. Бойко, 2003; Л.Г. Матееску, 2005; Л.Ю. Панарина, 2004 и т.д.). Возросший интерес к этой проблеме связан, прежде всего, с наличием стойких негативных стереотипов в отношении возможностей развития таких детей, распространенных в клинической, социально-педагогической и психологической практике и с отсутствием научно обоснованных данных о возможностях их обучения и воспитания. Семьи, в которых растут дети с синдромом Дауна, страдают от недостатка психолого-педагогической и социальной поддержки, а более всего от негативного отношения к ним общества.

Неприятие детей социумом обусловливает формирование особых состояний у родителей, переживающих длительное время как личностный, так и социальный стресс. Создает стрессовые ситуации также недостаточность информации в обществе, связанной с популяризацией научных данных о природе синдрома, методах и приемах оказания помощи, обучения и воспитания. В настоящий момент практически отсутствует система психолого-педагогической поддержки семей, воспитывающих таких детей.

Существует целый ряд проблем, связанных с включением ребенка с синдромом Дауна в систему общего образования:

- наличие в педагогической среде стереотипов и предрассудков по отношению к таким детям;
- несформированность коррекционно-развивающей среды и неразработанность индивидуальных программ обучения и реабилитации детей с синдромом Дауна.

Отсутствие специальной подготовки педагогов для работы с детьми данной категории создает определенные трудности в условиях общеобразовательного учреждения. Эффективное интегрированное обучение детей с синдромом Дауна возможно лишь при условии специальной

подготовки и переподготовки кадров как общеобразовательных, так и специальных (коррекционных) учреждений. Целью такой подготовки должно быть овладение педагогами массовых школ и детских садов дефектологическими знаниями и специальными педагогическими технологиями, которые обеспечат возможность квалифицированного обучения и воспитания детей с данной аномалией.

Проблема обучения и воспитания, социальной адаптации детей с синдромом Дауна не является локальной проблемой конкретной семьи или конкретного образовательного учреждения, она носит общегосударственный, социальный характер и выступает показателем способности общества к социальной эволюции. Ранняя комплексная помощь – это новая, быстро развивающаяся область междисциплинарного знания, рассматривающая теоретические и практические основы комплексного обслуживания детей-даунов первых месяцев и лет жизни. Особенности развития ребенка в раннем возрасте, пластичность центральной нервной системы и способность к компенсации нарушенных функций обуславливает важность ранней комплексной помощи, позволяющей путем целенаправленного воздействия исправлять первично нарушенные психические и моторные функции при обратимых дефектах и предупреждать возникновение вторичных отклонений в развитии.

Ранняя комплексная помощь представляет собой систему специально организованных мероприятий, каждый элемент которой может рассматриваться как самостоятельное направление деятельности учреждений, находящихся в ведении органов здравоохранения, образования и социальной защиты населения.

Результаты исследований данной проблемы говорят о том, что систематическая ранняя психолого-педагогическая помощь детям с синдромом Дауна в условиях семьи с привлечением родителей в процесс коррекционной работы позволяет вывести на новый качественный уровень не только сам процесс развития ребенка, но и в значительной мере определяет процесс интеграции в общество. На всех этапах жизни дети с синдромом Дауна должны иметь поддержку и помощь специалистов, организующих процесс сопровождения детей данной категории в образовательном и социальном пространстве.

Список литературы

1. Исследование памяти у детей с различными нарушениями психологических функций / Отв. ред. И.Н. Корж. – М., 2009. – 216 с.
2. Ковалева Е., Синицина Е. Дети-инвалиды в современном обществе. – М., 2005. – 136 с.
3. Никушкина Н. Социализация детей-сирот. – М., 2007.

ФОРМИРОВАНИЕ У ДОШКОЛЬНИКОВ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ В ПРОЦЕССЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Т.Г. Пичугина

Детский сад № 54 «Золушка» г. Лесосибирска

«Здоровье дороже богатства» – утверждал французский писатель Этьен Рей, который жил в конце 19 века. Точно так же утверждают и многие из нас. О здоровье говорят, о здоровье спорят, здоровья желают. С самого раннего детства каждый из нас осознает важность разумного отношения к своему здоровью.

Известно, что дошкольный возраст является решающим в формировании фундамента физического и психического здоровья. Ведь именно до 7 лет человек проходит огромный путь развития, не повторяемый на протяжении последующей жизни. Именно в этот период идет интенсивное развитие органов и становление функциональных систем организма, закладываются основные черты личности, отношение к себе и окружающим. Важно на этом этапе сформировать у детей базу знаний и практических навыков здорового образа жизни, осознанную потребность в систематических занятиях физической культурой и спортом. Поэтому на этапе дошкольного возраста, когда жизненные установки детей еще не достаточно прочны, а нервная система отличается особой пластичностью, необходимо формировать мотивацию и ориентацию на здоровье.

Под здоровым образом жизни мы понимаем активную деятельность людей, направленную на сохранение и укрепление здоровья. Основные компоненты здорового образа жизни: правильное питание, рациональная двигательная активность, закаливание организма, развитие дыхательного аппарата, сохранение стабильного психоэмоционального состояния. Начальные знания и навыки по этим составляющим мы должны заложить в основу фундамента здорового образа жизни ребенка. Наша работа направлена на сохранение и укрепление здоровья, снижение заболеваемости, на формирование у воспитанников знаний о здоровье и здоровом образе жизни, здоровьесберегающего и здоровьеразвивающего сознания, совершенствование практических навыков здорового образа жизни. Всем ясно: ребенок не может развиваться, не зная цели и смысла своего существования, не имея представления о себе и своих возможностях. Понимание себя, своих жизненных потребностей необходимо, чтобы

понимать, «чувствовать» других людей. Поэтому формирование у детей ответственности за индивидуальное здоровье – это педагогическая проблема, и только медицинскими средствами ее не решить. Следует учитывать, что в дошкольном возрасте биологическая потребность в движении является ведущей и оказывает мобилизирующее влияние на интеллектуальное и эмоциональное развитие ребенка, его привычки и поведение. Наиболее эффективным является приобщение детей к ценностям ЗОЖ в процессе физического воспитания, где в полной мере реализуется потребность в двигательной активности.

Приоритетным направлением работы нашего детского сада является физическое развитие ребенка, сохранение его здоровья. Проблема оздоровления детей – действие не одного дня и одного человека, а целенаправленная, систематическая, спланированная работа всего педагогического коллектива и конечно родителей. Вся жизнедеятельность ребенка в детском саду должна быть направлена на сохранение и укрепление здоровья детей, поэтому целью моего опыта работы является формирование у детей представления о здоровье как одной из главных ценностей жизни. Нам необходимо научить ребенка правильному выбору в любой ситуации только полезного для здоровья и отказа от всего вредного.

Данная цель реализуется посредством поставленных задач:

- дать детям общее представление о здоровье, как о ценности, состоянии собственного тела, узнать свой организм, научить беречь свое здоровье и заботиться о нем;
- помочь детям в формировании привычек здорового образа жизни, привитию стойких культурно-гигиенических навыков;
- расширять знания детей о здоровой и полезной пищи, о правильном питании, его значимости;
- формировать положительные качества личности ребенка, нравственного и культурного поведения – мотивов укрепления здоровья.

Эти задачи в нашем ДОУ решаются благодаря целостной системе по сохранению физического, психического и социального благополучия детей, способствующая приобщению к ценностям, и прежде всего, к ценностям здорового образа жизни. Физическому развитию и здоровью мы отводим ведущие позиции.

Работа с детьми основывается на разработанном в ДОУ режиме двигательной деятельности, включает разнообразные формы работы:

– непосредственно физкультурная деятельность (традиционные, игровые, комплексные, физкультурно-познавательные, тематические, имитационно-театрализованные, по интересам, ритмическая гимнастика);

– утренняя гимнастика (на свежем воздухе в теплое время года, музыкально-ритмические движения игрового характера с включением оздоровительных пробежек);
– общеразвивающие упражнения после сна (разминка в постели, самомассаж, пробежки по массажным дорожкам, гимнастика игрового характера);
– в свободной самостоятельной двигательной деятельности в специально организованных физкультурных уголках, физкультурном зале, на спортивных и групповых площадках;
– спортивные, подвижные динамические игры; физкультминутки, логоритмические игры;
– индивидуальная работа по формированию умений физических действий;
– активный отдых: физкультурные досуги, веселые старты.

В процессе формирования ценностного отношения детей к здоровью и здоровому образу жизни мы используем как традиционные, так и специфические средства физической культуры.

К традиционным средствам относятся упражнения, составляющие базовое содержание программы по физической культуре. Традиционные средства физической культуры совершенствуют физические качества, формируют двигательные умения и навыки, укрепляют здоровье, но они не позволяют в полной мере сформировать ценностное отношение к здоровью и ЗОЖ. Поэтому с учетом анатомо-физиологических и психологических особенностей детей дошкольного возраста мы используем и специфические средства обучения – это игры и игровые упражнения, используемые для формирования представлений о здоровье, функциях организма, а также практические действия по организации здоровой жизнедеятельности – эстафеты и специальные игровые задания, к примеру, «Собери человечка». Детям раздаются силуэты человечков и силуэты частей скелета (грудная клетка, черепная коробка, позвоночный столб, кости таза). Их нужно правильно разложить. После этого педагог рассказывает, для чего нужна грудная клетка (если бы ее не было, при падении на пол человек мог бы травмировать сердце и лёгкие), черепная коробка (нужна, чтобы беречь и защищать мозг), если мышцы спины слабые, позвоночник начинает искривляться, не выдерживая больших нагрузок. Поэтому, чтобы расти здоровыми, красивыми и сильными, необходимо каждый день заниматься физкультурой.

Можно использовать:

● Игры-путешествия – включают в себя все виды двигательной активности. Каждая игра имеет цель, сюжет и итог.

● Игровой самомассаж – основа закаливания и оздоровления. Выполняя его, дети обычно приходят в хорошее настроение, также такие упражнения способствуют формированию сознательного стремления быть здоровыми.

● Пальчиковая гимнастика служит основой для развития ручной умелости, мелкой моторики и координации движений рук, оказывает положительное воздействие на память, мышление, фантазию.

● Креативная гимнастика включает нестандартные упражнения, специальные задания, творческие игры, направленные на развитие выдумки, творческой инициативы, познавательной активности, мышления, свободного самовыражения.

Хочется подробнее остановиться на организации физкультурно-познавательных мероприятий, как способе формирования у детей дошкольного возраста ценностного отношения к здоровью.

Физкультурно-познавательные мероприятия – это оригинальная форма работы, направленная на передачу педагогом ребенку двигательных умений и навыков, развитие физических качеств, любознательности, формирование представлений и знаний о пользе занятий физическими упражнениями и играми, самостоятельности, воспитание интереса к активной двигательной деятельности. Содержание занятий: интеграция познавательной и двигательной активности.

Структурно процесс формирования ценностного отношения к здоровью и ЗОЖ на физкультурно-познавательном мероприятии можно представить следующем образом:

– *первая часть* – рассказ воспитателя или беседа с детьми с обязательным использованием художественного слова: сказка, рассказ или стихотворение по теме. Например, в занятии по теме «Как стать сильнее волка? » – чтение сказки «Заячья дорожка» и беседа по содержанию (Про кого сказка? Почему маленький Зайчишка Длинное ухо обогнал волка Серая лапа? Как стать сильнее волка? Что нужно делать, чтобы стать сильным, быстрым и здоровым). Или же в первой части занятия по теме «Как начать утро? » дети вспоминают пословицы, поговорки («Как утро начнешь – так и день проведешь», «Как с утра, так и до вечера»).
– *вторая часть* предусматривает выполнение образных физических упражнений по карточкам с изображением животных и детей, выполняющих физические упражнения. Использование наглядности способствует более точному представлению о конкретном действии, лучшему его усвоению и активному применению.

– *третья часть* – подвижная игра.
– *четвертая часть* – итог. Дети обмениваются впечатлениями, высказывают свое мнение о том, что нового узнали, что еще хотелось бы узнать и т.д.

На познавательных мероприятиях дети получают элементарные базовые знания по гигиене («Подружись с зубной щеткой»), по валеологии («Опора и двигатель нашего организма», «Правильная осанка», «Сердце свое сберегу, сам себе помогу») .

Дыхательная гимнастика – важный фактор профилактики и лечения различных заболеваний. Мы проводим занятия, на которых знакомим детей со значением воздуха, дыхания для жизни и здоровья, функциями носа с положением легких и диафрагмы. Иногда мы используем психологические тесты в виде загадок, рисунков. Цветовая индикация рисунков позволяет использовать невербальные механизмы формирования психологической установки на правильное дыхание.

Совместная деятельность взрослого и детей. Этот блок включает разнообразные формы активности: чтение художественной литературы, стихов, сказок; загадывание загадок, разучивание считалок, пословиц; рассматривание иллюстраций о спорте, подвижные игры.

Игровая деятельность – главная составляющая двигательной активности ребенка. Целенаправленно подобранные игры, эстафеты, игровые упражнения, игры с речитативами, имитационные игры развивают мелкую моторику, координацию движений, улучшают качество звукопроговаривания. Такие игры, как «Перелет птиц», «Ловишка, бери ленту», «Волк во рву», в которых используются циклические, т. е. повторяющиеся равномерные нагрузки в виде беговых, прыжковых упражнений, способствуют повышению выносливости. А это является профилактикой сердечнососудистых и респираторных заболеваний. Также мы проводим с детьми индивидуальную работу (закрепление основных видов движений), коррекционную работу (профилактика плоскостопия, формирование правильной осанки), обучаем точечному массажу, правильному дыханию.

Большое место занимают индивидуальные и групповые игры с мячами. Это развивает не только координацию, ловкость, точность, но и внимание, уверенность, настойчивость.

Свободная самостоятельная деятельность детей. Этот блок предусматривает формирование самостоятельной двигательной деятельности дошкольников, обеспечивает возможность саморазвития личности. Дети осваивают умение действовать в группе сверстников. Развивать самостоятельную двигательную активность нам помогает дидактический

материал (рисунки, схемы, карточки), который помещен в центре двигательной активности, а также подборка иллюстраций о разных видах спорта спортсменах и спортивное оборудование (мячи, кегли, обручи, скакалки и т.д.). Игровые упражнения со спортивным и нестандартным оборудованием способствуют укреплению организма ребенка, а самое важное – они вызывают у дошкольников интерес и желание заниматься физической культурой.

Следует выделить, что формирование у детей навыков и привычек ЗОЖ невозможно без тесного сотрудничества с семьей. Известно, что ни одна, даже самая лучшая программа и методика не может гарантировать полноценного результата, если задачи не решаются совместно с семьей. Все начинается с семьи. Первое слово, первый шаг, полезные и вредные привычки ребенок увидит впервые в семье, среди людей, которые любят его не за что-то, а за то, что он просто есть, такой красивый, смышленый. Наш коллектив постоянно находится в поиске эффективных форм работы с родителями с целью вовлечения их в совместную работу. Ведь представления родителей о месте специально организованного активного отдыха в структуре ЗОЖ, а также делового сотрудничества педагогов и родителей, совместной работы взрослых и детей способствует вовлечению родителей в досуговые и оздоровительные мероприятия детского сада – подготовку и проведению праздников, дней здоровья и др. Уже традицией стали ежегодные праздники «Семейные старты», «Папа, мама, я – спортивная семья». Систематическое использование в режиме дня оздоровительных и корригирующих упражнений способствует укреплению организма ребенка, предупреждает отклонения в физическом развитии, развивает самостоятельность, активность, умение заботиться о своем здоровье.

Приобщая детей к культуре здорового образа жизни в нашем детском саду, я думаю, нам удается воспитывать в ребенке потребность к здоровому образу жизни. Наши выпускники будут активны, любознательны, выносливы, легко адаптируются в школьных условиях. Будут обладать всеми качествами гармонически развитой личности.

Список литературы

1. Александрова, Е.Ю. Оздоровительная работа в дошкольных учреждениях по программе «Остров здоровья» / Е.Ю. Александрова. – Волгоград: Учитель, 2007. – 151 с.
2. Алямовская, В.Г. Как воспитать здорового ребенка / В.Г. Алямовская. – М.: Просвещение, 2003. – 243 с.
3. Воробьева, М. Воспитание здорового образа жизни у дошкольников / М. Воробьева // Дошкольное воспитание. – 1998. – № 7. – С. 5-9.

4. Горькова, Л.Г. Занятия физической культурой в ДОУ: Основные виды, сценарии занятий / Л.Г. Горькова, Л.А. Обухова. – М.: 5 за знания, 2005. – 112 с.
5. Жбанков, Р.Г. Учись быть здоровым / Р.Г. Жбанков. – М.: Просвещение, 2004. – 143 с.
6. Захарова, Т.Н. Формирование здорового образа жизни / Т.Н. Захарова. – Волгоград: Учитель, 2007. – 174 с.
7. Пашевский, С.А. Физическое воспитание / С.А. Пашевский. – М.: ВЛАДОС, 2006. – 432 с.
8. Психология здоровья / Г.С. Никифоров, В.А. Ананьев, И.Н. Гурвич и др. / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2000. – 504 с.
9. Савельева, Н.Ю, Организация оздоровительной работы в ДОУ / Н.Ю. Савельева. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 464 с.
10. Татарникова, Л.Г. Валеология – основа безопасности жизни ребенка. / Л.Г. Татарникова, Н.Б. Захаревич, Т.О. Калинина. – СПб.: Петроградский и Ко, 1995. – 240 с.
11. Юматова, А.В. Формирование здорового образа жизни дошкольников / А.В. Юматова // Дошкольное воспитание. – 1996. – № 3. – С. 12-14.
12. Яшин, В.Н. ОБЖ. Здоровый образ жизни / В.Н. Яшин. – 2-е изд., доп. – М.: Айрис-пресс, 2006. – 112 с.

СОЗДАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ БЕЗОПАСНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ В ДОУ

М.В. Погодаева, А.А. Шеметова

Московский государственный лигвистический университет
Евразийский лингвистический институт

Образовательная среда, свободная от психологического насилия, создающая возможность доверительного общения и характеризующаяся позитивным отношением к ней детей и родителей, по определению И.А. Баевой, может считаться психологически безопасной (Баева И.А., 2009, 2011). Для создания комфортной, психологически безопасной среды в дошкольном учреждении необходимо исключить возможность психологического насилия над ребенком со стороны педагогов и других детей. Для малыша, который только переступил порог детского сада, остро переживающего разлуку с родителями и знакомой домашней обстановкой, создать условия, в которых отсутствует всякое давление со стороны персонала детского сада, очень непросто. Задача педагогов и психологов максимально уменьшить различия между теплыми, доверительными и любящими отношениями со взрослыми, которые складывались у ребенка в семье, и теми отношениями, которые складываются со взрослыми в детском саду. Только психологически безопасная среда создает условия для личностного развития ребенка, возможности его самореализации.

Диагностическими показателями психологической безопасности образовательной среды являются:

- уровень отношения к среде (позитивный, нейтральный и негативный);
- уровень удовлетворенности характеристиками образовательной среды;
- уровень защищенности от психологического насилия во взаимодействии.

При поступлении ребенка в дошкольное учреждение возникают серьезные угрозы его психологической безопасности: на начальном этапе отсутствует система доверительно-дружеских отношений между ребенком и взрослым, ребенком и другими детьми; новая среда не имеет референтной значимости для малыша, возможно психологическое насилие со стороны педагогов. Переходные периоды в жизни ребенка (поступление в детский сад, переход в школу, начало обучения в среднем звене и др.) всегда связаны с проблемами. От того, как пройдет процесс социализации, зависит социально-личностное развитие ребенка, его личностный рост. Поступление ребенка в дошкольное учреждение в возрасте 3лет является для него большим стрессом, который вызван разлукой с матерью, контактом с незнакомыми взрослыми и детьми, изменением обстановки. Хроническая тревожность, возникающая при срыве адаптации, может являться фактором патологических процессов во многих системах организма (Гуров В.А., 2009). Психологической причиной «адаптационного синдрома» является изменение эмоционального состояния вследствие нарушения привычных условий жизнедеятельности. Чем внезапнее изменяется окружающая ребенка обстановка, тем глубже и серьезнее эти изменения. Ребенок, не имеющий психологической защищенности, не может сопротивляться воздействию различных негативных факторов среды, активно и позитивно взаимодействовать с нею (Вершинина Л.В., 2004). Стресс проявляется в высокой тревожности, страхе, нежелании вступать в игры, контактировать со взрослыми и сверстниками, плохом сне и аппетите. Задача педагогов – скорейшее преодоление адаптационного стресса, создание обстановки доверия и защищенности, отношений сотрудничества. Педагог работает в «зоне реальной проблемы ребенка». Проблема. реально существующая у ребенка, представляет собой тормоз в продвижении ребенка, а потенциально может стать стимулом развития. Для него разрешение проблемы представляет не только снятие напряжения, но и своеобразный тренинг в реальных жизненных условиях, дающий опыт выстраивания отношения к себе как к человеку, который может управлять ситуацией благодаря своей воле и активности.

Педагогическая поддержка занимается переводом актуального в потенциальное (Михайлова, 2007). Педагогическая поддержка призвана создавать атмосферу безопасной среды, ее первая задача – защита ребенка. По мнению Н.Б. Крыловой, поддержку можно рассматривать в более широком социокультурном контексте как элемент любого сотрудничества и взаимодействия, поскольку она является позитивным отношением к деятельности человека и готовностью содействовать его начинаниям и самореализации (Крылова, 2000). Педагогическая поддержка – особая деятельность педагога, возможная лишь при наличии двух основных условий, без которых попытки организовать педагогическую поддержку оказываются мнимыми или неудачными: присутствия у педагога гуманистической позиции и достаточной самоорганизации самого ребенка. Ребенок воспринимает педагога, прежде всего, как личность, и вся передаваемая им информация рассматривается ребенком в преломлении личностных качеств воспитателя.

Одним из направлений в решении проблемы психологической безопасности ребенка в детском саду является развитие его коммуникативных навыков, умения общаться и взаимодействовать со сверстниками и взрослыми, сопереживать и радоваться вместе с другими детьми. Потребность в общении у ребенка активизируется на 3-м году жизни. Дошкольный возраст сензитивен для образования добрых чувств к другим людям, позитивного, взаимообогощающего общения. В обществе сверстников эффективно развиваются механизмы межличностного восприятия и понимания. Как показывают исследования Л.М. Шипицыной (Шипицына Л.М., 2003), характер общения и взаимодействия младших дошкольников во многом определяет их дальнейшее развитие и влияет на становление личности ребенка, на его отношение к окружающим людям, к себе, к миру. Для решения этой задачи в ДОУ № 64 г. Братска внедрялась программа, направленная на создание психологически безопасной образовательной среды в адаптационный период.

Программа направлена на решение следующих задач:

- развитие навыков общения, совместной деятельности, умения взаимодействовать с другими детьми и педагогами;
- формирование способности понимать эмоциональные переживания других людей;
- развитие чувства доверия по отношению к другим людям;
- формирование уверенности и защищенности.

Программа включает 3 консультационных занятия с родителями по подготовке ребенка к посещению детского сада; семинар для воспитателей, принимающих малышей; пребывание родителей в дошкольном

учреждении в первые две недели адаптационного периода; создание комфортной предмето-развивающей среды, включающей знакомые игрушки, семейные альбомы, «частички домашней обстановки»; групповые занятия с психологом для развития коммуникативных навыков малышей в детском саду, преодоления страха, застенчивости, неуверенности, установления контактов с детьми и взрослыми, индивидуальные консультации с психологом с участием родителей и воспитателя для изучения личностных особенностей данного ребенка, условий воспитания в семье.

Консультации для родителей посвящены обсуждению вопросов режима дня, организации взаимодействия и однонаправленности в воспитательной деятельности родителей и педагогов, формированию предметно-развивающей среды ребенка.

Существенное влияние на уровень психологической безопасности и психологического здоровья дошкольников оказывают личностные качества педагогов, атмосфера доверия и сотрудничества в педагогическом коллективе, взаимоуважение, приоритетность духовно-нравственных ценностей (Калашникова М.Б., 2010). Семинары для педагогов включают изучение подходов и этапов формирования психологически безопасной образовательной среды, тренинги, диагностику профессиональной готовности к проведению адаптационного периода.

Психологические занятия построены на основе личностного подхода. В ходе занятий психолог создает ситуации, требующие проявления социальной активности, в процессе разрешения которых возникают позитивные изменения в поведении, общении, отношении к себе и другим людям. Для групповых занятий использовались коммуникативные игры, игры-драматизации, сказкотерапия, психотерапевтические упражнения (Волобуева Н.А., 2012). В процессе игры дети учатся общению, разрешению возможных конфликтов. Широко используются подвижные игры, снимающие эмоциональное напряжение, упражнения на развитие навыков самоуправления своим эмоциональным состоянием – способность переключаться от негативных переживаний на позитивные. Кроме игр использовались беседы, продуктивные виды деятельности, специальные приемы, которые служили целям сплочения детской группы, развивали навыки общения, формировали умение адекватно выражать свои эмоции (Смирнова Е.О., 2003).

Работа в группе основывалась на следующих принципах:

1. Внимательное и доброжелательное отношение к детям со стороны педагога, поддержка и подбадривание ребенка.

2. Уважительное отношение к каждому малышу, принятие его индивидуальности и уникальности.

3. Положительная эмоциональная оценка любого достижения ребенка.

4. Игровая, непринужденная форма занятий, которая создает у детей чувство безопасности, возможность свободного самовыражения и проявления своих эмоций.

Занятия проводились в младшей группе в период адаптации к дошкольному учреждению со всеми детьми, в средней и старшей группах – с застенчивыми детьми, у которых есть трудности в общении со сверстниками. Содержание занятий было различным для разных возрастных групп детей. Структура занятий оставалась единой: вводная часть, основная часть, заключительная часть.

Вводная часть включала в себя приветствие и разминку. Ее основные задачи: стабилизировать эмоциональное состояние детей, подготовить их к работе в группе.

Основная часть включала в себя три основных блока:

1. Релаксационный блок. Его задачи – отдохнуть, расслабиться, создать хорошее настроение. Здесь мы используем арома- и фитотерапию, спокойную музыку, рисование пальцами и ладошками , игру с природными материалами (водой, глиной, песком, камешками).

2. Эмоциональный блок. Его задачи: обучение детей выражению разнообразных эмоций, отслеживанию и вербализации своего эмоционального состояния; развитие умения правильно понимать эмоциональное состояние других детей; развитие эмпатии, чувства близости с другими людьми, принятие детьми друг друга. Для выполнения поставленных задач мы организуем с детьми ситуационные и ролевые игры, слушаем сказки, смотрим мультфильмы, а главное смотрим друг на друга, разговариваем, улыбаемся, стараемся радовать друг друга.

3. Коммуникативный блок. Его задачи – обучение доброжелательному, позитивному отношенияю к окружающим; развитие навыков вербального и невербального общения; развитие навыков совместной деятельности, умения договариваться, соотносить свои замыслы с замыслами других детей; формирование чувство самоценности и ценности других людей. Реализация этих задач также происходит, главным образом, в ходе игры: игры-драматизации, сюжетные игры, ролевые игры; совместной деятельности: работы с природным материалом, создании совместных рисунков, коллажей, домиков.

Заключительная часть включает в себя прощание. Ее основная задача: создание мотивации для использования приобретенных навыков в практике повседневного общения.

Для эффективного достижения поставленных задач необходимым является активное участие воспитателя в проводимых психологом занятиях,

использование им приемов успешной коммуникации в ежедневной практике малышей, доброжелательное отношение к детям, организация жизни и деятельности ребенка, способствующая формированию и закреплению навыков общения.

Список литературы

1. Баева И.А., Волкова Е.Н., Лактионова Е.Б. Психологическая безопасность образовательной среды: развитие личности. СПб.: Нестор-История, 2011.
2. Баева И.А., Рубцов В.В. Образование как национальный ресурс сохранения здоровья школьников и обеспечения психологической безопасности // Экспертиза психологической безопасности образовательной среды: Информационно-методический бюллетень М., 2009. № 2.
3. Гуров В.А. Тревожность и здоровье младших школьников // Вестник ТГПУ. 2009. № 4 (82) С. 56-60
4. Вершинина Л.В., Глущенко Ю.А., Леонтьева О.В. Основные подходы к профилактике осложнений в период адаптации детей раннего возраста к дошкольному образовательному учреждению // Вестник ТГПУ. 2004. № 5, С. 31-33.
5. Шипицына Л.М., Хилько А.А., Галлямова Ю.С., Демьянчук Р.В., Яковлева Н.Н. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста. СПб.: Речь, 2003. 240 с.
6. Калашникова М.Б. Влияние воспитателя на психологическую безопасность дошкольника в образовательной среде // Мир психологии. 2010. № 1. С. 108-116.
7. Волобуева Н.А., Климова Т.В., Ширшова В.М. Адаптация детей к условиям дошкольного учреждения // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. 2012. Т. 9. № 5. С. 14-19.
8. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Тренинг по сказкотерапии. СПб.: Речь, 2010.
9. Смирнова Е.О. Межличностные отношения дошкольников: диагностика, проблемы, коррекция. М.: Владос, 2003. 160 с.
10. Крылова Н.Б. Культурология образования. М.: Народное образование, 2000. 272 с.
11. Михайлова Н.Н. Педагогическая поддержка как норма педагогической деятельности // Миссия классного руководителя. Новые ценности образования. М.: НЦО, 2007. № 1 (31). С.129-138.

РОЛЬ ИНТЕРНЕТА В ФОРМИРОВАНИИ ЭКСТРЕМИСТСКОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Е.В. Потапова, К.С. Калиновская

ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Очевидно, что в молодежной среде есть два наиболее распространенных источника информации – телевидение (47,8 %) и Интернет (47 %), другие же источники практически не используются молодежью. Особенного внимания заслуживает тот факт, что Интернет приобретает все большую значимость у самых молодых (14–17- и 18–20-летних), что свидетельствует о нарастании новых информационно-коммуникационных

традиций у будущего поколения. Глобализация информационно-коммуникационной среды не только изменила облик социума, но и оказала существенное влияние на молодежную среду. Научно-техническая революция, внедрение в общественную жизнь инновационных информационных технологий привели как к позитивным, так и негативным эффектам. В частности, информационное неравенство, виртуализация образа жизни, развитие информационных сетей Интернета могут рассматриваться и в качестве факторов формирования молодежного экстремизма. Отмеченные негативные социокоммуникативные эффекты способствуют трансформации молодежного экстремизма, оптимизируют его адаптацию к новым условиям социальной реальности.

Младшие взрослые группы отличает в большей мере, чем зрелых людей, «черно-белое» восприятие действительности, бескомпромиссное деление на «своих» и «чужих». Но именно это различение лежит в основе этнической комплементарности, которая в радикальном варианте и приводит к явлениям этнофобии, а в условиях полиэтнической среды – и к проявлению национального экстремизма. «Юность» негативистских установок в этнических отношениях не может не тревожить, особенно на фоне разрастающихся политических конфликтов.

Подростковый период в научной психологической литературе оценивается как трудный, противоречивый, конфликтный. Основным содержанием развития в подростковом возрасте является развитие и становление личности ребенка. Центральным новообразованием, с которым ребенок вступает в подростковый период, является чувство взрослости. Посредством общения со сверстниками подросток реализует свое чувство взрослости, осваивает нормы и образцы взрослой жизни. В дальнейшем усвоенные нормы становятся основой действий и поступков подростков, трансформируются в его внутренние качества. Так формируется система личностных ценностей подростка, формируется его личность.

Центральными новообразованиями в юношеском возрасте являются: формирование мировоззрения, самостоятельности суждений; способность сознательного управления собственной волей, повышение требования к моральному облику человека; формирование самооценки; стремление к самовоспитанию; конкуренция в групповых контактах. Сложное переплетение психофизиологических процессов созревания, специфики реагирования на них нервной системы, усиленной конформизмом и повышенной внушаемостью, стремлением к реализации себя любым способом и зависимость от значимой группы ровесников делают подростка и юношу уязвимым в момент принятия просоциальных или противоправных форм поведения.

Исследования, проводимые среди пользователей сети Интернет, отмечают, что подростки и юноши – активные пользователи Интернета. С каждым годом сообщество российских интернет-пользователей молодеет. По данным соц. опросов на 2013 год, в России среди опрошенных школьников и студентов Интернетом пользуются 96 %. Сегодня никому не надо доказывать, что сеть Интернет является значимым социальным пространством для молодежи. Арестова О.Н., Бабанин Л.Н., Войскунский А.Е. в своих исследованиях отмечали, что применение компьютерных сетей ведет к значительным структурным и функциональным изменениям в психической деятельности человека. Эти изменения затрагивают познавательную, коммуникативную и личностную сферы. Изменения позволяют говорить о деятельности человека в Интернете как новом виде психической реальности, новом виде деятельности, который сочетает в себе свойства различных традиционно выделяемых в психологии видов деятельности (познавательной, коммуникативной, игровой, творческой). Молодежь интересуют чаты, социальные сети, сайты, содержащие музыку, фильмы, софт. Последнее время набирают популярность торрент-сети, позволяющие скачивать с компьютеров таких же пользователей все что угодно: от электронных книг и обучающих программ до самых свежих игр и фильмов.

Подростки младшего возраста (10-14 лет) наибольшую активность, как пользователи сети Интернет, проявляют в компьютерных играх (игровая деятельность). Исследования, проводимые последнее время, отмечают, что во всех возрастных группах школьников количество любимых компьютерных игр, содержащих интерактивные сцены насилия, превышает количество «безопасных» (преимущественно спортивных) компьютерных игр. Причем предпочтение компьютерных игр с убийствами, драками и прочими элементами насилия («Doom», «Final Doom», «Resident Evil», «Mortal Combat») в максимальной степени свойственно школьникам в возрасте от 11 до 14 лет. Интерактивное включение в процесс насилия вызывает неизбежное привыкание к нему, притупление чувства сострадания, сопереживания и т.д. Ведь в виртуальном мире ничего не стоит выстрелить в человека из пистолета или автомата. По данным «Американской академии педиатрии», «Американской ассоциации психологов», «Американской академии детской и подростковой психиатрии» и «Американской медицинской ассоциации» – дети, которые часто сталкиваются с жестокостью в играх, с большой долей вероятности будут рассматривать насилие как эффективный способ решения конфликтов, а агрессивное поведение считать приемлемым. Просмотр сцен насилия

ведет к снижению эмоциональной чувствительности к жестокости вообще, вследствие чего уменьшается вероятность того, что будет оказана помощь и пострадавшим в реальных ситуациях.

Насилие в играх усиливает восприятие мира как места, где царит зло и жестокость. Кроме того, усиливается страх стать жертвой насилия и в результате утверждается психология самозащиты и недоверия к окружающим. Просмотр сцен насилия может вести к насилию в реальной жизни. Дети, которые сталкиваются с жестокими компьютерными играми, имеют большую предрасположенность к насильственным и жестоким действиям, чем те, которые не имеют доступа к ним. Включение в игровую форму подачи материалов экстремистского характера с большой доли вероятности будет влиять на более свободное и доступное восприятие данных материалов. При введении в компьютерную игру «образа врага», обладающего выраженными физиологическими признаками другой национальности, критическое восприятие, учитывая время, проведенное за игрой (часто 2-3 часа подряд), уменьшается. Сетевые игры предоставляют возможность взаимодействовать в групповом игровом режиме, а современные технические возможности (связь по скайпу) служат способом группового объединения на основе участия в игре. Здесь активно прорабатывается ведущий тип деятельности подростков в виде общения со сверстниками. Как указывалось выше, именно в данном типе общения осваиваются нормы социального поведения, нормы морали, здесь устанавливаются отношения равенства и уважения друг к другу. Здесь идет мыслимое и воображаемое проигрывание своей настоящей и будущей жизни. Но общение, которое происходит на базе объединения агрессивной направленности игры, где часто стоит задача виртуального уничтожения противника, служит способом закрепления на разных уровнях психики экстремальных или радикальных способов разрешения конфликтов.

Подростки более старшего возраста и юноши (15-18 лет) более направлены на коммуникационную активность, данная группа является активными «блогерами», членами социальных сетей. Очевидно, что в современном мире одним из ведущих коммуникационных средств и преимущественным поставщиком информации стал Интернет. Здесь аккумулируется как официальная (государственная, правительственная и т.п.), так и неофициальная (социальные сети и т.п.) информация. И тенденция такова, что неофициальные источники набирают все большую популярность у населения всего земного шара. Огромную роль в жизнедеятельности подростков и юношей имеет групповое общение, в том числе и социальных сетях. Восприятие через интеграцию совершенно

противоположено индивидуальному восприятию. Обладающий им юноша ощущает и воспринимает мир через призму групповых ценностей. Подростковые блоги служат местом, где авторы могут представлять себя и общаться с другими людьми в нестандартной, отличной от каждодневного рутинного общения форме. Блоги являются практически идеальным инструментом для работы со своим «Я»: они позволяют архивировать подростковые воспоминания, чувства и реакции на различные события. В то же время они позволяют другим людям читать личный блог и в ответ реагировать на написанное автором блога, то есть тестировать реакцию на различные проявления вовне. В.И. Красиков в своем исследовании отмечает, что за экстремистским действием, в отличие от просто эксцесса, выходки, стоят концепция и группа. «Группа первородна в формировании экстремизма как жизненного стиля. Индивидуальная экстремистичность довольно редка. Но если и имеет место, то и здесь, хотя бы в воображении экстремиста-одиночки, создается своя «идеальная группа» (или «коалиция в разуме»), выразителем которой он себя представляет». В целом исследования показывают, что значительная часть аморальных поступков, совершаемых подростками и молодыми людьми, связана с их ориентацией на групповые нормы, которые вступают в противоречие с общественными. Налицо психологическая зависимость от группы или подражание, стремление показать себя сторонником провозглашенных ценностей. При этом личная ответственность снимается в сознании молодого человека тем, что «так принято» и «это вызывает одобрение». Так складывается определенный защитный механизм самооправдания отклоняющегося поведения. Внедрение в групповое общение в социальных сетях идей экстремизма в значительной степени может влиять, на наш взгляд, на доминирование группового восприятия экстремистских материалов над индивидуальным.

Юноши и девушки в возрасте 18-22 лет также активные пользователи Интернета. Тип активности пользователя, проявляемый в данном возрастном периоде, детерминирован следующими возрастными особенностями: возросшей в юношеском возрасте потребностью в совместной деятельности («взаимодействии»): она во многом находит свое удовлетворение в общении; в поиске глобальной и универсальной «формулировки» своего самовыражения: «служить людям» («работать с людьми», «приносить пользу»); «познавать людей», «познавать себя», тем самым выказывая проявления т.н. психологической смысловой ориентации; возрастает волевая регуляция (развивается внутренний локус контроля); проявляется стремление к самоутверждению. Процессы восприятия, как психического процесса, к этому возрастному периоду приобретают характеристики взрослого человека,

однако юношеский возраст сопровождается повышенной эмоциональной возбудимостью (неуравновешенность, резкая смена настроения, тревожность и т.п.). Проявлением активной творческой сущности молодого поколения зачастую выступают экстремистские выходки. Учитывая психофизиологические возрастные особенности, молодежь может видеть в экстремистском поведении полигон социальных инноваций.

Коммуникативное пространство Интернета привлекает молодежь возможностью демонстрации полноты и всей палитры повседневности, представленной «желанием», «стилем», интересом, ценностями и действием взрослеющего человека. Свобода индивидуальности – конститутивный принцип гражданского общества – предстает здесь в полной мере. Ее реализация проявляется в различных коммуникативных практиках во всевозможных формах и видах гражданской деятельности, предстающих как результат самоорганизации. Так, деятельность сетевых виртуальных сообществ, добровольных ассоциаций, представленных в Интернет общественных организаций, способствует активизации гражданских инициатив, вовлечению людей в новые социальные действия, раскрывая их потенциал и стимулируя социальное творчество (творческая деятельность).

Молодые люди данного возраста, используя Интернет как средство коммуникации, активно создают «виртуальные сообщества», объединяясь с теми, у кого есть схожие интересы. Данный термин введен Г. Рейнгольдом, исследователем социальных отношений в сети и одним из основателей сообщества WELL, в 1993 году в книге «Virtual Community». В этой книге Г. Рейнгольд обсуждает различные примеры коммуникаций между членами социальных групп на базе таких технологий, также как списки рассылки, новостные списки, многопользовательские сообщества, IRC. Примерами виртуальных сообществ являются вики-проекты, тематические порталы, социальные сети, многопользовательские сетевые игры и т.п. Важным фактором активного участия молодых граждан в решении общественных проблем является то, что современное общество живет в ситуации неопределенной картины мира, когда постоянный поток событий каждый день провоцирует постановку новых целей и задач. В этих условиях универсальной практикой становится проектная деятельность. Она позволяет находить уникальное решение актуальных проблем в условиях конкретных временных и ресурсных границ. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что в данный возрастной период начинает доминировать процесс социального восприятия, так называемая социальная перцепция – это процесс восприятия «социальных объектов», под которыми подразумеваются другие люди, социальные группы, большие социальные общности. В социально-психологической литературе продолжается

поиск наиболее точного понятия для характеристики описываемого процесса. Цель поиска состоит в том, чтобы включить в процесс восприятия другого человека в более полном объеме некоторые другие когнитивные процессы, например, процесс осознания другого человека и т.д. Многие исследователи в этом случае предпочитают использовать выражение «познание». В отечественной литературе, например, в исследованиях А.А. Бодалева, часто употребляется в качестве синонима «восприятие другого человека» выражение «познание другого человека». Восприятие другого человека означает восприятие его внешних признаков, соотнесение их с личностными характеристиками воспринимаемого индивида и интерпретацию на этой основе его поступков. Но интерпретация другого человека или группы всегда зависит от предшествующего социального опыта воспринимающего, от поведения объекта восприятия в данный момент, от системы ценностных ориентаций воспринимающего и от многих факторов как субъективного, так и объективного порядка.

Восприятие материалов экстремистской направленности влияет на эмоциональную и смысловую сферы личности, создавая основу для формирования готовности к радикальным или агрессивным действиям. Такие характеристики экстремистских материалов, как разномодальностность, контрастность, побудительный характер, обращение к мотивам защиты от «врагов», указывают на их специальную подстройку под процесс восприятия, его свойства и законы. Это существенно облегчает задачу донесения до массового сознания идей разобщения, вражды, насильственных действий. Специфика влияния материалов экстремисткой направленности, размещенных в сети Интернет, заключается в невозможности контролировать начало и окончание их воздействия на восприятие пользователей, эффект накопления толерантности к насилию и идеям вражды, эмоциональную насыщенность обсуждений этих материалов. Подростки и молодежь, как основные пользователи сети Интернет, активно вовлекаются по своему желанию и против него в процесс восприятия экстремистских материалов и в силу возрастных особенностей являются наиболее незащищенной и сензитивной к формированию идей вражды категорией лиц.

Список литературы

1. Аминов Д.И., Оганян Р.Э. Молодежный экстремизм. – М.: Триада, Лтд, 2005.
2. Божович Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе / Л.И. Божович // Вопросы психологии. – 1979. – № 4.
3. Выготский Л.С. Проблема возраста / Л.С. Выготский // Вопросы детской психологии. – СПб.: Союз, 1997.
4. Давыдова-Мартынова Е.И. Актуальные проблемы информационной безопасности: проявление экстремизма в сети Интернет // Политическая наука и современное общество. – М.: МГОУ, 2010. С. 186-192.

5. Зелинский С.А. Управление психикой посредством манипулятивного воздействия. – М.: Скифия, 2009.
6. Кент П. Internet / Питер Кент; пер. с англ. В.Л. Григорьева. – М.: Компьютер, ЮНИТИ, 1996. – 366 с.
7. Кухаренко И.А., Рычкова М.В. Субъективная картина переживания рисков подростками 14-17 лет // Вестник КГУ. Гуманитарные науки. – 2006. – № 11.
8. Левикова С.И. Молодежная субкультура. – М., 2004.
9. Методические рекомендации «Об использовании специальных познаний по делам и материалам о возбуждении национальной, расовой или религиозной вражды» // http://www.proknadzor.ru/analit/show_m.php?id=856&pub_name (25.09.2009).
10. Научная библиотека диссертаций и авторефератов disser Cat http://www.dissercat.com/content/osobennosti-interneta-kak-sredstva-mezhkulturnoi-kommunikatsii-v-molodezhnoi-srede#ixzz2EH9ult3B.
11. Ольшанский Д.В. Психология терроризма. – СПб.: Питер, 2002.
12. Поливанова К.Н. Психологический анализ кризисов возрастного развития // Вопр. психологии. – 1994. – № 1.
13. Российская цивилизация: Этнокультурные и духовные аспекты / Ред. кол.: Мчедлов М.П. и др.; – М.: Республика, 2001.
14. Снегирева Т.В. Восприятие сверстников и взрослых подростками и старшеклассниками // Вопросы психологии. – 1984. – № 12. – С. 61-72.
15. Терроризм в современном мире: истоки, сущность, направления и угрозы / Отв. ред. В.В. Витюк, Э.А. Паин. – М.: Институт социологии РАН, 2003.
16. Федоренко Е.Ю., Рычкова М.В. Методические рекомендации по профилактике экстремизма в образовательных учреждениях среднего общего образования, начального, среднего и высшего профессионального образования, муниципальных спортивных учреждениях, муниципальных учреждениях культуры, молодежной политики города Красноярска / Е.Ю. Федоренко, М.В. Рычкова. – Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2012. – 52 с.
17. Ценностные ориентации молодежи. Молодежные субкультуры: Материалы III междунар. научно-практ. форума / Науч. ред. В.П. Леныиин. Мытищи: Талант, 2005. – 292 с.
18. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Пер. с англ.; общая ред. А.В. Толстых – М.: Прогресс, 1996.

ОСОБЕННОСТИ АКТУАЛЬНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕГАТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ, БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ И РАННЕГО МИКРОСОЦИАЛЬНОГО ОПЫТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В.Г. Рагозинская

Челябинский государственный университет

В этиопатогенезе гипертонической болезни (ГБ) важную роль играют интенсивные эмоциональные переживания и психоэмоциональный стресс (Менделевич, 2002). Однако причины возникновения эмоциональных

состояний и психосоматических реакций в условиях, не представляющих опасности для жизни и благополучия индивида, мало изучены.

Оценка личностью жизненных событий как, угрожающих, во многом определяется ее внутренними свойствами, в том числе дисфункциональными базисными убеждениями об окружающем мире и собственном Я, через которые преломляется восприятие любых событий и явлений. Базисные убеждения складываются в раннем детстве через взаимодействие со значимым взрослым. Лица с негативными базисными убеждениями менее успешны в совладании со стрессом и склонны реагировать эмоционально-негативными состояниями в ситуациях, не несущих объективной угрозы (Janoff-Bulman, 1992).

Идеи о лежащих в основе психосоматических расстройств событиях психотравмирующего характера в детстве индивида высказывались многими авторами (Александер, 2002; Кристал, 2006; Менделевич, 2006), однако взаимосвязь раннего детского опыта, базисных убеждений и эмоциональных состояний у больных ГБ изучена недостаточно.

Цель исследования – изучить взаимосвязь раннего детского опыта, базисных убеждений и актуальных эмоционально-негативных состояний у больных ГБ.

Обследовано 62 больных ГБ в возрасте 20-50 лет (средний возраст – 29,1±9,8), в том числе 49 женщин и 13 мужчин. Основанием для отнесения заболевания к кругу психосоматических расстройств являлось наличие в анамнезе указаний на связь возникновения ГБ с острой или хронической стрессовой ситуацией. Критериями включения испытуемого в группу являлось отсутствие у него неврологических симптомов и органических изменений мозга и возможность сбора анамнестических сведений о раннем развитии испытуемого у его матери. Контрольную группу составили 62 здоровых лица а возрасте 20-50 лет (средний возраст – 30,1±8,6 лет), в т.ч. 49 женщин и 13 мужчин. Все испытуемые обеих групп дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Методы исследования: «Шкала агрессивности» Ч. Спилбергера, «Шкала самооценки тревожности» Ч. Спилбергера, «Шкала депрессии» В. Зунга, «Торонтская шкала алекситимии», «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» SCL-90-R, «Шкала базисных убеждений» Р. Янофф-Бульман (в адаптации М.А. Падун), полуструктурированное интервью для матерей испытуемых с целью ретроспективного анализа раннего развития испытуемых. Методы математико-статистического анализа: φ*-критерий Фишера, U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена, ANOVA для повторных измерений (с поправкой Greenhouse-Geisser и апостериорным критерием Тьюки).

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

Предварительный этап обработки полученных данных включал удаление артефактов: электроокулограммы (с помощью метода подавления сигналов электроокулограммы, основанного на разложении многоканальной записи ЭЭГ на компоненты), волн с амплитудой более 150 мкВ, волн с частотой от 0 до 1 Гц и амплитудой выше 30 мкВ, волн с частотой от 20 до 30 Гц с амплитудой 50 мкВ. С целью исключения видимых артефактов, связанных с мышечной активностью и движениями испытуемых, проводился визуальный анализ ЭЭГ. После удаления артефактов производилась математическая обработка ЭЭГ покоя методами спектрального и когерентного анализа. Спектральный анализ проводился для дельта- (1-4Гц), тета- (4-8 Гц), альфа- (8-12 Гц), бета1- (12-18 Гц), бета2- (18-25 Гц) и гамма-диапазона (25-40 Гц). По всем безартефактным участкам ЭЭГ покоя вычислялся средний спектр для каждого из 19 каналов. Для обеих групп испытуемых были рассчитаны усредненные по частоте показатели спектральной мощности ЭЭГ. Усредненные для каждой группы испытуемых показатели спектральной мощности ЭЭГ от каждого из 19 отведений сравнивались с помощью дисперсионного анализа. Для анализа когерентности устанавливались парные внутри- и межполушарные отношения для каждой пары электродов (всего 136 пар). Показатели когерентности усреднялись по частоте в тех же диапазонах, что и спектры, и сравнивались с помощью ANOVA для повторных измерений.

Согласно результатам сравнительного анализа, у больных ГБ в сравнении со здоровыми испытуемыми значимо выше (для всех при $p \leq 0{,}01$) показатели реактивной тревожности (45,84±9,29 и 38,98±8,29 соответственно), депрессии (41,40±7,77 и 35,81±6,56), агрессивности как состояния (11,60±3,30 и 10,5±1,34) и как реакции на события (8,84±2,67 и 8,14±2,37), аутоагрессии (15,80±4,58 и 13,44±3,85), враждебности (1,01±0,7 и 0,48±0,38), агрессивности как проявления темперамента (7,97±3,21 и 7,27±2,35), личностной агрессивности (19,97±6,15 и 18,18±4,58), личностной тревожности (49,45±9,72 и 41,06±7,94),

алекситимии (68,77±10,18 и 59,03±9,18), склонности к соматизации аффекта (1,28±0,67 и 0,53±0,16), обсессивно-компульсивных проявлений (1,27±0,71 и 0,64±0,19), межличностной сензитивности (1,19±0,70 и 0,66±0,48), фобической тревожности (0,51±0,51 и 0,21±0,24), паранойяльности (0,99±0,70 и 0,46±0,44) и психотизма (0,70±0,61 и 0,27±0,30) и значимо ниже показатели контроля агрессии (21,04±5,14 и 21,66±3,98).

В сравнении со здоровыми лицами у больных ГБ значимо снижены (для всех при $p \leq 0,01$) показатели убеждения в собственной удачливости (13,39±2,56 и 15,74±2,85) и ценности для окружающих людей и мира в целом (15,55±3,41 и 18,83±3,07), в своей способности управлять событиями собственной жизни (14,76±2,73 и 16,92±2,86), в доброжелательности мира (30,29±6,95 и 33,55±6,93) и его справедливости (16,16±4,34 и 19,08±4,08), в закономерности происходящих в нем событий (13,71±3,80 и 14,28±2,72) и в контролируемости этих событий кем-либо/чем-либо свыше (11,59±2,06 и 12,7±02,23).

В группе ГБ значимо выше (для всех при $p \leq 0,01$), чем в группе здоровых, доля лиц, рожденных от нежеланной беременности (54 и 22 % соответственно), перенесших на первом году жизни физические травмы (11,5 и 2 %), разлуки с матерью (38 и 9,5 %), значимо выше доля лиц, чьи родители ожидали появления ребенка другого пола (27 и 13,5 %), значимо выше (при $p \leq 0,05$) доля лиц, которые находились на грудном вскармливании менее 6 мес. (47 и 34 %). Таким образом, в раннем анамнезе больных ГБ значимо чаще, чем у здоровых лиц, встречаются потенциально психотравмирующие ситуации.

Анализ статистически значимых результатов (при $p \leq 0,01$) корреляционного анализа показал, что структура актуального эмоционального состояния у больных ГБ образована большим, чем у здоровых, числом взаимосвязанных переменных, среди которых доминируют личностная и реактивная тревожность, алекситимия, депрессия, гетероагрессия и аутоагрессия, образующие наибольшее число значимых корреляций с различными эмоциональными проявлениями, тогда как в контрольной группе по числу связей лидируют аутоагрессия, личностная тревожность, агрессивность как реакция и контроль агрессии. Также межгрупповые различия проявляются в степени тесноты и характере связей между отдельными показателями агрессивности и тревожно-депрессивного спектра: у здоровых лиц эти показатели образуют две самостоятельные группы, не связанные друг с другом значимыми корреляциями, тогда как у больных ГБ они связаны друг с другом большим числом значимых прямых связей, поэтому появление одной из них облегчает возникновение других (повышение тревожности облегчает возникновение враждебности, гетеро-

и аутоагрессии, депрессии), что указывает на низкую дифференцированность эмоциональных состояний и ограничение репертуара эмоционального реагирования у больных ГБ.

Результаты корреляционного анализа показателей базисных убеждений и показателей эмоциональных состояний обнаружили в группе больных ГБ большее число статистически значимых связей, чем в группе здоровых. Так, у больных ГБ выявлены тесные отрицательные корреляции между показателями фактора тревожности и депрессии и показателями базисных убеждений в доброжелательности мира, в контролируемости мира, в собственной ценности для мира, в собственной способности контролировать события своей жизни, в собственной удачливости ($p \leq 0{,}01$ для всех), в справедливости мира и в закономерности происходящих в нем событий ($p \leq 0{,}05$ для всех). Показатели фактора агрессивности у больных ГБ образуют тесные отрицательные корреляции с показателями базисных убеждений контролируемости мира и в самоценности (при $p \leq 0{,}05$ для всех). У здоровых испытуемых обнаружены тесные отрицательные корреляции между показателями тревожности и депрессии и показателями базисных убеждений в доброжелательности мира, собственной ценности для мира, собственной способности контролировать события своей жизни ($p \leq 0{,}01$ для всех) и собственной удачливости ($p \leq 0{,}05$).

Согласно результатам факторного анализа, в группе больных гипертонической болезнью структуру эмоционального состояния определяют два фактора, суммарно охватывающие 79 % дисперсии психодиагностических показателей. Фактор 1 (44,3 %) объединил депрессию (0,879), межличностную сензитивность (0,832) и обсессивно-компульсивные проявления (0,829). Фактор 2 (34,7 %) – агрессивность как свойство личности (0,967) и агрессивность как компонент в структуре темперамента (0,853).

В группе здоровых испытуемых выделено два фактора общей информативностью 64 %. Фактор 1 (35 %) объединил агрессивность как свойство личности (0,931), агрессивность как реакцию (0,863) и гетероагрессию (0,698). Фактор 2 (29 %) объединил депрессию (0,872), реактивную тревожность (0,708) и личностную тревожность (0,686).

Таким образом, по результатам факторного анализа общие тенденции в формировании различных значений по ряду многочисленных показателей эмоционального состояния в каждой из исследуемых группах определяют два общих фактора – фактор агрессивности и фактор депрессивных проявлений. Однако депрессивные реакции в структуре эмоциональных состояний здоровых лиц образуют устойчивые констелляции с реактивной и личностной тревожностью, у больных ГБ – с межличностной

сензитивностью и обсессивностью-компульсивностью. Личностная агрессивность в группе ГБ образует устойчивую констелляцию с агрессивностью как проявлением темперамента, тогда как у здоровых испытуемых – с агрессией как реакцией на ситуацию и гетероагрессией. То есть агрессивность больных ГБ в значительной мере определяется конституциональными факторами, тогда как у здоровых лиц она проявляется как реакция на внешние стимулы.

Полученные данные согласуются с имеющимися представлениями об особенностях эмоциональной сферы больных ГБ. В частности, факторам агрессивности и обсессивной депрессии другие авторы также отводят центральное положение в психосоматических соотношениях при ГБ. Так, личностный профиль больных гипертонической болезнью описывают как агрессивно-компульсивный тип (Dunbar, 1954) и «сизифов тип» (Friedman, 1959), отмечая их крайнюю целеустремленность, настойчивость в соревнованиях, стремление к признанию и продвижению, к ускорению жизненного темпа, крайнюю степень подавления внутренних побуждений и неумение отдыхать, что приводит к хроническому эмоциональному напряжению и нарастанию агрессивности (Менделевич, 2002).

Результаты корреляционного анализа показателей базисных убеждений и эмоциональных состояний выявили в группе больных ГБ большее число статистически значимых связей, чем в группе здоровых. Так, у здоровых испытуемых обнаружены тесные отрицательные корреляции между показателями фактора тревожно-депрессивного состояния и показателями базисных убеждений в доброжелательности мира, собственной ценности для мира, собственной способности контролировать события своей жизни ($p \leq 0{,}01$ для всех) и собственной удачливости ($p \leq 0{,}05$). Показатели фактора агрессивности у здоровых лиц не образуют значимых корреляций с показателями базисных убеждений.

У больных ГБ показатели фактора тревожно-депрессивного состояния образую тесные отрицательные связи с показателями базисных убеждений в доброжелательности мира, его контролируемости, собственной ценности для мира, способности контролировать события своей жизни, собственной удачливости ($p \leq 0{,}01$ для всех), справедливости мира и закономерности происходящих в нем событий ($p \leq 0{,}05$ для всех). Показатели фактора агрессивности у больных ГБ образуют тесные отрицательные корреляции с показателями базисных убеждений контролируемости мира и в самоценности ($p \leq 0{,}05$ для всех).

Результаты ANOVA показали, что повышение уровня тревожно-депрессивного состояния у здоровых лиц сопровождается значимым

снижением показателей мощности в бета1-диапазоне в правой лобно-височной области (F8; $p \leq 0,01$) и диффузным разнонаправленным изменением когерентности в бета2-диапазоне ($p \leq 0,05$).

У больных ГБ повышение уровня тревожно-депрессивного состояния сопровождается значимым снижением показателей мощности в бета1-диапазоне в правой затылочной области (O2; $p \leq 0,05$), глобальным повышением мощности тета-диапазона со значимым повышением в левой префронтальной области (Fp1; $p \leq 0,01$), глобальным усилением мощности гамма-диапазона со значимым повышением в билатеральных височных отведениях T3 и T4 ($p \leq 0,05$), значимым повышением показателей когерентности в бета1- и бета2-диапазонах в правой височно-теменной области (T4T6; $p \leq 0,01$) и значимым повышением когерентности в дельта-диапазоне между височно-теменными отделами левого полушария и различными отделами правого полушария (F8T5 при $p \leq 0,01$; T5P4 при $p \leq 0,05$), а также между различными отделами правого полушария (F8P4 и T4O2 при $p \leq 0,05$).

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

Учитывая современные представления о функциональном значении диапазонов ЭЭГ, выявленные у больных ГБ нейрофизиологические корреляты агрессивности и тревожно-депрессивного состояния в целом указывают на гиперактивацию задних отделов правого полушария и свидетельствуют о непрерывной активизации механизмов мотивационного и бдительного внимания (Афтанас, 2003; Стрелец, 1997; Basar, 2001), выраженной неспецифической эмоциональной активации (Heller, 1993), снижении избирательности функциональной организации корковых областей, генерализации возбуждения коры (Мачинская, 1992) и рассогласовании высокоинтегрированных нейронных процессов, в норме обеспечивающих когнитивную переработку эмоциональных переживаний (Стрелец, 1997). Можно предположить, что процессы непрерывной активации мотивационного и бдительного внимания у больных психосоматозами с повышением тревожно-депрессивного состояния и агрессивности отражают компенсаторный механизм усиления неспецифической

активации, повышения бдительности, настороженности, повышения внимания к стимулам и вовлечения дополнительных корковых полей в условиях затрудненной когнитивной оценки эмоционального содержания стимулов, а рассогласование высокоинтегрированных нейронных процессов способствует усилению и пролонгации эмоционально-негативных состояний и сопровождающей их вегетативной активации.

Таким образом, результаты исследования показали, что повышенная склонность больных гипертонической болезнью испытывать эмоционально-негативные состояния в различных ситуациях, в том числе не несущих объективной угрозы, тесно связана с отягощенностью ранних этапов жизни этих пациентов большим количеством потенциально психотравмирующих ситуаций и с наличием у этих лиц негативных базисных убеждений, отражающих враждебность окружающего мира и отрицательный образ собственного Я. Сформированные под влиянием раннего негативного опыта базисные убеждения в несправедливости и враждебности окружающего мира и в низкой ценности их собственного Я обусловливают постоянное предвосхищение опасности и могут приводить к генерализации ожидаемой угрозы (когда нейтральные стимулы воспринимаются как предвестники опасности и провоцируют реакцию тревоги, депрессии, агрессии и пр.) и хроническому гипервозбуждению вегетативной нервной системы. Последнее обусловливает облегченный запуск соматических нервных реакций в различных ситуациях, в том числе тех, которые не содержат объективной угрозы для индивида. В сочетании с нарушением процессов переработки экстра- и интрацептивной информации это приводит к тому, что эмоциональные состояния и сопровождающие их физиологические реакции у данного индивида утрачивают свое приспособительное значение. При этом нормальные телесные ощущения индивид может наделять угрожающими смыслами, что создает дополнительный источник его психотравматизации и приводит к образованию нового «витка» в «психосоматической спирали» и образованию вторичных психосоматических и эмоциональных расстройств, усугубляющих клиническую картину основного заболевания.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и практическое применение. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Афтанас Л.И., Рева Н.В., Варламов А.А., Павлов С.В., Махнев В.П. Анализ вызванной синхронизации и десинхронизации ЭЭГ при эмоциональной активации у человека: временные и топографические характеристики // Журнал высшей нервной деятельности. – 2003. – Т. 53. – № 4. – С. 485-494.
3. Кристал Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма, алекситимия. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. – 800 с.

4. Мачинская Р.И., Мачинский Н.О., Дерюгина Е.И. Функциональная организация правого и левого полушарий мозга человека при направленном внимании // Физиология человека. – 1992. – Т. 18. – № 6. – С. 77-85.
5. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-Информ, 2002. – 608 с.
6. Стрелец В.Б., Данилова Н.Н., Корнилова И.В. Ритмы ЭЭГ и психологические показатели эмоций при реактивной депрессии // Журнал высшей нервной деятельности. – 1997. – Т. 47. – № 1. – С. 11-21.
7. Basar E. Gamma, alpha, delta, and theta oscillations govern cognitive processes // Int. J. Psychophysiol. – 2001. – Vol. 39. – P. 241-248.
8. Dunbar F. Emotions and bodily changes. – NY: Columbia University Press, 1954. – 192 p.
9. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings // JAMA. – 1959. – Vol. 169. – P. 1286-1296.
10. Janoff-Bulman R. Shattlered assumptions: Toward a new psychology of trauma. – NY: Free Press, 1992.
11. Heller W. Neuropsychological mechanisms of individual differences in emotion, personality, and arousal // Neuropsychology. – 1993. – Vol. 7. – P. 476-489.

НЕОБХОДИМОСТЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ, И ИХ СЕМЕЙ

Н.А. Русина, П.С. Свешникова

Ярославская государственная медицинская академия

Одним из наиболее часто встречающихся состояний у детей является запор (Садовничая, 2005; Эрдис, 2007). Об этом свидетельствует множество эпидемиологических исследований, указывающих на частоту встречаемости этой патологии у 0,3-34 % детей (Felt, et all, 2004; Rubin, Dale, 2006). Однократная задержка дефекации более физиологически допустимого срока после эффективного разрешения не может неблагоприятно сказаться на состоянии здоровья ребенка. Наиболее полной признана классификация А.И. Ленюшкина для причин возникновения запоров у детей с разделением запоров на алиментарный, атонический, неврогенный, психогенный, механический, интоксикационный, инфекционно-токсический, эндокринный.

Традиционно лечение больных с хроническими запорами начинается с консервативных мероприятий. При этом учитывается стадия заболевания и давность существующих нарушений. На начальных этапах основу лечения составляют диета с употреблением продуктов, богатых растительной клетчаткой, повышение рефлекторной активности прямой

кишки с помощью «тренирующих» клизм, применение слабительных средств, массаж, лечебная гимнастика, физиотерапевтические воздействия (Окулов, 2004). При неэффективности консервативного лечения в течение 1,5-2 лет, прогрессировании симптомов запора применяют оперативное лечение. Однако лишь у 36,2 % пациентов результаты лечения можно признать хорошими, а у 25 % пациентов хирургическое вмешательство не приносит положительного эффекта (Макоев и др.).

Большую группу причин возникновения запоров у детей составляют факторы, связанные с негативным психоневрологическим влиянием. Считается, что нереализованные стремления к зависимости, признанию посредством парасимпатической нервной системы преобразуются в нарушения функций желудочно-кишечного тракта с развитием заболеваний. Психосоматические расстройства (ПСР) занимают все большее место в заболеваемости детско-подросткового населения, составляя, по данным некоторых исследователей, от 10 до 40 % из числа обращающихся за медицинской помощью детей и подростков (Карташова, 2012). Следует отметить, что при относительно схожем клиническом течении заболеваний, не имеющих психогенной обусловленности с одноименной психосоматической патологией, отмечается недостаточная эффективность обычно применяемого симптоматического лечения у больных с ПСР, что приводит к прогрессированию и хронизации патологического процесса. При выявлении психосоматической природы заболевания в комплекс лечебных воздействий необходимо включать психолого-психотерапевтические методы.

Исследование проведено на базе ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница» и среди школьников СОШ № 75. Объект изучения – дети с верифицированной патологией желудочно-кишечного тракта, получающие лечение по поводу хронических запоров в гастроэнтерологическом и хирургическом отделениях стационара, и пациенты, обследуемые амбулаторно под наблюдением проктолога в связи с жалобами на задержки стула. Пациенты были разделены на две группы. В основную группу (ГО) включены дети, страдающие хроническими запорами с длительностью заболевания от 1 месяца и до 10 лет. Диагноз «Долихосигма» был поставлен у 15, функциональные запоры неясной этиологии – у 7. Группа сравнения (ГС) была сформирована случайным образом из детей, не предъявляющих активных жалоб на задержки стула. Критерием включения в группу сравнения был возраст, совпадающий с основной группой. Количество наблюдений в каждой из групп – 22. Всего было обследовано 44 ребенка в возрасте от 4 до 12 (8±2,18) лет.

Статистическую обработку производили при помощи Microsoft Excel и Statistica v.10. При анализе порядковых и качественных признаков (тревожность, депрессивность, агрессия, невротические проявления) описывали центральные тенденции и рассеяние значений. Корреляцию определяли методом Кендалла. Сравнение осуществляли по критерию Манна-Уитни. Для количественных показателей, соответствующих закону нормального распределения (возраст, длительность заболевания и лечения), определяли среднее, минимальное и максимальное значения, стандартное отклонение. Достоверность различий определяли при помощи критерия Стьюдента для несвязанных групп. При определении степени корреляции использовали метод Пирсона.

Критериями исключения из исследования были: 1) возраст младше 4 и старше 12 лет, ввиду диапазона ограничений проведения опросов и методик психологической оценки; 2) прохождение ребенком обследования в отсутствие матери; 3) отсутствие сведений о длительности заболевания и проводимом лечении; 4) наличие у ребенка выраженных психических нарушений, обусловленных органической патологией центральной нервной системы. Таким образом, группы не различались по полу и возрасту и формировались на основании единых критериев.

Для исследования психологического статуса применялись: 1. Методика «Кинетический рисунок семьи» (Р. Бернс и С. Коуфман) на выявление отношения ребенка к членам семьи, своего места в ней, семейных отношений, которые вызывают тревогу или конфликты для рисующего, восприятия ребенком взаимоотношений с членами семьи. Система количественной оценки КРС учитывает: качество линии, положение объектов рисунка на листе, стирание фрагментов, затушевывание отдельных частей, изображаемую деятельность родных, представленных на рисунке, их расположение и взаимодействие, а также взаимоположение, размеры вещей и людей. Оценка осуществлялась на основании симптомокомплексов: 1) благоприятная семейная ситуация; 2) тревожность; 3) конфликтность в семье; 4) чувство неполноценности в семейной ситуации; 5) враждебность в семейной ситуации. 2. Тест-опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин) для определения особенности чувств и поступков взрослых по отношению к своим детям. Вопросы ориентированы на одну из пяти шкал: 1) «Принятие-отвержение ребенка»; 2) «Кооперация»; 3) «Симбиоз»; 4) «Контроль»; 5) «Отношение к неудачам ребенка». 3. Методика «Тест тревожности» Р. Тэммпла, В. Амена, М. Дорки. 14 рисунков, различных для мальчиков и девочек. Ребенок идентифицирует себя в типичных жизненных ситуациях, представленных на картинках, выбирая

один из двух типов эмоционального реагирования: радость или грусть. Индекс тревожности вычисляли по формуле: ИТ = Количество негативных реакций/14 х 100 %.

Выявление анамнестических данных о наследственных и перинатальных факторах, предрасполагающих к развитию нарушений функций желудочно-кишечного тракта, негативных психоэмоциональных влияниях, состоянии соматического здоровья детей и невротических проявлениях, длительности запоров у ребенка осуществляли на основании анкетирования матери. Сведения о длительности заболевания, выраженности клинических проявлений, результатах обследования и особенностях лечения – из амбулаторной карты и карты стационарного больного.

Таблица 1

Тест «Кинетический рисунок семьи»

Показатель		Благоприятная ситуация	Тревожность	Конфликтность	Неполноценность	Враждебность
ГО	M	7	6	2,5	3	3
	LQ	5	5	1	2	1
	UQ	8	9	3	4	4
ГС	M	9,5	3	0,5	0	0
	LQ	8	1	0	0	0
	UQ	11	4	2	1	0
Значимость различий*		p=0,000753	p=0,00132	p=0,02571	p=0,000026	p=0,000002

* Критерий Манна-Уитни.

Анализ рисунков выявляет большую выраженность показателей таких характеристик, как конфликтность в семье, тревожность, чувство неполноценности в семейной ситуации, враждебность среди детей с хроническими запорами. Уровень «благоприятной семейной ситуации» у пациентов из основной группы достоверно снижен ($p<0,05$) по всем показателям. Полученные данные говорят о том, что частые конфликты в семье, враждебность родителей, неблагоприятный психологический климат приводят к развитию избыточной тревожности и чувства отчужденности у ребенка, что проявляется нарушениями акта дефекации с формированием хронического запора.

Таблица 2

Результаты теста-опросника «Родительского отношения»

Показатель		Принятие-отвержение	Кооперация	Симбиоз	Контроль	Отношение к неудачам
ГО	M	9,5	5	1	3	1
	LQ	8	4	1	3	1
	UQ	10	5	3	4	1
ГС	M	10	6	5	4	1
	LQ	10	5	5	3	1
	UQ	11	6	6	5	2
Значимость различий*		p=0,0445	p=0,0075	p=0,000009	p=0,1787	p=0,2417

* Критерий Манна-Уитни.

В семьях детей, страдающих хроническими запорами, отмечается более выраженное отрицательное отношение к ребенку, его отвержение матерью (шкала «Принятие-отвержение», p=0,0445), что проявляется низким уровнем заинтересованности в делах ребенка, сочувствия и стремления к сотрудничеству. Оценка матерью достижений ребенка, его интеллектуальных и творческих способностей снижена (шкала «Кооперация», p=0,0075). Взаимоотношения с ребенком в основной группе характеризуются большей психологической межличностной дистанцией с родителями, потребности ребенка чужды матери. Дети оказываются предоставлены сами себе, не получая заботы и поддержки в трудных жизненных ситуациях (шкала «Симбиоз», p=0,000009). Требования к социализации ребенка и желание привить ему собственные жизненные принципы (шкала «Контроль»), а также стремление приписать ему излишний инфантилизм и несостоятельность (шкала «Отношение к неудачам») достоверно не различаются (p=0,1787 и p=0,2417). В обеих группах шкала «Отношение к неудачам» имеет низкие значения (диапазон 0-7 баллов), что означает, что родители не предъявляют жестких требований к ребенку, но поддерживают его инфантилизм.

Анкетирование выявило в основной группе более частую встречаемость хронических заболеваний у родителей, в том числе и задержки стула. Кроме того, большинство матерей пациентов с хроническими запорами отмечали повышенную тревожность своего ребенка (таблица 3).

Таблица 3

Результаты анкетирования матерей

Признак	ГО	ГС	Значимость различий*
Хронические заболевания родителей	21 (95,5 %)	5 (22,7 %)	p=0,00005
Хронические запоры у родителей	8 (36,4 %)	0	p=0,011
Тревожность	21 (95,5 %)	14 (63,6 %)	p=0,016

* Критерий Фишера с поправкой Йетса.

Результаты опроса родителей являются субъективными и не могут в полной мере отражать истинной картины, в частности, невротических реакций ребенка, однако дают косвенную информацию об этиологических факторах возникновения заболевания у детей.

При оценке степени тревожности детей выявлены различия в исследуемых группах, имеющиеся при этом как в балльных показателях, так и при приведении к трем уровням (таблица 4).

Таблица 4

Оценка уровня тревожности.
Тест тревожности Р. Тэммпла, В. Амена, М. Дорки

Показатель		ГО	ГС	Значимость различий
Баллы		42,4±13,4	16,3±6,8	p < 0,0001*
Уровень	Низкий	0	13	p = 0,00002**
	Средний	14	5	
	Высокий	4	0	

* *Критерий Стьюдента для несвязанных групп.* ***Критерий* X^2.

В основной группе общий показатель тревожности достоверно выше, чем в группе сравнения (p<0,0001), и преобладает количество детей со средним и высоким уровнем тревожности.

Полученные данные указывают на то, что при наличии хронического запора у ребенка повышен общий уровень тревожности, проявляющийся в негативной реакции на события, происходящие в повседневной жизни. Следует отметить, что показатель уровня тревожности в данном тесте коррелирует с данными показателя тревожности, полученными при помощи теста «Кинетический рисунок семьи» (p=0,000076; r=0,61). Оценка

взаимосвязи уровня тревожности с возрастом ребенка (p=0,77), длительностью заболевания (p=0,21) и проводимого лечения (p=0,32) не выявила достоверности, т.е. повышение степени тревоги не связано с давностью заболевания, а обусловлено особенностями условий жизни ребенка. Корреляция тревожности с длительностью задержки стула характеризуется как высокая (p<0,00001; r=0,768).

Из вышеизложенного следует предположить, что на характер акта дефекации у детей с хроническими запорами влияют исходные особенности психологического статуса.

Таблица 5

Связь уровня тревожности с родительским отношением

Сравниваемы показатели	Корреляция	Значимость
Тревожность/принятие-отвержение	r=-0,343	p=0,0037
Тревожность/кооперация	r=-0,381	p=0,0012
Тревожность/симбиоз	r=-0,499	p=0,000025
Тревожность/кооперация	r=-0,129	p=0,275
Тревожность/отношение к неудачам	r=-0,391	p=0,00094

Из данных таблицы видно, что имеется обратная связь между уровнем тревожности и показателями шкал «Кооперация», «Принятие-отвержение», «Симбиоз», «Отношение к неудачам». Уровень тревожности достоверно выше при наиболее низких показателях данных шкал. Все это говорит о том, что при недостаточной взаимосвязи между матерью и ребенком, низкой заинтересованности в его жизни, отсутствии сочувствия и заботы степень тревожности возрастает.

Выводы:

1. Имеется взаимосвязь между развитием у ребенка систематической задержки стула и неблагоприятным психологическим климатом в семье, характеризующимся отчужденностью ребенка, вызванной отсутствием интереса родителей к его переживаниям и дистанцированием с матерью.

2. Уровень тревожности пациентов с хроническими запорами значительно превышает показатели детей с нормальным актом дефекации.

3. Отсутствие взаимосвязи степени тревожности с возрастом ребенка, давностью появления симптомов и длительностью лечения наряду с выраженной корреляцией с частотой стула позволяет предположить, что исходные психологические особенности и семейная обстановка являются одними из основных факторов, определяющих развитие заболевания.

4. Необходимо психологическое сопровождение процесса лечения ребенка: консультативная и тренинговая работа с семьями, формирование материнской привязанности, игровые упражнения ребенка совместно с мамой, снижение уровня тревожности матери.

Список литературы

1. Карташова К.С. Основы психосоматики: Красноярск, 2012.
2. Макоев С.Н., Ачкасов С.И., Кабанова И.Н. Анализ причин неудовлетворительных функциональных результатов хирургического лечения запоров. Москва. ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. – proctolog.ru.
3. Окулов Е.А. Хронические запоры (колостаз) у детей. Materia Medica. 2004. № 2 (42), С. 42-51.
4. Садовничая Т.А. Особенности клинической картины хронических запоров у детей дошкольного возраста города Ставрополя: Материалы XII Конгресса детских гастроэнтерологов России. 2005.
5. Эрдес С.И. Запоры у детей // Фарматека. – 2007. – № 13. – С. 47-52.
6. Felt B., Brown P., Coran A., et al. Functional constipation and soiling in children. ClinFarmPract, 2004; 6: 709–30.
7. Rubin G, Dale A. Chronic constipation in children. BMJ, 2006; 333: 1051–55.

СОПРОВОЖДЕНИЕ СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ-СИРОТ РАННЕГО ВОЗРАСТА МЕТОДАМИ АРТ-ТЕРАПИИ

Г.В. Сенченко, Н.Н. Вишнякова, Л.В. Тутынина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Нахождение детей в условиях дома ребенка уже на ранних этапах онтогенеза обуславливает необходимость в своевременной организации и стимулировании окружающей социальной среды со стороны взрослого человека, сопровождающего процесс личностного становления ребенка, его социализации. Д.И. Фельдштейн подчеркивал, что в период детства «растущий человек становится личностью в той мере, в какой у него формируются социальные качества, определяющие его как социальное существо; развитие детства совершается в среде взрослых, при осуществлении их целенаправленной деятельности, которая направлена на помощь детям не только в осознании, присвоении социального, но и в его реализации» (Фельдштейн, 2005).

Особенно важно для таких детей, на наш взгляд, создание художественной среды в связи с особенностями «закрытого» учреждения уже на первом этапе вхождения ребенка в мир культуры общения со взрослым.

Перед взрослыми стоит задача создать полисенсорный ансамбль раздражителей, дистантных и контактных (кинестетических осязательных, слуховых, двигательных, зрительных), приуроченных к определенным видам деятельности и режиму жизни ребенка (Медведева, 2009). Дом ребенка является учреждением здравоохранения, предназначенным для воспитания и оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, а также детям с дефектами умственного и физического развития, в возрасте от рождения до четырех лет. Причины многочисленных нарушений нервно-психического развития у детей-сирот многообразны, чаще всего они обусловлены врожденными физическими и психическими аномалиями вследствие злоупотребления алкоголем, наркотическими и токсическими веществами, курения родителей (Кудина, Сенченко, 2008). Дети, рожденные от нежелательной беременности, входят в группу особого риска по психической патологии, т.к. часто рождаются недоношенными, имеют недостаточную массу тела и признаки морфофункциональной незрелости. Кроме того, ранняя социальная депривация является фактором, усугубляющим нарушения психического развития детей-сирот (Микиртумов, 2001; Мухамедрахимов, 2003).

Художественная среда в системе «закрытого» учреждения нужна для установления связей между ребенком и взрослым. Она помогает устанавливать эмоционально значимый для ребенка контакт с «близким взрослым», формирует «привязанности», что в свою очередь служит основой для здорового психического и социального развития ребенка в дальнейшем. Художественно-эмоциональная среда с первых месяцев жизни ребенка в виде прослушивания музыкальных ритмов, мелодии народных песенок, потешек, пестушек, участие в музыкально-ритмических движениях совместно со взрослым и действие с красками, безусловно, способствуют формированию эмоциональной отзывчивости, получению нового сенсорного опыта, развитию предметной деятельности, таким образом снижается влияние социальной и других видов депривaций, способствует преодолению недостатков речевого развития, что мешает полноценному социокультурному развитию ребенка.

Наш практический опыт показал, что специально организованная художественная среда и совместная деятельность с «близким» взрослым дает качественный скачок в развитии детей, воспитывающихся в системе закрытого учреждения.

У детей первого года жизни в доме ребенка проводится ежемесячная диагностика уровня нервно-психического развития с помощью специально разработанной системы диагностики, основанной на наблюдении и проведении обследования в искусственно созданных условиях на специально

подобранном материале. Это позволяет своевременно обнаружить дисгармонию развития и снизить влияние специфических условий дома ребенка, выявить детей с задержкой в развитии, правильное определение фактического уровня развития ребенка помогает отличить норму от патологии (Голубева, 2002). Ниже представлены результаты оценки уровня нервно-психического развития детей в 3, 6, 9 и 12 месяцев (табл. 1).

Таблица 1

Средний уровень нервно-психического развития детей 1 года жизни в доме ребенка (в месяцах)

Линия развития	Возраст			
	3 мес.	6 мес.	9 мес.	12 мес.
Зрительные ориентировочные реакции (ЗО)	1,8±0,1	4,1±0,2	6,5±0,2	8,9±0,3
Слуховые ориентировочные реакции (СО)	1,8±0,1	4,1±0,2	6,4±0,2	8,8±0,3
Эмоции и социальное поведение (Э)	1,5±0,1	3,7±0,2	6,0±0,2	8,4±0,3
Активная речь (РА)	1,2±0,1	3,1±0,2	4,6±0,2	6,9±0,3
Понимание речи (РП)	не диагностируется по возрасту		5,0±0,2	6,9±0,3
Развитие движений руки и действий с предметами (ДР)	1,5±0,1	4,2±0,2	6,3±0,2	8,4±0,3
Развитие общих движений (ДО)	1,9±0,1	4,3±0,2	6,4±0,2	9,0±0,3
Навыки и умения в режимных процессах (Н)	2,3±0,1	4,6±0,2	6,5±0,2	8,6±0,3

Анализ уровней нервно-психического развития позволяет говорить о том, что у детей-сирот отмечается задержка развития по всем показателям во все возрастные периоды. Показателями с наименьшим развитием являются речевые (активная и пассивная речь). Это во многом обусловлено тем, что речь является сложной функциональной системой, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии. И нарушение одного из них приводит к нарушениям развития речи.

На втором месте по степени задержки развития стоят эмоции и социальное общение, что непосредственно указывает на недостаточное по длительности и эмоциональной окраске индивидуального общения ребенка, воспитывающегося в условиях закрытого учреждения, с взрослым. Стоит особо подчеркнуть, что для детей первого года жизни необходимым является опыт общения с близким взрослым. В то время как в доме ребенка младенец имеет большее число разнообразных контактов и поэтому вынужден тратить большую часть своего времени на приспособление

к общению с ежедневно меняющимся персоналом. А это в дальнейшем ведет к стертости и скудности эмоциональных реакций и сложности выстраивания моделей поведения в проблемных ситуациях и нарушениях поведения (агрессивность, замкнутость, тревожность, страхи, вредные привычки).

Раннее поражение ЦНС, неблагоприятные факторы, оказывающие влияние на развитие плода во время беременности, соматическая патология, нахождение ребенка в условиях материнской и социальной депривации с рождения проявляются в задержке нервно-психического развития.

Основной целью работы дома ребенка является адаптация и реабилитация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с отклонениями в развитии на основе создания благоприятных условий для оптимального физического, психического развития и эмоционального благополучия каждого ребенка, повышение его познавательной активности, функциональных и адаптационных возможностей, коррекции отклонений в развитии, профилактики вторичных нарушений.

Содержание и структура психолого-педагогической поддержки и реабилитации во многом зависят от диагноза, структуры дефекта, этиологии, компенсаторных возможностей ребенка, «зоны его актуального и ближайшего развития», личностно ориентированного подхода.

Ведущими концепциями психолого-педагогической реабилитации детей-сирот в доме ребенка являются: 1) личностно ориентированное взаимодействие специалистов – медицинских и педагогических работников; 2) индивидуализация коррекционно-развивающей деятельности; 3) учет компенсаторных и потенциальных возможностей ребенка; 4) интеграция методов коррекционно-развивающего обучения.

Модель психолого-педагогической коррекционно-развивающей деятельности представляет собой целостную систему, в основу которой положен полимодальный подход. Под полимодальным подходом мы понимаем комплексное воздействие на сенсорные системы ребенка, воспитывающегося в доме ребенка, с учетом структуры и проявлений дефектов развития, вызванных комплексным воздействием биологических и социальных факторов.

В дополнение к традиционным комплексным развивающим занятиям, применяемым в доме ребенка, нами были введены в практику педагога-психолога работа с арт-терапевтическими методиками в качестве пилотного эксперимента. Целью данной работы явилось – стимулирование сенсорных систем, создание терапевтических рисунков, отражающих эмоциональное состояния ребенка «здесь и сейчас». Рисование детьми в любом возрасте позволяет развивать чувственно-двигательную

координацию, так как требует согласованного участия многих психических функций. По мнению специалистов, рисование участвует в согласовании межполушарных взаимоотношений, поскольку в процессе рисования активизируется конкретно-образное мышление, связанное в основном с работой правого полушария, и абстрактнологическое, за которое ответственно левое полушарие (Копытин, 2002).

При длительной арт-терапевтической работе появляется возможность не только отслеживать текущее состояние ребенка, но и запускать механизм гармонизации личности, что является важным условием для преодоления последствий депривационных факторов.

В экспериментальную группу вошли десять детей-сирот в возрасте девяти месяцев. В течение последующих трех месяцев была проведена арт-терапевтическая программа, построенная с учетом возрастных особенностей детей раннего возраста. В основу работы легли такие техники, как «каракули», «марание», «штриховка», «рисунок на стекле», «рисование пальцами», «рисование сыпучими материалами», техники с элементами направленной визуализации, лепка из глины, массы для лепки, работа с сыпучими природными материалами.

По достижении возраста 12 месяцев у этих детей по стандартным методикам был проведен анализ уровня нервно-психического развития.

При изучении слухового восприятия было установлено, что возраст развития соответствовал фактическому возрасту 12 месяцам у 7 детей (70 %), развитие 2 детей (20 %) соответствовало возрасту 11 месяцев и развитие 1 ребенка (1 %) достигло 8 месяцев. Таким образом, средний возраст развития детей-сирот составил 11,4 месяца. Задержка составила 0,6 месяца, в то время как в 9 месяцев задержка по этому показателю составляла 1,6 месяца.

Изучение зрительного восприятия выявило, что фактическому возрасту 12 месяцев соответствовало развитие 4 детей (40 %). Возрасту 11 месяцев соответствовали 5 детей (50 %), 1 ребенок (10 %) в своем развитии по этому параметру соответствовал только 8 месяцам. Средний возраст развития зрительного восприятия составил 11,1 месяца. Задержка – 0,9 месяца, в 9 месяцев она составляла 1,7 месяца.

Отмечается положительная динамика в развитии двигательных навыков. Двое детей (20 %) соответствовали своему фактическому возрасту, 3 (30 %) – 11 месяцам, 4 детей (40 %) – 10 месяцам, развитие 1 ребенка (10 %) соответствовало только 7 месяцам. Средний возраст развития двигательных навыков составил 10,4 месяца, задержка – 1,6 месяца, в 9 месяцев – 2,8 месяца.

У 3 детей (30 %) уровень развития предметной деятельности соответствовал 11 месяцам. Уровень развития наибольшей части из обследованных детей-сирот соответствовал 10 месяцам (5 детей (50 %)). Уровень развития 2 детей соответствовал 9 и 5 месяцам. В результате средний возраст развития предметной деятельности у детей-сирот из дома ребенка в 12 месяцев достиг 9,7 месяца, задержка – 2,3 месяца, в 9 месяцев – 3,5 месяца.

Речевое развитие 4 детей (40 %) соответствовало 11 месяцам, еще четырех – 10 месяцам. Уровень развития 2 детей соответствовал 9 и 5 месяцам. Проведение комплексных занятий привело к сокращению сроков задержки с 3,1 месяца до 2,2 месяца. Средний возраст составил 9,8 месяца.

Уровень развития навыков самообслуживания у 2 детей (20 %) достиг фактического. Большая часть детей (70 %) достигла уровня самообслуживания 10 месяцев. Развитие 1 ребенка (10 %) по-прежнему существенно задерживается и достигает только 6 месяцев. Таким образом, средняя задержка развития навыков самообслуживания составила 2 месяца (средний возраст – 10 месяцев) против 3,5 в 9 месяцев.

При обследовании уровня социального развития было установлено, что развитие 1 ребенка (10 %) соответствовало 12 месяцам, возрасту 11 месяцев соответствовал 1 ребенок (10 %), 10 месяцам – 6 детей (60 %), 9 месяцам – 1 ребенок (10 %) и 1 ребенок (10 %) – 6 месяцам. Уровень социального развития для обследованных детей составил в среднем 9,8 месяца. Задержка развития – 2,2 месяца против 3,3 месяцев до проведения занятий.

Анализ результатов диагностики нервно-психического развития показал, что в результате комплекса целенаправленных занятий с использованием арт-терапевтических техник, направленных на коррекцию задержки нервно-психического развития детей-сирот, отмечается выраженная положительная динамика.

Таким образом, можно говорить о том, что:

1. Проведение коррекционной работы с использованием методов арт-терапии позволяет снизить влияние материнской, сенсорной и социальной депривации на уровень нервно-психического развития детей-сирот первого года жизни, таким образом, способствует запуску механизма гармонизации личности.

2. Необходимо ввести в практику работы психолого-педагогического персонала домов ребенка использование арт-терапевтических техник при проведении психолого-педагогической коррекции.

Список литературы

1. Голубева Л.Г., Лещенко М.В., Печора К.Л. Развитие и воспитание детей раннего возраста. – М.: Академия, 2002. – 192 с.
2. Копытин, А. И. Теория и практика арт-терапии / Копытин А.И. – СПб.: Питер, 2002. – 368 с.
3. Кудина О.Е., Сенченко Г.В. Анализ анамнестических данных детей, оставшихся без попечения родителей, поступивших на первом году жизни в дома ребенка // Актуальные проблемы профилактики социального сиротства. – Иваново, 2008. – С. 40-42.
4. Медведева Е.А. Формирование личности ребенка с проблемами психического развития средствами искусства в артпедагогическом и арттерапевтическом пространстве. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2009.
5. Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.
6. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
7. Фельдштейн Д.И. Психология развития человека как личности: В 2 т. / Д.И. Фельдштейн. – М.: Моск. психол.-соц. ин-т ; Воронеж: МОДЭК, 2005. – Т. 1.

СУБЪЕКТИВНОЕ КАЧЕСТВО ВЫБОРА У СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ (НАПРАВЛЕНИЙ ПОДГОТОВКИ) КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Е.И. Стоянова, Ю.В. Живаева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

В контексте нашего исследования готовность к осуществлению выбора рассматривается в рамках конкретных психологических школ и направлений. В гуманистическом направлении в психологии готовность к осуществлению выбора и сам процесс выбора рассматривается как процесс метамотивации. А. Маслоу в своей теории раскрывал категорию личностного выбора в контексте соотнесения «дефицитарной» мотивации и «бытийной» метамотивации, а также соответствующих потребностей и ценностей (Маслоу, 2004).

Отечественные психологи, в частности Д.А. Леонтьев, определяют выбор как «особого рода внутреннюю деятельность, имеющую свою мотивационно-смысловую и операциональную структуру, инструментальные средства и динамику формирования и развертывания» (Леонтьев, 2006).

Философская мысль раньше, а психологическая позже пришли к определению человека, в том числе как существа, производящего выбор.

При этом первоначально понятие выбора звучало как описательное для характеристики свободы, личности, воли. Позднее понятие выбора стало самостоятельной категорией психологического и философского знания.

Одним из первых обращений к данному вопросу в контексте русской философской мысли встречается у В.С. Соловьева. Автор, связывая свободу воли со свободой выбора, определял выбор как выбор между большим количеством желаний, выбор, который предстоит сделать человеку: он свободен, и он соответствует личностному принципу (Соловьев, 2001).

С точки зрения авторов экзистенциального и гуманистического направления в философии, психологии, выбор рассматривается как способность и готовность брать на себя ответственность за реализуемый выбор. В трудах русских философов М.М. Бахтина, М.К. Мамардашвили отражены представлении об эмоциональной составляющей выбора человека, что проявляется в способности брать на себя ответственность за реализуемый выбор. М.М. Бахтин в своей книге «Философия поступка» определяет, что каждая мысль человека есть индивидуальный и ответственный поступок человека. Вслед за этим мы склонны рассматривать выбор человека как своего рода поступок (Бахтин, 1986).

Прежде всего, отметим, что в работах В. Франкла, который является одним из самых ярких представителей экзистенциальной психологии, рассматриваются понятия «свободы» и «ответственности» как ключевые при осуществлении выбора, при нахождении и реализации смысла жизни. Он считает, что на человеке лежит ответственность за решение, за выбор, какие из возможностей реализовать, а какие оставить нереализованными (Маслоу, 2004).

Изложенный материал показывает, что в ходе анализа представлений о готовности к осуществлению выбора выявлены наиболее существенные характеристики: выбор рассматривается как показатель, определяющий высокую степень необходимости и желания человека в осуществлении предстоящего выбора, развитость волевой характеристики реализовать человеку из многообразия возможных выборов сделать наиболее правильный.

Исследование проводилось в такой последовательности, как, определение концептов субъективного качества выбора у студентов разных специальностей (направлений подготовки), направление «Психологическое образование», специальности «Лечебное дело», «Международные отношения»;

1) Определение субъективного качества выбора. Методом исследования выступил методический прием «Субъективное качество выбора»,

предложенный Д.А. Леонтьевым и Е.Ю. Мандриковой. Методический прием построен по типу семантического дифференциала Ч. Осгуда состоит из 31 пары словосочетаний, находящихся в оппозиционных отношениях, которые нужно оценить по 7-балльной шкале, причем 20 пар из них описывают особенности процесса принятия решения (предлагаемые словосочетания являются продолжением фразы «Я сделал(а) этот выбор…») и 11 пар описывают субъективное отношение к своему выбору и к принятому решению (предлагаемые словосочетания являются продолжением фразы: «Принятое мной решение…») Этот прием позволяет получить качественную информацию о процессе выбора, субъективном отношении к процессу и к результату выбора, т.е. описывает феноменологическое «качество» выбора (Леонтьев, 2004).

Предположения на данном этапе исследования были основаны на том, что студенты, относящиеся к разным специальностям, различаются субъективными оценками выбора.

В ситуации субъективного качества выбора у студентов выбор проявляется через следующие основные концепты: «уверенно», «с чувством правоты», «ответственно», «с опорой на себя», «самостоятельно», «смело и решительно», «рассчитывая только на себя», «учитывая последствия выбора», «взвешивая все «за и против»», «опираясь на свои ценности», «выбор реализуется с удовольствием».

Минимальное значение субъективного качества выбора испытуемые придают следующим концептам: «рационально», «с чувством тревоги», «вдумчиво», «бесконфликтно», «легко и просто», «стараясь поскорее это сделать и видя несколько вариантов».

Студенты оценивают ситуацию более однозначно и определенно. Студенты демонстрируют наибольшую определенность в выборе концептов, что может свидетельствовать об однозначной позиции испытуемых в отношении субъективного выбора, которая реализуется ими в разных жизненных ситуациях. Субъективно принятое решение определяется в следующих основных концептах: «принятое решение – однозначно», «динамично и продвигает меня вперед», «значимо», «свободно». Слабо выраженная позиция субъективно принятого решения выражается в следующих концептах: «уменьшает неопределенность», «естественно», «обратимо», «гармонично», «безопасно», «оригинально». Студенты реализуют выбор как расширение пространства возможностей («выбор реализуется уверенно», «рационально», «с чувством правоты», «ответственно», «смело и решительно», «взвешивая все «за и против», «опираясь на свои ценности», «видя несколько вариантов»).

Список литературы

1. Бахтин, М.М. К философии поступка // Философия и социология науки и техники. – М.: Наука, 1986. – С. 80-160.
2. Леонтьев, Д.А., Пилипко, Н.В. Выбор как деятельность / Д.А. Леонтьев, Н.В. Пилипко // Вопросы психологии. – 2006. – № 1. – С. 7-16
3. Ломов, Б.Ф. Проблемы и стратегия психологического исследования / Б.Ф. Ломов. – М.: Наука, 1999. – 204 с.
4. Маслоу, А. Новые рубежи человеческой природы / А. Маслоу. – М.: Смысл, 2004. – 425 с.
5. Соловьев, В.С. Различные точки зрения на свободу воли: эмпирическое исследование вопроса / В.С. Соловьев // Полное собрание сочинений и писем в двадцати томах: сочинения. Том третий. – М: Наука, 2001. – С. 76-89.

АРТ-ТЕХНОЛОГИИ КАК ФОРМА СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ ЧЕРЕЗ САМОВЫРАЖЕНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЮ ВЫСШИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ

С.А. Томилова

Сибирский государственный технологический университет

По мнению В. Беккер-Глош, в основе современного определения арт-технологий лежит художественное творчество, связанное с действием трех факторов: экспрессии, коммуникации и символизации. М. Либман трактует арт-технологии как использование средств искусств для передачи чувств и иных содержаний психики человека с целью изменения структуры его мироощущения. Н.Д. Никандров считает, что арт-технологии можно рассматривать как слияние творчества и коррекционной практики, как метод, направленный на реализацию скрытой энергии в результате творческого осмысления, тренировки, личностного роста, как воздействие на мотивационную, эмоциональную, адаптивную сферу (Карвасарский Б.Д., 2000).

В современном обществе арт-технологии имеют важное значение для социального развития личности и обладают следующими характеристиками: позволяют развивать ценные социальные навыки; связаны с оказанием взаимной поддержки членами группы и позволяют решать общие проблемы; дают возможность наблюдать результаты своих действий и их влияние на окружающих; позволяют осваивать новые роли и проявлять латентные качества личности, а также наблюдать, как модификация ролевого поведения влияет на взаимоотношения с окружающими; повышают самооценку и ведут к укреплению личной идентичности; развивают навыки принятия решений.

«Лечение искусством» появилось тогда же, когда и само искусство. Во все времена и у всех народов в качестве «средства исцеления» различных болезней и состояний использовались музыка, пение, танец, рисование, скульптура и многое другое. В настоящее время под арт-технологиями принято понимать такие методы, как танцевальная терапия, библиотерапия, драматерапия, музыкотерапия, ландшафтотерапия, этнотерапия и пр.

Термин «арт-терапия» (Art Therapy) был введен художником Адрианом Хиллом в 1938 г. Работая с больными, он заметил, что творческие занятия отвлекают пациентов от переживаний и помогают справляться с болезнью. Сочетание слов «арт-терапия» (art (англ.) – искусство, therapeia (греч.) – забота, лечение) понимают как заботу о психологическом здоровье и эмоциональном самочувствии человека посредством творчества.

Существуют различные направления в арт-терапии, которые можно использовать в работе как с детьми, так и со взрослыми. Перечислим основные из них:

– арт-терапия в узком смысле (рисуночная терапия);
– сказкотерапия;
– музыкотерапия;
– драматерапия;
– танцевальная терапия;
– куклотерапия.

Наличие большого выбора направлений терапии искусством позволяет более индивидуально подходить к работе с клиентом и выбирать наиболее подходящие ему способы работы.

Выделены показания к проведения арт-терапевтического воздействия: трудности эмоционального развития, стресс, депрессия, сниженное настроение, эмоциональная неустойчивость, импульсивность эмоциональных реакций, переживание эмоционального отвержения другими людьми, чувство одиночества, межличностные конфликты, неудовлетворенность семейными отношениями, ревность, повышенная тревожность, страхи, фобии, негативная «Я-концепция», низкая самооценка (Новикова О.В., 2005).

Согласно правилам работы в психотерапевтической группе (по К. Рудестаму), были сформулированы задачи, которые решает арт-терапия:

1. Дать социльно-приемлемый выход агрессии и другим негативным чувствам.

2. Облегчить процесс лечения (психотерапии) в качестве вспомогательного метода.

3. Получить материал для психодиагностики.
4. Проработать подавленные мысли и чувства.
5. Установить контакт.
6. Развить самоконтроль.
7. Сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах.
8. Развить творческие способности и повысить самооценку.

Преимущества арт-терапии перед другими формами работы:

– в работе может участвовать каждый, т.к. она не требует наличия художественных навыков;
– изобразительная деятельность является мощным средством сближения людей;
– она является средством свободного самовыражения;
– вызывает положительные эмоции, формирует активную жизненную позицию;
– основана на мобилизации творческого потенциала внутренних механизмов саморегуляции и исцеления.

В последнее время отмечается смещение акцента с индивидуальной психотерапии к разработке системы групповой психотерапии, которая позволяет более эффективно восстанавливать нарушенные отношения личности и перестраивать их путем воздействия на все основные компоненты отношения – познавательный, эмоциональный и поведенческий. Групповая психотерапия больше, чем какой-либо другой метод психосоциального воздействия, способствует восстановлению системы отношений детей-инвалидов с микросоциальным окружением, приведению ценностных ориентаций в соответствие с образом жизни, т.е. решению тех первоочередных задач, без которых невозможна успешная социальная адаптация.

В арт-терапии предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию общения в группе для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а также творческого самовыражения – с другой. В настоящее время в арт-терапию включаются и такие формы творчества, как видео-арт, инсталляция, перформанс, компьютерное творчество, где визуальный контакт коммуникации играет ведущую роль.

Несмотря на достаточно большой фактический материал, арт-терапия в теоретическом отношении находится на стадии эмпирических обобщений. Нет общепринятой теории, объясняющей целительное действие

арт-терапии, это связано со сложностью, многофакторностью относящихся к арттерапии предпосылок и сравнительно коротким сроком ее научного изучения (Дубровниа Н.В., 1999).

Все виды арт-терапии могут использоваться в следующих формах работы: занятие-практикум, творческая мастерская, консультация, тренинг, ролевая игра.

Каждое занятие включает в себя процедуры, способствующие саморегуляции:

- упражнения на мышечную релаксацию снижают уровень возбуждения, снимают напряжение;
- дыхательная гимнастика действует успокаивающе на нервную систему;
- мимическая гимнастика направлена на снятие общего напряжения;
- двигательные упражнения, включающие попеременное или одновременное выполнение движений разными руками под любую текстовку способствуют межполушарному взаимодействию.

Гуманистическая психология не только предложила понятие о психическом здоровье, но и разработала свои принципы осмысления человека.

Они таковы:

1. Человек целостен и должен изучаться в своей целостности.
2. Каждый человек уникален.
3. Человек открыт миру; переживание им мира и себя в нем является главной психологической реальностью.
4. Жизнь должна рассматриваться как единый процесс становления и бытия человека.
5. У человека есть возможности к непрерывному развитию и самореализации, которые являются частью его природы.
6. Человек обладает определенной степенью свободы от внешних сил благодаря смыслам и ценностям, которыми он руководствуется в своем выборе.
7. Человек – активное, творческое существо.

Эти принципы очень важны для понимания того, как расширить резервы человека.

Нарушения в реализации высших духовных потребностей вызывают метапатологии. Невозможность удовлетворить свои базовые потребности приводит человека к депривации (сенсорная недостаточность, которая может привести к потере ориентации). Понятно, что люди стремятся к добру, справедливости, красоте, порядку, законности, сохранению ценностных ориентиров. И если на пути встречаются преграды, личность

должна их преодолеть, однако если и это она не способна сделать, наступает дисбаланс, расстройство психики, которое сродни биологическим аномалиям.

А. Маслоу выделяет несколько понятий, характеризующих психически, морально здорового человека:

- человечность;
- уверенность в себе;
- самообладание;
- потребность в знаниях;
- потребность в самоактуализации (самоактуализация как процесс, включающий в себя здоровое развитие способностей людей, чтобы они могли стать тем, кем могут стать, а значит жить осмысленно и совершенно).

Самоактуализация как главный показатель психического здоровья осуществляется благодаря другим потребностям. Последние выстраиваются в такую иерархию (от низших к высшим):

- физиологические;
- в безопасности и защите;
- в принадлежности и любви;
- в самоуважении;
- в личном совершенствовании.

Здесь важно, что низшие потребности должны быть обязательно удовлетворены, и только потом осознается более высокая из них. Это значит физиологические необходимо удовлетворить прежде, чем возникнут потребности в безопасности и другие. Данная иерархия относится ко всем людям. Чем большее количество потребностей удовлетворяет человек, тем ярче его индивидуальность.

И еще один важный момент: люди могут создавать свою иерархию потребностей исходя из собственных нужд. Соответственно и удовлетворение таковых бывает частичным. Если же потребности более низкого уровня перестанут удовлетворяться, человек «застрянет» на этой стадии. Высшие потребности – в самоактуализации и реализации своего потенциала – по мнению А. Маслоу, удовлетворяются только на 10 %, а низшие (физиологические) – на 85 %.

Самоактуализация проявляется в личностном росте. Человек обнаруживает нечто, требующее погружения в себя, ответственности перед собой и готовности к кропотливому ежедневному труду, направленному на обнаружение и реализацию собственных возможностей. Человек

«захвачен радостью». Как только он поймет свою сущность (что для него хорошо и что плохо, кто он такой, к чему стремится), начнет понимать свои защитные механизмы.

Высокий уровень эффективности использования арт-технологий состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. С точки зрения психоанализа, основным механизмом арт-терапии является сублимация. Ценность применения искусства в терапевтических целях состоит в том, что с его помощью можно на символическом уровне выразить и исследовать самые разные чувства: любовь, ненависть, обиду, злость, страх, радость и т.д. Методы арт-терапии базируются на убеждении, что внутреннее «Я» человека отражается в зрительных образах всякий раз, когда он рисует, пишет картину или лепит скульптуру.

Современный ритм жизни очень энергоемкий для личности, так как требуются огромные интеллектуальные, эмоциональные и психические затраты для эффективной самореализации и социальной адаптации. Достаточно быстро происходит эмоциональное истощение, известное как «синдром эмоционального выгорания». Различного рода перегрузки усугубляются многочисленными страхами: быть покинутым, не найти поддержки и др.

Синдром хронической усталости лежит в основе многих психосоматических заболеваний, происхождение которых напрямую связано с состоянием души человека. В результате повышаются тревожность и агрессивность, процветает самоцензура, ограничивающая свободное творческое самовыражение личности педагога. Под действием этого личность вскоре приобретает такие деформации, как негибкость мышления, излишняя прямолинейность, поучающая манера говорить, чрезмерность пояснений, мыслительные и речевые стереотипы, авторитарность.

Арт-технологии создают условия для самопознания, саморазвития, самоутверждения, творческого самовыражения личности. Кроме того, ее можно использовать для коррекции черт личности человека. По заключениям ученых, после занятий арт-терапией позитивно изменяются состав крови, общее состояние организма и психики взрослого, загруженного бременем проблем. Арт-технологии могут быть как основным, так и вспомогательным методом терапии. Они основаны на следующих механизмах воздействия: искусство позволяет в скрытой символической форме реконструировать травмирующую ситуацию и найти ее разрешение через повторное моделирование.

Творчество всегда было средством преодоления страха, возникшего в связи с каким-либо внутренним конфликтом. Кроме того, такая терапия

приносит человеку удовольствие. Она позволяет, «не нарушая социальных норм», дать социально приемлемый выход агрессии и другим негативным чувствам.

Личность не всегда может справиться с проблемой, но может перепрограммировать ситуацию.

Обзор литературы по арт-терапии свидетельствует о том, что это сборное понятие, включающее множество разнообразных форм и методов.

Изотерапия – основное направление арт-терапевтической работы. Оно включает в себя все виды изобразительного искусства (рисунок, живопись, графику и т.д.). Изотерапия позволяет личности ощутить и понять самого себя, выразить свободно свои мысли и чувства, освободиться от конфликтов и сильных переживаний, развить эмпатию, быть самим собой, свободно выражать мечты и надежды. Достоинство этого направления заключается в том, что оно требует согласованного участия многих психических функций, что способствует развитию чувственно-двигательной координации.

Использование изотерапии во многих случаях выполняет и психотерапевтическую функцию, помогая личности справиться со своими психологическими проблемами, восстановить его эмоциональное равновесие или устранить имеющиеся у него нарушения поведения.

Музыкотерапия – чрезвычайно богатое по силе воздействия, широте возможностей, существующему эмпирическому материалу направление. Оно способно воздействовать на глубокие структуры мозга, минуя контроль сознания. Специалисты, работающие по данному направлению, используют безграничные возможности музыки, применяют разнообразные формы и методы подачи учебного материала: от слушания музыки, пения, танцевальных, игровых движений до практического обучения игре на каком-либо инструменте, ансамблевого музицирования и коллективных музыкальных постановок.

Библиотерапия – лечение книгой. Направление, основанное на литературе самовыражение через творческое «писание», сочинение. При этом возможно совершенно свободное выражение (о чем хочу, что хочу и как хочу), так и заданные темы. В библиотерапии терапевтический эффект основан на законе Геннекена: главный герой любого литературного произведения – всегда автор. Сюда же относится и автобиографический метод, и сочинение драматических произведений, и стихосложение, ведение дневников, написание писем и многое другое.

Драматерапия – одно из направлений, наиболее разработанных в настоящее время. Оно включает элементы музыки, изобразительного

искусства и танца. Драма-терапия использует форму театрального искусства и делает ее доступной для различных возрастов и типов личности. Таким образом, ее можно использовать в целях и предупреждения, и лечения. Драма-терапия не является чем-то новым: ее можно увидеть в древних ритуалах исцеления и театральных представлениях многих цивилизаций. Все компоненты театрального искусства – голос, движения, ролевая импровизация, работа с текстом и само исполнение, наряду с использованием масок, костюмов, освещения и постановки – являются неотъемлемыми составляющими этого направления.

Эстетотерапия – невербальная психотерапия, основанная на терапевтическом, корригирующем действии художественной формы и эстетических чувств.

Маскотерапия – работа с куклами и марионетками.

Сейчас в отдельное направление арт-терапии выделяется сказкотерапия, то есть использование сказки для исцеления, излечения. Сказки можно сочинять, рассказывать, драматизировать, рисовать и т.д. Сказка очень эффективна, так как у личности развит механизм идентификации, т.е. процесс эмоционального объединения себя с другим человеком, персонажем, и присвоение его норм, ценностей, образов как своих. Поэтому, воспринимая сказку, клиент, с одной стороны, сравнивает себя со сказочным героем, что позволяет ему почувствовать и понять, что не только у него есть такие проблемы и переживания. С другой стороны, посредством ненавязчивых сказочных образов предлагаются выходы из различных сложных ситуаций, пути решения возникших конфликтов, позитивная поддержка его возможностей и веры в себя.

Таким образом, все вышеперечисленные направления рассматриваются в качестве составных частей арт-терапии.

В творческом проявлении участвуют почти все психические процессы личности: ощущение, восприятие, воображение, мышление, воля, эмоции и т.д. Именно полифония человеческой психики, которая проявляется в акте взаимодействия личности с искусством, наиболее полно открывает богатейшие возможности формирования мировоззрения, морально-нравственных качеств, творческих способностей личности.

Психологический механизм творческого проявления представляет собой особую систему, в которую входят, с одной стороны, так называемые аффективно-потребностные структуры личности, выражающиеся в потребностях, интересах, идеалах и др., составляющие собственно динамическую часть системы; а с другой стороны, операциональные структуры личности, такие психические процессы, как воображение, мышление, ощущение и т.п.

Арт-технологии предоставляют возможность свободно выражать свои чувства, в том числе агрессивные, в безопасной, социально допустимой форме. Живопись, графика, лепка являются способами разрядки внутреннего напряжения.

Арт-терапевтические технологии способствуют развитию и усилению внимания к своим чувствам, мыслям, эмоциям. В процессе художественного творчества человек учится концентрировать свою энергию, свои силы для преодоления препятствий и решения внешних и внутренних конфликтов.

Таким образом, стоит отметить, что терапия искусством занимает особое место в терапевтическом процессе, так как данный вид терапии задействует широкий спектр структурных составляющих самосознания личности.

С помощью арт-технологий мы получаем изменения в трех личностных аспектах: психологический аспект (коррекция эмоционально-волевой сферы, дефицитарного развития интеллекта; повышение стрессоустойчивости, самооценки, улучшение саморегуляции поведения; оптимизация психических процессов и функций), социальный аспект (гармонизация личностного и интеллектуального потенциала; эмоциональная готовность – восприимчивость к социуму; гармонизация внутрисемейных отношений; снижение уровня конфликтности в социуме), педагогический аспект (раскрытие творческого потенциала и творческих возможностей несовершеннолетних; развитие эстетического кругозора).

Список литературы

1. Афанасьева О. Арттерапия средствами изобразительного искусства // Воспитание школьников. – 2007. – № 3. – С. 41-44.
2. Дженнингс С., Минде А. Сны, маски и образы. Практикум по арттерапии. – М.: Эксмо, 2003. – 384 с.
3. Крамер Э. Искусствотерапия и общество // Родительское собрание. – 2003. – № 2. – С. 53-71.
4. Новикова О.В., Коломеец Л.Б. Использование музыкального воздействия, арттерапии, сказкотерапии и позитивной психологии в реабилитации и формировании личности людей с ограниченными возможностями // Межведомственный подход к комплексной реабилитации инвалидов: Тезисы докладов научно-практической конференции (9 декабря 2005 г.) – Кемерово, 2005. – С. 253-258.
5. Осипова А.А. Общая психокоррекция: – М.: Сфера, 2004. – 375 с.
6. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми / Под ред. Н.В. Дубровиной. – М., 1999 – 158 с.
7. Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Л.А. Уланова

Детский сад № 54 «Золушка» г. Лесосибирска

Известно, что здоровье – один из важных компонентов человеческого благополучия и счастья, одно из неотъемлемых прав человека, одно из условий успешного социального и экономического развития любой страны. А о здоровье можно говорить не только при отсутствии каких-либо заболеваний, но и при условии гармоничного нервно-психологического развития, высокой умственной и физической работоспособности.

В современном обществе проблема сохранения и укрепления здоровья детей является как никогда ранее актуальной. Современные условия жизни предъявляют повышенные требования к состоянию здоровья человека, особенно детей дошкольного возраста.

По данным Министерства здравоохранения, всего 13 % детей 6-7-летнего возраста могут считаться здоровыми, и одна из существующих причин сложившейся ситуации – отсутствие у детей ценностного отношения к собственному здоровью.

В действующем законе «Об образовании» первоочередной задачей является «здоровье человека и свободное развитие личности». Охрана здоровья детей входит в число приоритетов деятельности образовательного учреждения. Именно здоровье является условием успешного роста и развития личности, ее духовного и физического совершенствования, а в дальнейшем во многом успешной жизни.

В дошкольный период у ребенка закладываются основные навыки по формированию здоровья, это самое благоприятное время для выработки правильных привычек, которые в сочетании с обучением дошкольников методам совершенствования и сохранения здоровья приведут к положительным результатам. Кроме этого, именно в этом возрасте отмечается более тесная связь ребенка с семьей и воспитателем, чем в школьный период, что помогает наиболее эффективно воздействовать не только на ребенка, но и на членов его семьи.

Традиционно выделяют следующие компоненты здоровья:

Психическое здоровье (ментальное здоровье) – согласно определению Всемирной организации здравоохранения, это состояние благополучия,

при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

Социальное здоровье понимается как система ценностей, установок и мотивов поведения в социальной среде.

Под физическим здоровьем понимается текущее состояние функциональных возможностей органов и систем организма.

В качестве одной из составляющих здоровья человека в целом выделяют психологическое здоровье. Оно является необходимым условием полноценного функционирования и развития человека в процессе его жизнедеятельности (Антонов, 1996).

Усилия работников дошкольного образовательного учреждения сегодня как никогда направлены на оздоровление ребенка-дошкольника, культивирование здорового образа жизни. Неслучайно именно эти задачи являются приоритетными в программе модернизации российского образования. Одним из средств решения обозначенных задач становятся здоровьесберегающие технологии, без которых не мыслим педагогический процесс современного детского сада.

Здоровьесберегающие технологии – условия обучения ребенка (отсутствие стресса, адекватность требований и методик обучения и воспитания); рациональная организация учебного процесса (в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями и гигиеническими требованиями); соответствие учебной и физической нагрузки, возрастным возможностям ребенка; необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим (Ковалько, 2007).

Цель здоровьесберегающих образовательных технологий – обеспечить дошкольнику возможность сохранения здоровья, сформировать у него необходимые знания, умения и навыки по здоровому образу жизни, научить использовать полученные знания в повседневной жизни.

Принципы здоровьесберегающих технологий:

– «Не навреди!»
– Принцип сознательности и активности.
– Принцип непрерывности здоровьесберегающего процесса.
– Принцип всестороннего и гармонического развития личности.
– Принцип доступности и индивидуальности.
– Принцип систематичности и последовательности.
– Принцип системного чередования нагрузок и отдыха.
– Принцип постепенного наращивания оздоровительных воздействий, адекватности.

В воспитательно-образовательном процессе дошкольного образовательного учреждения можно выделить следующие виды здоровьесберегающих технологий (Береснева, 2005):

– медико-профилактические (организация мониторинга здоровья дошкольников; разработка рекомендаций по оптимизации детского здоровья; организация и контроль питания, физического развития и закаливания дошкольников; организация профилактических мероприятий в детском саду; организация контроля и помощь в обеспечении требований СанПиНов; организация здоровьесберегающей среды в ДОУ);
– физкультурно-оздоровительные (развитие физических качеств и становление физической культуры дошкольников; дыхательная гимнастика, массаж и самомассаж; профилактика плоскостопия и формирование правильной осанки; воспитание привычки к повседневной физической активности и заботе о здоровье);
– обеспечения социально-психологического благополучия ребенка (психологическое или психолого-педагогическое сопровождение развития ребенка);
– здоровьесбережения и здоровьеобогащения педагогов дошкольного образования (развитие культуры здоровья педагогов, в том числе культуры профессионального здоровья, развитие потребности к здоровому образу жизни);
– валеологического просвещения родителей (папки-передвижки, беседы, личный пример педагога, нетрадиционные формы работы с родителями, практические показы (практикумы) и др.).

Медико-педагогический контроль над организацией физического воспитания в нашем детском саду осуществляют заведующая ДОУ, медсестра, врач, закрепленный поликлиникой, старший воспитатель. Результаты заносятся в карту развития ребенка и используются специалистами при планировании работы с детьми. Результаты работы обсуждаются на медико-педагогических совещаниях и отражаются в тетрадях здоровья, оформленных в каждой группе.

Для проведения профилактических мероприятий в нашем дошкольном учреждении имеется медицинский кабинет со специальным оборудованием: кварцевые лампы, бактерицидные лампы, дыхательный вибратор «Инга», БОП-4-кварц облучатель для носа, зева.

С целью повышения иммунитета два раза в год все воспитанники получают витамины «Ревит», витаминизированный компот. Для профилактики инфекционных заболеваний гриппа, ОРВИ используются в пищу

лук, чеснок, лимоны, проводятся смазывания носа оксолиновой мазью, употребление фитонцидов (чесночные бусы).

Для создания целостной системы здоровьесбережения детей очень важным является организация двигательной развивающей среды. В нашем детском саду имеются необходимые условия для повышения двигательной активности детей, а также для их расслабления и отдыха: оборудован физкультурный зал, имеется спортивный комплекс, различные тренажеры, обручи, гимнастические палки, мячи, скакалки, а также пособия, изготовленные инструктором по физической культуре, которые повышают интерес детей к физкультуре и спорту, развивают жизненно важные качества, увеличивают эффективность занятий.

Педагогами нашего учреждения уделяется большое внимание организации физкультурно-оздоровительной работы на свежем воздухе. На участке детского сада имеется спортивная площадка, включающая в себя спортивно-игровое оборудование.

Для совершенствования навыков, полученных на физкультурных занятиях, в группах созданы физкультурные уголки, которые учитывают возрастные особенности детей, их интересы. Для обеспечения страховки, предотвращения травматизма имеются гимнастические маты. Для упражнений в ходьбе, беге, прыжках, равновесии используются различные дорожки, косички, змейки, для «подлезания» – дуги, а в младших группах изготовлены составные цветные модули. Во всех группах имеются пособия для профилактики плоскостопия, для подвижных игр и упражнений общеразвивающего воздействия. Воспитатели проявляют творчество и изобретательность в изготовлении пособий из бросового материала для пополнения физкультурных уголков. Оборудование размещено так, что оно доступно для детей.

Основные компоненты здорового начала – покой и движение – должны правильно сочетаться в режиме дошкольного учреждения (Сивцова, 2007). Поэтому важным, на наш взгляд, было создание в группах уголков уединения. Здесь дети могут «позвонить» маме по телефону, посмотреть фотографии, просто полежать на мягких красивых подушках, ковриках. Ведь психическое здоровье детей не менее важно, чем физическое. Для решения этой проблемы в детском саду работает комната психологической разгрузки, где психолог проводит с детьми различные релаксационные, тренинговые занятия, помогая дошкольникам научиться управлять своими эмоциями.

Среди множества факторов, оказывающих влияние на рост, развитие и состояние здоровья ребенка, двигательной активности принадлежит

едва ли не основная роль. От степени развития естественной потребности ребенка в движении во многом зависят развитие двигательных навыков, памяти, восприятия, эмоции, мышления. Поэтому очень важно обогащать двигательный опыт ребенка (Смирнов, 2002).

Основная цель, которую ставит перед собой наш педагогический коллектив – это сохранение и укрепление здоровья детей, улучшение их двигательного статуса с учетом индивидуальных возможностей и способностей.

В процессе нашей деятельности мы стремимся решить следующие задачи:

- обеспечение условий для физического и психологического благополучия участников воспитательно-образовательного процесса;
- формирование доступных представлений и знаний о пользе занятий физическими упражнениями, об основных гигиенических требованиях и правилах;
- формирование основ безопасности жизнедеятельности;
- оказание всесторонней помощи семье в приобщении их к здоровому образу жизни.

Вся физкультурно-оздоровительная работа в детском саду строится с учетом структуры усовершенствованного двигательного режима для детей младшего, среднего, старшего дошкольного возраста.

Организованной формой в двигательном режиме являются физкультурные занятия. При проведении занятий инструктор по физкультуре использует как традиционные, так и нетрадиционные формы занятий: сюжетные, тренировочные, контрольные, комплексные, игры-эстафеты, на спортивных тренажерах и др. Процесс обучения на занятиях носит дифференцированный, вариативный характер. Используется принцип чередования активной деятельности с упражнениями на дыхание, релаксацией.

Для поднятия настроения и мышечного тонуса у воспитанников ежедневно проводятся утренняя гимнастика, физкультминутки, бодрящая гимнастика после дневного сна. В целях оздоровления организма воспитанников во всех группах проводятся различные виды закаливания. В яслях это воздушные ванны и ходьба по корригирующим дорожкам. В младшей и средней группах добавляется дыхательная гимнастика. В старших и подготовительных к школе группах – массаж стопы для профилактики плоскостопия и нарушения осанки, гимнастика на постели, уход за полостью рта.

Много положительных эмоций, а следовательно, и здоровья получают дети на спортивных праздниках и досугах: «Мы – спортсмены», «Олимпийские игры», «Зимушка-зима», «Праздник Нептуна» и т.д.

Интересное содержание, юмор, музыкальное оформление, игры, соревнования, радостная атмосфера способствуют активизации двигательной деятельности. Традиционно проводится «Дни здоровья», где дети принимают участие в «Веселых стартах» и других мероприятиях, показывая уровень своего физического развития, получают эмоциональный заряд от своих достижений, сопереживают успехам и неудачам своих товарищей, радуются достижениям, поддерживают хорошие отношения между собой, проявляют заботу к более младшим, застенчивым и неловким детям, учатся стремиться не только к индивидуальным, но и к командным победам.

Мы понимаем, что здоровье детей в немалой степени зависит от наличия фактора безопасного существования. Поэтому воспитатели огромное внимание уделяют внедрению технологии «Основы безопасности жизнедеятельности детей дошкольного возраста».

В нашем детском саду продумана система всесторонней методической работы по совершенствованию мастерства воспитателей в вопросах оздоровления детей. Она направлена на профессиональное развитие и саморазвитие воспитателей и включает в себя разные виды деятельности: проведение педагогических советов нетрадиционных формах, семинары, семинары-практикумы, лектории, консультации, методические рекомендации, смотры-конкурсы, деловые игры.

Педагоги и сотрудники нашего дошкольного учреждения являются активными участниками спортивно-массовых соревнований на муниципальном уровне: «Кросс нации», «Российский азимут», «Лыжня России», «Веселые старты среди работников дошкольных образовательных учреждений».

С уверенностью можно сказать, что ни одна, даже самая лучшая физкультурно-оздоровительная программа не сможет дать полноценных результатов, если она не реализуется в содружестве с семьей.

В работе с семьей по формированию потребности в здоровом образе жизни у детей используются как традиционные, так нетрадиционные формы работы, такие как консультации, информационные бюллетени, выпуск буклетов «Здоровье», тематические выставки, библиотека здоровья, оформляются информационные уголки здоровья «Здоровые дети», «Как я расту», папки-передвижки «Движение – основа здоровья», «Как выработать у детей правильную осанку», «Зимняя прогулка» и т.д. Родители – постоянные участники всех праздников, проводимых в ДОУ: «Папа, мама, я – спортивная семья», «Семейные старты» и др.

Организация совместных мероприятий доставляет детям и родителям огромную радость, помогает вовлекать родителей в учебно-воспитательный процесс ДОУ.

Наиболее эффективными стали педагогические тренинги, практикумы, диспуты, встречи за круглым столом, родительские собрания с привлечением физкультурных и медицинских работников, где родители учатся ближе видеть сложный многогранный процесс воспитания ребенка, осваивают практические навыки.

Проводимая нами физкультурно-оздоровительная работа позволила привлечь родителей к совместным усилиям по оздоровлению детского организма в течение всего пребывания в дошкольном учреждении, родители начали доверять рекомендациям воспитателей и охотно идут с ними на контакт.

Таким образом, целостная система обучения, оздоровления, психолого-педагогического сопровождения, основанная на здоровьесберегающих технологиях, способствует гармоничному развитию детей. Ориентация на успех, высокая эмоциональная насыщенность занятий, режимных моментов, постоянная опора на интерес детей, воспитание чувства ответственности за порученное дело – все это дает положительный эффект в нашей работе: у большинства дошкольников наметилась тенденция сознательного отношения к своему здоровью и использованию доступных средств его укрепления, стремления к расширению двигательного опыта, количество часто болеющих детей уменьшилось на 8 %.

Список литературы

1. Антонов Ю.Е. Основные положения программы «Здоровый дошкольник». – 1996.
2. Береснева З.И. Здоровый малыш: Программа оздоровления детей в ДОУ / З.И. Береснева. – М., 2005.
3. Ковалько В.И. Здоровьесберегающие технологии. – М.: ВАКО, 2007.
4. Сивцова А.М. Использование здоровьесберегающих педагогических технологий в дошкольных образовательных учреждениях. – 2007.
5. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе педагога. – М., 2002.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ И ВЕДЕНИЯ ГРУПП ПОДДЕРЖКИ СОЗАВИСИМЫХ

А.Н. Урбан

КГБУЗ ККПНД № 1

Понимание симптомов и динамики того, что мы сейчас называем созависимостью, впервые сформировалось в области изучения химической зависимости при лечении семей алкоголиков (Джеймс П. Морган-Младший, 2008). Традиционно созависимость в семье понимается

как зависимость супруга, детей или родителей от члена семьи, пристрастившегося к наркотикам или алкоголю (которого называют зависимым). Однако это только частный случай созависимых отношений. В широком смысле слова созависимость – это эмоциональная зависимость одного человека от значимого для него другого.

Созависимыми являются:

1) лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным химической зависимостью;

2) лица, имеющие одного или обоих родителей, больных химической зависимостью;

3) лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях (Емельянова, 2004).

В последнее время групповая работа с семьями по проблеме «созависимости» стала неотъемлемой частью реабилитационного процесса самих зависимых. Большинство программ реабилитации предусматривают преимущественно групповую работу с членами семьи химически зависимого человека, т.к. часто индивидуальная работа является мало эффективной и причин тому достаточно: во-первых, к сожалению, очень часто обратившиеся по поводу деструктивных отношений с близким, в том числе и в случаях созависимости, ограничиваются одной консультацией либо посещают психолога регулярно, иногда на протяжении длительного времени, но так никогда и не приходят к каким-либо позитивным изменениям в своих отношениях с близкими или в проблемной ситуации, которая их не удовлетворяет. Во-вторых, уникальный опыт других людей, которые столкнулись с ситуацией химической зависимости, и который может быть полезным в нахождении путей решения собственных проблем, невозможно описать или представить примеры, только живые истории и сами участники являются трансляторами этого опыта. И в-третьих, часто люди столкнувшиеся с проблемой собственной «созависимости» и зависимостью близкого, не находят поддержки у окружающих, поведение зависимого осуждается, окружающими даются комментарии и неуместные советы, которые в свою очередь не могут помочь человеку, группа в этом смысле является очень важным местом, где человек понят, его слушают, может получить необходимую ему поддержку.

К психологам на индивидуальное консультирование по данной проблеме обращаются обычно те, кто:

1) хочет получить информацию о том, можно ли «исправить» проблемного близкого и где это можно сделать;

2) собирается получить готовый рецепт по решению своей проблемы;

3) считает, будто психолог обладает неким «волшебным набором» средств, которые сами по себе все изменят;

4) хочет получить нравственную, социальную, моральную оценку происходящему;

5) имеет скрытую цель доказать, что, несмотря на все старания, его проблему просто невозможно решить;

6) имеет вторичную выгоду от существования проблемы и ищет внимания, а не решений.

Причина «живучести» созависимых моделей поведения – в переходе из поколения в поколение системы семейного взаимодействия вместе с установками мировосприятия, догмами и правилами взаимоотношений и самоотношения, которые инкорпорируются детьми и затем переносятся в собственную семью, причем часто так и остаются неосознанными (Емельянова, 2004).

Более успешной формой психологической работы с созависимыми является «группа встреч». Группа встреч – это психотерапевтическая группа, ориентированная на оказание содействия психологическому росту личности, основывающаяся на концептуальной модели клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса. Члены группы в процессе общения свободно выражают свои чувства и принимают чувства других, сфокусированы на открытости во взаимоотношениях с окружающими. Психолог в данном случае является ведущим и организатором группы, стремится создать систему безопасности и доверия, помогает ее поддержанию с целью поощрения свободы выражения интимных мыслей и чувств членами группы, избегает проведения запланированных процедур; он ориентирует на безусловное позитивное принятие другой личности для преодоления сопротивления участников раскрытию личностных установок и включения в групповой процесс всех членов группы.

Групповая работа с созависимыми по своей структуре представляет собой открытую группу встреч, идущую в определенно заданное время раз в неделю, при этом эта группа не имеет окончания и перерывов, за исключением объективных обстоятельств (отпуск, болезнь и т.п. ведущего). Более успешной формой работы группы является ведение ее парой разнополых ведущих разных профессий – психолога и нарколога. Также преимуществом ведения таких групп является их открытость, т.е. в любой день проведения занятий может придти новый человек или в ситуациях, когда человек не может постоянно посещать группу, он может в нее вернуться при необходимости в любое время. При групповом взаимодействии у членов семьи зависимого есть возможность не просто обсудить свою ситуацию со специалистом, который совместно с группой

прорабатывает каждую историю, но и взять успешный опыт родителей (супругов), которые нашли пути преодоления своей созависимости и оказали нужную поддержку в реабилитационном процессе близкого зависимого. Продолжительность одного занятия составляет 2 часа, делится на 3 основных блока.

Первый блок, «Информационный», включает в себя лекционный материал, который отражает специфику заболеваний (виды наркоманий, алкоголизм), их клиника и течение. Также рассматриваются аспекты созависимости, последствия поведения созависимых, общее состояние созависимых, симптомы, схемы поведения и т.п. Родителям (супругам) даются рекомендации, касающиеся эффективного бесконфликтного взаимодействия со своими зависимыми близкими, также очерчивается круг основных личностных проблем созависимого, определяются основные правила выхода из созависимых отношений.

Второй блок, «Консультативно-коррекционный», включает в себя ряд психологических и психокоррекционных приемов, которые направлены на работу с личностными особенностями, поведенческими стереотипами, инертными схемами отношений с зависимыми близкими. Применение психокоррекционных приемов позволяет проработать собственные личностные психологические проблемы, мешающие эффективному взаимодействию со своими химически зависимыми близкими. Отдельной очень важной частью настоящей работы является работа с эмоциями, чувствами и страхами, т.к. они часто подавляются, что приводит к трудностям во взаимоотношениях в семье созависимых. Также рассматриваются и зависимости созависимых, например, пагубные привычки в еде, алкоголь и т.п. тоже являются деструктивными формами поведения, которые усиливают и удерживают человека в созависимых отношениях. Во многом они должны быть пересмотрены или даже изменены.

Третий блок, «Практический», направлен на отработку полученных навыков эффективного взаимодействия между родителями (супругами) и зависимыми близкими, на улучшение системы семейных отношений, нормализацию и реконструкцию основных функций семьи. Данный вид работы осуществляется посредством различных психологических техник и тренингов с элементами ролевых игр. Введение в работу с созависимыми психологических техник (например, арт-терапии или ролевых игр) дают высокую эффективность при решении широкого спектра проблем: это внутри- и межличностные конфликты, кризисные состояния, они способствуют расширению жизненного опыта, добавляют уверенности в своих силах, позволяют видеть многообразие способов и средств

достижения цели. В связи с этим усиливается способность жить в настоящий момент, быть более восприимчивым к новым идеям и опыту, решать психологические проблемы.

Очень важно подробно останавливаться на самом понятии «созависимость», после того как ведущий таких групп объясняет его содержание – это помогает нормализовать переживаемые чувства и позволяет созависимым сосредоточиться на собственном дисфункциональном рисунке поведения. Членам созависимых семей можно помочь осознать, что им также нужно от чего-то выздороветь. Таким образом, использование этого термина способно облегчить переход внутри семьи от режима обвинений, при котором члены семьи сосредоточены на выявленном пациенте или настроены жестко критично по отношению к самим себе из-за проблем в семье, к режиму личной ответственности, при котором члены семьи способны начать определять и работать над задачами выздоровления, а также относиться более терпимо к своей «человечности» (Джеймс П. Морган-Младший, 2008).

В групповой работе осуществляются поиски личностных ресурсов, связанных с формированием нового опыта применения эффективных стратегий совладания и адаптивных способов психологической защиты. Формирование творческих подходов в жизнедеятельности, уверенного поведения. Основное внимание уделяется осознанию деструктивных стилей своего поведения и малоэффективных защитных механизмов (Стоянова И.Я., Мазурова Л.В., Бохан Н.А., 2011).

Т.к. группы часто являются частью реабилитационного процесса, в силу этого основными темами для рассмотрения в таких группах является та программа, по которой проходят реабилитацию химически зависимые. Как правило реабилитационные центры нерелигиозной направленности основываются на программе «12 шагов» – это группы анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов. В данных группах, также как и в реабилитационной системе, прорабатываются, проговариваются, прописываются основные «шаги» программы, соответственно темами таких групп являются: бессилие перед своей созависимостью, признание высшей силы, которая может вернуть здравомыслие и обратить к своим недостаткам, признание этих недостатков и изменение себя и т.п. Преимуществом данной системы или подобных систем является то, что есть заданная формула обсуждаемых тем, и вся информация и коррекция основывается на принципах программы. Минусом данной программы является то, что достаточно сложно в условиях нашей ментальности понять и определить для себя духовное значение «высшей силы», которая является опорой и центром 12-шаговой программы.

Группы, которые не привязаны к конкретной системе или программе, имеют более широкий спектр тем, обсуждаемых ее участниками. Принцип построения таких групп отличается от выше описанной, тем что нет четкого обращения к базовому текст, ведущий должен самостоятельно задавать темы, поддерживать интерес участников группы, быть внимательным к запросам участников, предлагать темы, которые будут актуальны для большинства, но и обозначать интересы меньшего количества участников. Все это требует высокой включенности, широких профессиональных интересов и опыта в индивидуальном и групповом консультировании. Примерами тем, обсуждаемых на группах созависимых, являются такие, как границы, чувства и их выражение, контролирующее поведении, страхи своим поведением вызвать срывы химически зависимого, деструктивные отношения, права и обязанности, личностный рост и т.п.

Выше описанные формы группы имеют свои особенности, но при этом они имеют и много общего, так при любой форме группы проводится глубинное изучение возникшей проблемы зависимости близкого, которая может быть на разных уровнях. При уровне «социальной зависимости» обязательно в групповую работу включается анализ семейных отношений; осознание своей роли и стиля взаимодействия в деструктивных или неэффективных взаимоотношениях; признани особой роли «спасателя» или жертвы в сложившихся взаимоотношениях; обнаруживаются личностные качества, склонность к «спасательству», сверхконтролю или неумению создавать оптимальные взаимоотношения; отслеживаются неэффективные модели взаимодействия; проводится поиск эффективных моделей взаимодействия; отработка новых навыков взаимодействия. В случае необходимости может и должна проводиться работа по повышению самооценки, разрешению внутренних конфликтов и т.п.

Также важно разделить проблему «психической зависимости». Здесь ведущий группы должен предоставить информацию о признаках во внешности, в общении и в поведении, свидетельствующих об употреблении наркотиков; сообщить сведения о наркологических службах, в которых можно получить необходимую консультацию; разработать совместно с участниками план действий и обсудить его во всех подробностях; создать совместно с участниками стратегии взаимодействия с человеком, экспериментирующим с наркотиками (или алкоголем), осуществлять поиск путей формирования у зависимого мотивации на отказ от психоактивных веществ или алкоголя; реализовывать те аспекты реабилитации, которые перечислены выше при социальной стадии зависимости; обучить техникам самопомощи и самовосстановления, поскольку совершенно очевидно, что близкие химически зависимого вступили в тяжелый период хронического стресса;

если человек впервые на группе – провести кризисную интервенцию, в том числе с использованием различных психотехник снятия эмоционального и физического стрессового напряжения.

В ситуациях, где химическая зависимость другого имеет уже вид физической зависимости, первое, что прорабатывается в группе – снижение уровня сильных негативных эмоций; беседам с целью осознания определенной формы созависимых отношений, принятых в семье и своей роли в их создании; работа по осознаванию своей роли в треугольнике «спасательства»; сопровождение при переориентации созависимого – пересмотру деструктивных убеждений, предубеждений и иллюзий; работе по восстановлению психического равновесия и физического здоровья; возможно, предоставление созависимому информации о том, где он может пройти медикаментозное лечение.

Рассматривая «необратимую» степень зависимости, от ведущего группы требуется интенсивная психологическая поддержка созависимого; реалистичность взглядов на ситуацию химической зависимости близкого, обращение внимания на свою жизнь и жизнь «независимых» близких.

Основными трудностями для ведущего групп созависимых является отрицание наличия данной проблемы – скрывается от окружающих главный «секрет семьи»; часто отсутствует доверие, открытость, взаимопонимание; нет гибкости в мышлении и поведении, жестко фиксированы семейные правила и роли; границы личности либо смешаны, либо жестко поставлены, при этом не понятны для членов семьи, не пояснены им; не учитываются и не удовлетворяются потребности членов семьи (Петрова, 2008).

Именно эти проблемы наиболее тяжело преодолеть, т.к. ригидная система отношения и привычные формы поведения дают мнимое чувство защищенности и безопасности, при этом реальная жизнь и оценка происходящего не доступны созависимым, от чего деструктивность отношений только усиливается.

Созависимые люди испытывают постоянную потребность в одобрении окружающих, поддерживают унижающие достоинство отношения и чувствуют себя бессильными что-либо изменить, не осознают своих истинных желаний и потребностей и не способны испытывать чувство настоящей близости и любви. Им свойственны повышенная тревожность, низкая самооценка, принятие на себя полной ответственности за удовлетворение потребностей других членов семьи, стремление контролировать жизнь других, отрицание своих проблем. Их поведение отличает компульсивность. Созависимые не сосредоточивают внимание на своих внутренних ощущениях и саморазвитии, для них типично возникновение

психосоматических заболеваний, невротические депрессий, злоупотребление психоактивными веществами (Москаленко, 2003). Все это является мишенью психокоррекционной работы, которая является частью группы поддержки созависимых.

В заключение, хотелось бы отметить, что преодоление созависимости – это долгий, глубинный процесс, в котором пересматривается колоссальное количество внутренних проблем человека, при этом во многом это меняет его жизнь, делает ее свободнее, дает новое знание о себе и позволяет свободно выражать и развивать себя.

Список литературы

1. Ананьева Г.А. Семья: химическая зависимость и созависимость. – М.: Медицина, 2001. – 201 с.
2. Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А. Психология ранней наркомании. – Самара, 1997. – 89 с.
3. Бохан Н.А. Психология зависимости и созависимости у женщин из аддиктивных семей / Н.А. Бохан, И.Я. Стоянова, Л.В. Мазурова. – СПб.: Иван Федоров, 2011. – 152 с.
4. Былим И.А., Былим Г.П. Роль семьи в этиологии и лечении алкогольной зависимости // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 1996. – № 3. – С. 26-30.
5. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. Спб: Речь, 2004.
6. Коробкина З.В. Созависимость – зеркальное отражение зависимости [Электронный ресурс] Режим доступа: http://vppa.nm.ru/conf/tesis/004.htm#korobkina.
7. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
8. Мазурова Л.В. Особенности адаптивно-защитного стиля у женщин с семейной созависимостью и алкогольной зависимостью / Л.В. Мазурова, И.Я. Стоянова, Н.А. Бохан // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 31. – С. 33-36.
9. Москаленко В.Д. Созависимость: характеристики, практика преодоления [Электронный ресурс] / В.Д. Москаленко. http://win-www.narcom.ru/cabinet/online/27.htm/#8.
10. Сборник научных и методических материалов по проблеме созависимости и сопровождение семей с наркологическими больными. СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2008.
11. Стоянова И.Я., Мазурова Л.В., Бохан Н.А. Психология созависимости: поиски новых направлений психологической помощи // Медицинская психология в России: – 2011. – № 5. http:// medpsy.ru.
12. Рудестам К. Групповая психотерапия. – М.: Прогресс, 1993.

ОБРАЗ МИРА У ЛИЦ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В.Б. Чупина, В.В. Мартоян

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Ряд современных тенденций психологической науки поставил новые вопросы перед исследователями, в числе которых особое место занимает вопрос об образе мира. Традиционно психология полагала наличие объективного внешнего мира, организованного по независимым, объективным, неизменным законам, и природного индивида, с помощью сенсорного аппарата отражающего этот мир.

Содержание публикаций по данному вопросу позволяет считать неправомерным положение о существовании объективного мира вне зависимости от субъекта. Можно говорить лишь об объективных принципах построения мира субъектом. «Объективность» в современной психологии начинает трактоваться как закономерное порождение субъектом своего мира. Порождаемый субъектом мир является для него «объективной реальностью». Для того чтобы исследовать эти порождаемые субъектом миры, в психологии в разное время вводились различные понятия, например, такие как «жизненные миры» (Василюк, 2001), «ментальные, когнитивные карты» (Толмен, 2007). В отечественной психологии в рамках деятельностной парадигмы было введено понятие «образа мира» (Леонтьев, 1983).

В настоящее время становится очевидным недостаток раздельного рассмотрения процессов познания, восприятия, мышления, эмоционального оценивания объектов мира. Развитие положения А.Н. Леонтьева о том, что мир представлен индивиду в образе, привело к появлению целого ряда работ об активном формировании субъектом образа реальности, образа мира (Е.Ю. Артемьева, Г.А. Берулава, А.Н. Леонтьев, С.Д. Смирнов, В.В. Петухов, С.Л. Рубинштейн и др.).

«Образ мира» – сравнительно новое понятие в психологической науке, и его содержание требует дальнейшего изучения. Особое значение рассмотрение образа мира имеет у пациентов онкологического заболевания, так как именно в этот момент происходит перестройка основных жизненных позиций, взглядов, представлений о мире в целом, что и дает основу для его формирования в новом свете. Понятие образа является одним из ключевых понятий в психологии восприятия. Исследования восприятия доказывают, что для человека и других развитых организмов перцептивные впечатления в норме всегда предстают в виде более или

менее осмысленной структуры. При употреблении термина образ в современной психологической науке обычно понимается «выделенное из окружения содержание тезауруса восприятия, определенным образом организованное когнитивными механизмами объекта». Следовательно, под понятием образ имеется в виду не столько познавательная картинка, сколько построенная субъектом модель событий реальности.

Образ, как и многие другие категории психологической науки, первоначально был осмыслен и разработан в философии.

Начиная с античных времен, велось изучение данного вопроса в соответствии с проблемой идеального. Соотношение идеи образа и его формы волновало крупнейших мыслителей Древней Греции. Аристотель, создатель первого систематизированного учения о психике, в своем главном психологическом труде – трактате «О душе» – писал: «Душа есть известное осуществление и осмысление того, что обладает возможностью быть осуществленным». Субъект строит свои действия в зависимости от того, что может произойти лишь в будущем – в будущем, которого еще нет. Цель как образ будущего в данном случае, образ должного, детерминирует настоящее, определяет собой реальное действие и состояние субъекта.

Идею о том, что образ будущего имеет существенное значение в построении человеческого действия, можно встретить в учении римского философа и богослова Августина: «Ожидание относится к вещам будущим, память – к прошедшим. С другой стороны, напряжение действия относится к настоящему времени: через него будущее переходит в прошедшее. Следовательно, в действии должно быть нечто такое, что относится к тому, чего еще нет». Анализ построения образа, его функционирование и развитие – прерогатива психологии, которая рассматривает его как процесс, играющий важную роль в системе психической регуляции деятельности человека. Образ воплощает в себе сущность психического. В натуралистических вариантах гносеологии образ совпадает с чувственно данными и представлен в ощущениях, восприятиях, представлениях. В чувственно данных образа воспроизводятся внешние свойства, связи, пространственно-временные отношения объектов, которые определяются непосредственным взаимодействием с объектом. Мысленный образ – результат абстрагирующей деятельности субъекта, способ репрезентации объекта субъекту.

Намеченный А.Н. Леонтьевым подход к образу мира получил свою конкретизацию и развитие в работах С.Д. Смирнова, посвященных проблеме активности психического отражения. Ученый отмечал, что категория образа является центральной категорией психологии познавательных

процессов. В широком смысле образ рассматривается в качестве любой (в том числе и абстрактно-логической) субъективной формы отражения реальности; в узком – используется для обозначения чувственных форм отражения, имеющих сенсорную (образы ощущения, восприятия и т.д.) или квазисенсорную (образы памяти, воображения и т.д.) природу.

Исходя из работ многих исследователей (Б.Г. Ананьев, И.М. Сеченов и др.), можно выделить три основных уровня психического отражения действительности: сенсорно-перцептивный, представленческий и речемыслительный.

На сенсорно-перцептивном уровне речь идет о тех образах, которые возникают при непосредственном воздействии предметов и явлений на органы чувств.

Следующий уровень психического отражения – это уровень представлений, к которому относится широкий круг явлений: образная память, воображение, последовательные, эйдетические образы и т.д. Все эти образы вторичны по сравнению с теми, которые возникают при непосредственном воздействии предметов и событий на органы чувств.

На речемыслительном уровне человек строит образ сознательно и целенаправленно.

В реальной жизни человека уровни образного отражения не изолированы друг от друга. В процессе деятельности и общения человек всегда переходит от одного уровня к другому в зависимости от конкретных обстоятельств. Отношения между уровнями весьма динамичны, и это обеспечивает регуляцию действий человека адекватно целям и условиям деятельности.

Анализируя проблему образа мира в зарубежной и отечественной психологической науке, можно выделить следующие наиболее существенные моменты.

Важно говорить о том, что каждая историческая эпоха порождала свои концепции образа мира. В процессе становления научного познания действительности в постоянном развитии находится так называемая научная картина мира, которая структурирует мир в системе понятий и идей, свойственных определенному этапу развития человечества.

В психологической науке проблема образа мира рассматривается в различных контекстах: в контексте когнитивных процессов; в контексте системы значений и смыслов, вырабатываемых в результате взаимодействия человека с миром; в контексте жизненного пути личности во взаимодействии с миром; в контексте проблемы адаптации и выстраивания адекватного взаимодействия в условиях изменяющихся реалий бытия; в контексте проблемы самосознания и мировоззрения и др.

В большинстве концепций «образ мира» понимается, прежде всего, как отображение реального мира, в котором живет и действует человек, одновременно являясь частью этого мира.

Образ мира формируется на основе интеграции представлений субъекта об окружающем мире, формируемых на основе обобщения имеющегося у него социального опыта. Раскрытие особенностей содержательного наполнения образа мира дает возможность лучше понять внутренний мир человека во взаимосвязи с реалиями бытия.

Целью следующего этапа исследования явилось изучение образа мира у лиц с онкологическими заболеваниями. Исследование проводилось в г. Красноярске в Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере им. А.И. Крыжановского. Выборка исследования – 20 человек онкологических больных г. Красноярска.

Для исследования были выбраны следующие методики:

1. Вербальный критериально-ориентировочный проективный тест диагностики образа мира субъекта (ВТОМ) (автор Берулава Г.А., 2010).

2. Тест «Образ мира» (автор Е.С. Романова).

3. Тест смысложизненные ориентации (методика СЖО) Д.А. Леонтьева.

Выбор методик обусловлен тем, что они наиболее адекватны для исследования образа мира, т.к. не задают априори испытуемому готовую понятийную конструкцию. Так как образ мира строится не на основе перебора множества вариантов, а представляет собой целостное интегрированное образование, с помощью которого человек в каждый отдельный момент своего существования целостно и эмоционально представляет окружающий мир, который отражает особенности его индивидуального образа мира. При этом в образе мира в интегрированном виде выступают как содержательная, так и формальная составляющие характеристики образа мира.

В ходе проведения исследования содержания образа мира у онкологических больных нами было выявлено, что у контрольной группы исходя из формальных характеристик образа мира имеет место такой тип образа мира, как ИИА, характеризующий индифферентность, интегральность и активность образа-Я, 20,2 % исследуемых пациентов соответствуют профилю ИДА, который может быть представлен сочетанием индифферентности, дифференциальности и активности образа объективного мира: «Для того, чтобы адекватно относиться к окружающему миру, нужно разобраться в себе. Если каждый найдет себя, то и мир станет лучше» (мужчина 55 лет). У одинакового количества пациентов по 16,4 % выделены типы ИДП, характеризующийся индифферентностью, дифференциальностью

и пассивностью образа мира и ЭДП, характеризующийся эмоциональностью, дифференциальностью и пассивностью. Анализируя содержательные характеристики образа мира, представленные в ответах исследуемых пациентов, хотелось бы отметить, что у половины (50 %) пациентов тип образа мира эмпирический, т.е. для него характерно нравственно диффузное отношение к окружающему миру. У 19,5 % пациентов отмечается позитивистский образ мира, который характеризуется наличием в вербализуемых личностных смыслах субъекта определенных нравственных догматов и правил отношения к своим личностным свойствам. Для 16,4 % пациентов характерен гуманистический образ мира. Личностные смыслы, обуславливающие данный тип образа мира, характеризуются заботой о других людях, об их благополучии, что проявляется в наличии представления о том, насколько этот мир хорош не только для меня.

В ходе проведения рисуночного теста «Образ мира» мы определили тип рисунка и соотнесли его с психологическим типом личности.

В результате исследования по данной методике мы обнаружили, что у большинства исследуемых (54,8 %) тип рисунка органический, что соответствует интровертированному мыслительному типу, т.е. данные пациенты, общаясь с окружающими, устанавливают в первую очередь доверие: свое собственное и той личности, с которой они общаются. Они меньше заинтересованы в управлении миром, так как находятся в согласии с ним. У пациентов 12,5 % рисунок структурный, что соотносится с интровертированным интуитивным типом личности. Ритмический рисунок также характерен для 12,8 % исследуемых пациентов, что соответствует экстравертированному интуитивному типу личности. 9 % пациентов нарисовали декоративный рисунок, который соотносится с экстравертированным чувствующим типом личности, т.е. они стремятся к непрерывности гармоничных отношений и коллективных ценностей. Также 10,9 % пациентов имеют перечисляющий тип рисунка, что соответствует экстравертированному мыслительному типу.

В ходе проведения методики СЖО мы обнаружили, что у большинства исследуемых 55,6 % (60-40 высокий показатель) по шкале результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией, отражает оценку пройденного отрезка жизни. У 25,1 % (40-20 показатели) исследуемых цели в жизни характеризуют не только целеустремленного человека, но и прожектера, планы которого не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. У 15,1 % (40-20 средний уровень) исследуемых признаки неудовлетворенности своей жизнью в настоящем. У 5 % исследуемых (20-0 низкий) неверие в свои силы контролировать события собственной жизни.

В целом с позиций содержательного образа мира у онкологических больных доминирующим является эмпирический образ мира, при котором явления и события образа мира воспринимаются ими достаточно адаптивно и позитивно.

Тем не менее, для исследуемых пациентов онкологического профиля характерен тип рисунка органический, что соответствует интровертированному мыслительному типу, т.е. для данных людей важны взаимные доверительные отношения с окружающими. Большинство из них находятся в согласии с миром таковым, каков он есть.

Список литературы

1. Берулава, Г.А. Роль стереотипов психической активности в развитии личности / Г.А. Берулава, М.М., Берулава. – М., 2010. – 157 с.
2. Василюк, Ф.Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 4. – С. 45-56.
3. Леонтьев, А.Н. Образ мира. – М.: Педагогика, 1983. – 392 с.
4. Толмен, Э.Ч. Бихевиоризм и необихевиоризм //Хрестоматия по истории психологии / Под ред. П.Я.Гальперина, А.Н.Ждан. – М.: Академический проект, 2007. – С. 47-54.

АКТИВИЗАЦИЯ ЖИЗНЕННОГО РЕСУРСА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ТРЕНИНГА

В.Б. Чупина, Н.Е. Степнова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

В период «глобальных инноваций», который основан на расширении границ осознания человеком своих возможностей, самостоятельной активности в определении альтернативных и эффективных для жизнедеятельности способов самореализации, обретении согласия с самим собой общество формирует «инновационного человека». В этом аспекте наиболее важным и значимым понятием становится «жизненный ресурс».

Когда человек пытается справиться с теми или иными жизненными трудностями, его активность может быть направлена как на внешние обстоятельства, подлежащие изменению, так и на самого себя. То, какой именно путь преодоления жизненных трудностей выберет та или иная личность, определяется, в частности, ее резервами и ресурсами.

В каждом возрасте человек обладает определенными ресурсами, которые помогают справляться с трудностями, оптимально выстроить стратегию преодоления.

По мнению К. Муздыбаева, ресурсы – это средства к существованию, возможности людей и общества; это все то, что человек использует, чтобы удовлетворить требования среды; как жизненные ценности, которые образуют реальный потенциал для совладения с неблагоприятными жизненными событиями.

По мнению Н.Ф. Наумова, жизненный ресурс это – энергия, состояние здоровья, резерв жизненного времени, природные преимущества (пол, особенности), социальные преимущества (образование, социальное происхождение, квалификация, профессия), самооценка, уровень притязаний личности.

При осмыслении такого феномена, как «жизненный ресурс», важной является точка зрения Е.В. Балацкого, которая отражена в его экономической теории жизненных ресурсов, согласно которой роль функциональных ограничений, формирующих пространство возможных действий, выполняют две «производственные функции», описывающие зависимость целей человека и его реальных достижений от объема его жизненных ресурсов и состояния внешней среды. Набор жизненных ресурсов весьма ограничен, он включает в себя деньги (доход); энергию (жизненную силу); время (суточный фонд времени, в который входят сон, рабочее время и досуг); знания (информацию). Эти ресурсы качественно неоднородны и не сводимы друг к другу, но вместе с тем могут частично взаимозамещаться. Ими обладают все люди, разница лишь в степени наделенности и в их субъективной значимости (Чупина, 2010).

Интересной представляется ресурсная концепция стресса С. Хобфолла, в которой ресурсы определяются как то, что является значимым для человека и помогает ему адаптироваться в сложных жизненных ситуациях. В рамках ресурсного подхода рассматриваются различные виды ресурсов, как средовых, так и личностных. С. Хобфолл к ресурсам относит материальные объекты (доход, дом, транспорт, одежда, объектные фетиши) и нематериальные (желания, цели); внешние (социальная поддержка, семья, друзья, работа, социальный статус) и внутренние интраперсональные переменные (самоуважение, профессиональные умения, оптимизм, самоконтроль, жизненные ценности, система верований и др.); психические и физические состояния; волевые, эмоциональные и энергетические характеристики, которые необходимы (прямо или косвенно) для выживания или сохранения здоровья в трудных жизненных ситуациях либо служат средствами достижения лично значимых целей.

Интерес к проблеме поведения в трудных жизненных ситуациях пронизывает все человеческое бытие. Осмысление трудных жизненных ситуаций, представление о способах поведения в них нашли свое отражение

в культуре. Они выкристаллизовались в народной мудрости – в пословицах и поговорках. В них отразился опыт использования различных способов поведения в трудных жизненных ситуациях, например, способ ее т.н. переоценки: «Переложи печаль на радость» – или принятие ситуации как неизбежной: «Перестань о том тужить, чему не подсобить»; подключение личностных возможностей: «Терпенье дает уменье», «Надеючись, и конь копытом бьет», «В беде не унывай – на бога уповай!»; нашли также свое отражение и деструктивные способы поведения: «ломать руки», «рвать на себе волосы», «хоть в петлю»; отражена в пословицах и активная, деятельная позиция человека: «Горе горюй, а руками воюй», «С этой бедой потягаемся», «От напасти не пропасти» (В.И. Даль, 2003).

В наше время люди сталкиваются с многочисленными трудными жизненными ситуациями, которые возникают на протяжении всего жизненного пути в разных сферах деятельности человека. В жизни людей возникают разного рода обстоятельства, способствующие развитию или регрессу личности, открывающие или закрывающие путь для ее нормального психического развития и функционирования. Но личность включается в совокупность причин и следствий своей жизни не только как зависимая от внешних обстоятельств, но и как активно их преобразующая, формирующая в определенных пределах стратегию своей жизни (Ленгле, 2002).

Для каждой личности в соответствии с ее индивидуальностью характерен свой неповторимый, уникальный способ жизни, способ ее структурирования, организации. В жизни каждого человека могут возникнуть такие ситуации, когда человек не может реагировать на внешние воздействия привычным способом, ему нужно адекватно выходить из сложившейся трудной ситуации. Среди авторов, занимавшихся изучением трудных жизненных ситуаций, можно назвать Б.С. Братусь, Л.Ф. Бурлачук, Ф.Е. Василюка, Е.Е. Данилову, К. Муздыбаева, М. Тышкову и др.

Н.Г. Осухова при конкретизации термина «трудная жизненная ситуация» обращается к Федеральному закону «Об основах социального обслуживания населения», принятый Государственной Думой РФ 15 ноября 1995 году. В нем трудная жизненная ситуация понимается как ситуация объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которую он не может преодолеть самостоятельно.

Трудные ситуации возникают в случае неуравновешенности в системе отношений личности и ее окружения или несоответствия между

целями стремлениями и возможностями их реализации или качествами личности. Подобные ситуации предъявляют повышенные требования к способностям и возможностям человека, к его моральному и материальному потенциалу, ограничивают его активность.

Существует несколько классификаций категории «трудные жизненные ситуации». Некоторые исследователи предлагают классифицировать их по степени участия человека:

1) трудные жизненные ситуации;

2) трудные ситуации, связанные с выполнением какой-либо задачи;

3) трудные ситуации, связанные с социальным воздействием.

Ф.Е. Василюк, выделяет четыре основных типа в соответствии с особенностями ситуаций: стресс, фрустрацию, конфликт и кризис.

По типам трудностей классифицирует трудные жизненные ситуации К. Муздыбаев:

– по интенсивности,
– по величине потери или угрозы,
– по длительности (хронические, краткосрочные),
– по степени управляемости событий (контролируемые, неконтролируемые),
– по уровню влияния.

К. Флейк-Хобсон рассматривает трудные жизненные ситуации, характерные для детей, и выделяет два типа ситуаций повышенного риска.

1. Ситуации, связанные с отсутствием или утратой чувства защищенности:

● враждебная, жестокая семья;
● эмоционально отвергающая семья;
● не обеспечивающая надзора и ухода семья;
● негармоничная семья (распадающаяся или распавшаяся);
● чрезмерно требовательная семья (доминирующая гиперопека);
● появление нового члена семья (отчим, мачеха, брат, сестра);
● противоречивое воспитание или смена типа;
● чуждое окружение за рамками семьи (язык, культура).

2. Ситуации, вызывающие беззащитность из-за отрыва от семьи:

● помещение в чужую семью;
● направление в детское учреждение;
● госпитализация.

Такого рода ситуации, оказывая существенное влияние на весь ход психического развития, способны серьезно нарушить социальную адаптацию ребенка, глубоко деформировать его психику. Перечисленные

ситуации охватывают наиболее существенные, значимые жизненные отношения ребенка, поэтому их наличие должно предопределять серьезные отрицательные последствия для развития личности.

Согласно статистике, ежегодно количество случаев диагностирования онкологических заболеваний увеличивается, справиться с этим психологически сложно и заболевшим, и их близким. Безусловно, психологическая помощь в данной ситуации необходима, но она будет более эффективной при наличии научно обоснованных программ. Таким образом, в данной предметной области, с нашей точки зрения, наиболее важным аспектом являются ресурсы, используемые людьми с онкологическими заболеваниями. Ресурсы – это личностные и средовые средства, ценности, возможности, которые имеются в наличии в потенциальном состоянии и которые человек может использовать, актуализировать при необходимости в совладании с трудной жизненной ситуацией.

В исследованиях по психологии онкологических больных в настоящее время изучена специфика их внутренней картины болезни (Нелюбина, 2009; Костиченко, 2004; Бергфельд, Яркова, 2007); проведена оценка характерных для данной категории лиц психических состояний; изучены типичные для онкологических больных личностные особенности (М.Г. Ивашкина, 1998). Кроме того, обсуждается проблема определения мотивов и ожиданий у данной категории больных, особенности переживания ими состояния тревоги (Дудниченко, Дышлевая, Дышлевой, 2003). Значительное внимание уделяется проблемам психологического сопровождения онкобольных в процессе лечения, их реабилитации в послеоперационный период (Шахсуварян, Андрианов, Поляков, 2007) .

Нестандартная ситуация в данном случае – смертельная болезнь, для которой не существует заготовленного шаблона поведения – является для больных стрессовой. Им свойственно ощущение одиночества и барьера между собой и окружающими. Можно говорить о том, что больные демонстрируют снижение ценности своей личности и поэтому ориентируются в своих действиях и поступках на мнение окружающих людей. Демонстрируют, скорее, пассивное отношение к жизненной ситуации, в их оценке многих жизненных событий преобладает пессимистическая позиция: склонность во всем видеть плохое, для них характерно отсутствие веры в возможность успешного преодоления препятствий. Все события, связанные с будущим, они видят в более мрачных красках (Леонтьев, 2003).

Американская ассоциация психиатров еще в 1994 году включила онкологические заболевания в перечень травматических стрессоров, способных вызвать посттравматическое стрессовое расстройство. В онкологической практике хирургические операции широко распространены,

зачастую приводят к удалению органов или появлению косметических дефектов. На предоперационном этапе резко возрастают психогенные переживания вследствие страха возможной гибели во время операции.

Таким образом, в ситуациях с онкологическими больными, подвергающимися хирургическому вмешательству с травмирующими операциями, мы имеем тройное усиление стрессового фактора. В этой связи особенно важным представляется изучение ресурсных возможностей онкологических больных на разных стадиях заболевания и определение с учетом их личностных и средовых ресурсов психотерапевтических мишеней в работе с ними.

С целью изучения активизации жизненного ресурса людей онкологических больных в условиях трудной жизненной ситуации в процессе тренинга нами было проведено экспериментальное исследование.

Исследование проводилось в г. Красноярске. Выборка исследования представлена 20 пациентами Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского. В качестве диагностического инструментария были использованы методики «Опросник потерь и приобретений» (ОПП) Н.Е. Водопьяновой, М.В. Штейн и тест «Картина мира» (Романова, 2001).

Выбор методик обусловлен тем, что данные методики наиболее адекватны для исследования жизненного ресурса, т.к. не задают априори испытуемому готовую понятийную конструкцию. Жизненный ресурс строится не на основе перебора множества вариантов, а представляет собой целостное интегрированное образование, с помощью которого человек в каждый отдельный момент своего существования целостно и эмоционально представляет окружающий мир, который отражает особенности его индивидуального образа мира.

Диагностика уровня оценки потерь и приобретений испытуемых (онкологические больные) показала, что получена одна группа по уровню «ресурсности». Низкий уровень «ресурсности» выявлен у всех респондентов данной группы, это свидетельствует о низких адаптивных возможностях у данной группы испытуемых, личностные ресурсы сокращаются из-за профессиональных или экзистенциальных стрессов. Для исследованных онкологических больных людей наиболее ощутимы следующие потери: собственного здоровья; ощущения успешности; ощущения нужности другим людям; желания что-то делать; возможности хорошо одеваться; уверенности, что будущее зависит от них; дружбы (друзей); чувства оптимизма; возможности нормально выспаться; стабильной работы; уверенности, что они контролируют события своей жизни.

В ходе изучения индивидуальных особенностей «образа мира», «картины мира» испытуемых (онкологические больные) получено 4 вида рисунка.

В основу интерпретации теста можно положить описанные ниже психологические типы К.Г. Юнга, определенные в соответствии со схемой Г. Рида, позволяющей классифицировать полученные рисунки.

Экстравертированный ощущающий тип выявлен у 80 % респондентов, т.е. у людей этого типа критерий ценности – та или иная сила ощущений. Наиболее сильно вытесняется интуиция. Чрезвычайно развито объективное чувство факта. Чаще это мужчины, для которых ощущение есть конкретное проявление жизни, ее полноты.

Человек осязаемой деятельности, без склонности к рефлексии и властолюбивых намерений. Основные тенденции – от грубого искателя наслаждений до рафинированного эстета. Вытесненная интуиция может развиваться в фантазии ревности или состоянии страха, фобии, навязчивых симптомов. Заболевания неврозом труднее всего лечить разумным способом. Для осознания чего-либо необходимы часто аффективные нажимы.

Экстравертированный чувствующий тип – такой вид рисунка установлен у 5 % респондентов. Тип, наиболее часто встречающийся среди женщин, руководствующихся чувством, согласованным с общезначимыми ценностями, что особенно сильно проявляется в выборе объекта любви: «любит подходящего мужчину», отвечающего ее разумным требованиям. То, чего не чувствуют, не могут и осмыслить: «Я не могу так думать, потому что не чувствую этого». Чувства часто утрачивают личный характер в ориентации на общепринятое.

Экстравертированный интуитивный тип – такой вид рисунка обнаружен у 5 % респондентов. Мышление, ощущения, чувства людей этого типа вытесняются интуицией, с помощью которой человек стремится достичь наибольших возможностей. Интуиция – то вспомогательное средство, которое действует автоматически тогда, когда ни одна из других функций не способна открыть выход из положения. Часто объекты представляются преувеличенно ценными, обычно тогда, когда они необходимы для разрешения ситуации, но, сослужив свою службу, они теряют какую-либо ценность и отбрасываются, как обременительный придаток. Обладает тонким чутьем того, что зарождается и имеет будущее. Пока существует какая-либо возможность, он прикован к ней «силой рока». Мало считается с благополучием окружающей среды. Физическое состояние окружающих, как и его собственное, не является веским аргументом. Обладает собственной моралью, расходящейся с общепринятой. Охотно берется за профессии, позволяющие развить его способности.

Интровертированный мыслительный тип – такой вид рисунка отмечен у 10 % респондентов. Мышление данного типа ориентировано на субъективный фактор. Факты собираются только как средство доказательства, а не сами по себе. Ценности связаны с развитием и изложением субъективной идеи первоначального символического образа, воспринимаемого внутренним взором. Хочет увидеть факты так, как они заполняют рамки его идеи, претендующей на «оригинальность». Обычно полностью отвергает объект, так что присутствующий человек может чувствовать себя лишним, ненужным или отвергаемым как помеха. Тип остается нормальным до тех пор, пока «Я» чувствует себя ниже уровня бессознательного, пока чувства раскрывают нечто более высокое и властное, нежели «Я». В противном случае рождается подозрительность, переходящая в неврастению, анемия как следствие жестокой борьбы с противниками, где любые средства хороши.

Опираясь на результаты экспериментального исследования, мы выделили контрольную и экспериментальную группу. Экспериментальную группу составили 10 человек исследуемых с показателями ниже, чем в контрольной группе из 10 человек. Для них нами был разработан и апробирован тренинг «Активизация жизненных ресурсов», при составлении которого мы основывались на материалы В.А. Чикер, О.А. Пикулевой, Т.Н. Курбатовой и др.

В результате повторного исследования жизненного ресурса онкологических больных людей экспериментальной группы показала, что получены 3 группы по уровню «ресурсности»:

– низкий уровень «ресурсности» обнаружен у 10 %, это свидетельствует о низких адаптивных возможностях у данной группы испытуемых. Личностные ресурсы сокращаются из-за профессиональных или экзистенциальных стрессов. Для исследованных людей наиболее ощутимы следующие потери: собственного здоровья; ощущения успешности; ощущения нужности другим людям; желания что-то делать; возможности хорошо одеваться; уверенности, что будущее зависит от них; дружбы (друзей); чувства оптимизма; возможности нормально выспаться; стабильной работы; уверенности, что они контролируют события своей жизни;
– средний уровень «ресурсности» отмечается у 20 % респондентов. Этот показатель свидетельствует о том, что адаптивные возможности и толерантность личности по отношению к стрессам высокие;
– высокий уровень «ресурсности» найден у 70 % респонтентов. Такие люди обладают большим количеством ресурсов, которые человек актуализирует для адаптации к экстремальным или стрессовым ситуациям и жизненным событиям – 7 человек.

В ходе изучения индивидуальных особенностей «образа мира», «картины мира» испытуемых экспериментальной группы выявлено 4 вида рисунка.

Интровертированный мыслительный тип – такой вид рисунка отмечен у 75 % респондентов.

Экстравертированный ощущающий тип – такой вид рисунка наблюдается у 10 % респондентов.

Экстравертированный чувствующий тип – такой вид рисунка отмечен у 10 % респондентов.

Интровертированный ощущающий тип – такой вид рисунка характерен для 5 % респондентов.

Таким образом, большинство людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, недооценивают свой жизненный ресурс.

В ходе проведения исследования жизненного ресурса людей в условиях трудной жизненной ситуации нами было выявлено, что у онкологических больных исходя из формальных характеристик отмечается низкий жизненный ресурс, т.е. в оценке своей жизни у них преобладают события прошлой жизни, тогда как у большинства здоровых людей жизненный ресурс на среднем и высоком уровнях, т.е они ориентированы на значимые события в будущем.

С позиций содержательного образа мира у онкологических больных доминирующим является мир, который предстает с совершенно другими приоритетами. То, что прежде было несущественно, становится вдруг важнейшим, когда на поверхность сознания всплывают давно забытые события и кажутся гораздо более современными, чем актуальное жизненное пространство. Как и при деменциях позднего возраста, переживание центрируется на воспоминаниях о детстве и давнем прошлом. Полностью изменяется восприятие времени, обычно исчезает его линейность. Обостряется метафоричность восприятия и мышления, больные в большей степени сосредоточены на своих сновидениях и фантазиях, приобретающих характер реальности. Усиленный интерес к будущей жизни чаще выражается различными метафорами и символами. Масштабы времени и пространства в существенной мере теряют реальный и практический характер.

Тем не менее, для обеих выборок исследуемых характерен тип рисунка органический, что соответствует интровертированному мыслительному типу, т.е. для данных людей важны взаимные доверительные отношения с окружающими. Большинство из них находятся в согласии с миром таковым, каков он есть.

Анализируя представленные данные, мы можем отметить, что уровень жизненного ресурса у онкологических больных контрольной группы остался на низком уровне. Низкий результат показывают люди, невротически погруженные в прошлые переживания, с завышенным стремлением к достижениям, мнительные и неуверенные в себе. Вследствие того, что жизненные силы угасают, человек теряет интерес к тому, что происходит вокруг. Они вероятнее всего могут перестать разговаривать, отвечать на вопросы или же будут отворачиваться от всех.

Человек может игнорировать свои реальные возможности, но первая же попытка осуществления недостижимых целей быстро расставит все на свои места. Поэтому человеку приходится учитывать свои ресурсы. Психологам хорошо известен факт, что человек относительно верно оценивает предполагающие возможность объективного измерения качества и склонен к преувеличению в выгодную для себя сторону свойств, прямая оценка которых затруднительна. Но не всегда следует призывать к скромности и реалистичности в оценке своих ресурсов.

У людей, прошедших тренинг, отмечается средний и высокий уровень жизненных ресурсов, это показывает, насколько человек живет настоящим, не откладывая свою жизнь на «потом» и не пытаясь найти убежище в прошлом. Высокий результат характерен для лиц, хорошо понимающих экзистенциальную ценность жизни «здесь и теперь», способных наслаждаться актуальным моментом, не сравнивая его с прошлыми радостями и не обесценивая предвкушением грядущих успехов.

Данный факт может свидетельствовать о том, что для формирования жизненного ресурса необходимо проводить организованную, планомерно реализуемую тренинговую работу. Мы считаем позитивным результатом проведения тренинговой работы увеличение процентного соотношения средних и высоких показателей жизненного ресурса у онкологических больных экспериментальной группы.

Список литературы

1. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – № 1. – С. 3-19.
2. Василюк, Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М., 1984. – 200 с.
3. Дудниченко, А.С., Дышлевая Л.Н., Дышлевой А.Ю. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей // Проблемы медицинской науки и образования. – 2003. – № 3. – С. 15-20.
4. Ленгле, А. Стоит ли полагаться на свои чувства? // Педология. – 2002. – № 3. – С. 12-19.
5. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – М.: Смысл, 2003. – 487 с.

6. Муздыбаев, К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ // Журнал социологии и социальной антропологии. – Том 1. – 1998. – № 2. – С. 100-109.
7. Романова, Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб., 2001. – 168 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЫЧКИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Н.В. Швалова

Детский сад № 54 «Золушка» г. Лесосибирска

Сегодня сохранение и укрепление здоровья детей – одна из главных стратегических задач развития страны. «Береги здоровье смолоду» – этот девиз отражает необходимость укрепления здоровья ребенка с первых дней его жизни.

За последнее десятилетие во всем мире наметилась тенденция к ухудшению здоровья детского населения. Все это указывает на приоритетность проблемы здоровья детей дошкольного возраста. Так как решать проблему здоровья одной медицине в настоящее время не под силу, педагоги ДОУ поставили перед собой цель: формирование и укрепления здоровья детей. Сохранение, укрепление здоровья и формирование здорового образа жизни – главная задача ДОУ.

Искусство долго жить состоит, прежде всего, в том, чтобы научиться с детства следить за своим здоровьем. То, что упущено в детстве, трудно наверстать. Поэтому приоритетным направлением в дошкольном воспитании сегодня является повышение уровня здоровья детей, формирование у них навыков здорового образа жизни (ЗОЖ), а также устойчивой потребности в регулярных занятиях физическими упражнениями.

Существуют разнообразные формы и виды деятельности, направленные на сохранение и укрепление здоровья воспитанников. Комплекс мер по здоровьесберегающим технологиям – это система мер, включающая взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды.

Наметившаяся во всем мире тенденция новых подходов в вопросах формирования здоровья способствует созданию новых образовательно-оздоровительных программ. Программа нашего ДОУ направлена на сохранение здоровья ребенка и активное формирование здорового образа жизни на всех этапах его обучения и развития. Программа «От рождения до школы», по которой работает наш детский сад, конкретные условия

ДОУ, профессиональная компетентность педагогов, а также показания заболеваемости детей способствовали выбору здоровьесберегающих технологий:

1. технология сохранения и стимулирования здоровья;
2. технология обучения здоровому образу жизни;
3. коррекционные технологии.

В дошкольном возрасте закладываются основные навыки по формированию здорового образа жизни. Формирование у ребенка позиции признания ценности здоровья, чувства ответственности за сохранение и укрепления своего здоровья, расширение знаний и навыков по гигиенической культуре. Понимание вышеперечисленного побудило разработать совместно с коллегами цикл занятий, направленных на формирование осознанного отношения к своему здоровью. Занятия содержат познавательный материал, соответствующий возрастным особенностям детей в сочетании с практическими заданиями. Цель занятий: учиться быть здоровым и душой и телом, стремиться творить свое здоровье, применяя знания и умения в согласии с законами природы, законами бытия, необходимыми для развития навыков ребенка.

Коррекционная работа в здоровьесберегающей технологии включает в себя «этюды для души», арт-терапию, психогимнастики и другие виды деятельности. Цель коррекционной работы: выработать умения и навыки снятия усталости, обретения спокойствия и равновесия**.**

В своей работе ориентируемся не только на усвоение ребенком знаний и представлений о формировании здоровья, но и становление его мотивационной сферы, гигиенического поведения. Опираясь на статистический мониторинг здоровья детей, вносим необходимые поправки в интенсивность технологических воздействий, обеспечиваем индивидуальный подход к каждому ребенку, формируем положительные мотивации у родителей детей.

Двигаясь, ребенок познает окружающий мир, учится любить его и целенаправленно действовать в нем, совершенствовать опыт организации игр. Организация пространства предусматривает возможность двигательной активности детей.

Поэтому в современных условиях особенно актуальными задачами является привитие детям интереса к физической культуре и спорту, а также обучение их доступным двигательным умениям.

Данные исследований показывают, что за последнее время число здоровых дошкольников уменьшилось в 5 раз и составляет лишь 10 % от контингента детей, поступающих в школу. Вместе с тем попрежнему наблюдается «перекос» образовательных программ дошкольных учреждений

в сторону предметной подготовки к школе, что не обеспечивает формирования тех качеств личности, которые помогают ребенку учиться: в школу приходят дети читающие, считающие, но имеющие скудный сенсорный опыт. Особо следует отметить отсутствие у детей физических качеств (усидчивости, умения напрягаться без ущерба для здоровья, элементарно корректировать свое эмоциональное состояние, переключаться с одной деятельности на другую, то есть тех показателей, которые тесно связаны с самовоспитанием). Положительные результаты в оздоровлении дошкольников достигаются в дошкольном учреждения при совместной работе всего коллектива сотрудников ДОУ, в понимании важности, значимости всех форм оздоровительной работы с детьми.

Современный человек не имеет права считать себя образованным, не освоив культуру здоровья. Культура здоровья определяет, прежде всего, умение жить, не вредя своему организму, а принося ему пользу.

Здоровье – это не только отсутствие болезней, это состояние оптимальной работоспособности, творческой отдачи, эмоционального тонуса, того, что создает фундамент будущего благополучия личности.

Главными задачами по укреплению здоровья детей в детском саду являются формирование у них представлений о здоровье как одной из главных ценностей жизни, формирование здорового образа жизни.

Для этого в детском саду проводится много мероприятий – это работа инструктора по физкультуре с часто болеющими детьми, 1 раз в квартал – День здоровья, в осеннее-весеннее время года – прием детей на улице (по погоде), утренняя гимнастика, физ. минутки во время занятий, бассейн, воздушно-солнечные ванны, дыхательные гимнастики, профилактика зрения по методике В. Ковалева, самомассаж по методу А.Д. Уманской, чесночно-луковые процедуры, корригирующая гимнастика после сна.

Педагоги учат ребенка правильному выбору в любой ситуации только полезного для здоровья и отказа от всего вредного. Прививают ребенку с малых лет правильное отношение к своему здоровью, чувство ответственности за него. Эти задачи решаются путем создания целостной системы по сохранению физического, психического и социального благополучия ребенка.

Одним из главных условий успешности работы в этом направлении является грамотная организация здоровьесберегающего процесса в детском саду. Формирование здоровья ребенка в дошкольном учреждении, уровень его физической подготовленности, объем приобретаемых двигательных умений в значительной степени зависят от того, чем и как он занимается, т.е. от того, какими программами пользуются педагоги. Педагоги работают не только по программе «От рождения до школы»,

и по новым государственным стандартам и используют элементы российских программ «Старт», «Север», на физ. занятиях применяют элементы аэробики, йоги, пальчиковой гимнастики, самомассаж.

Микросреда дошкольного учреждения отвечает не только санитарно-гигиеническим требованиям, она отвечает требованиям гигиены нервной системы, психологической безопасности, гигиены социальных отношений. Для педагогов важно, например, не только то, что детей в соответствующее по режиму время укладывать спать, а то, как это сделать, каким образом обеспечивать глубокий, здоровый сон. В нашем детском саду дети засыпают и спят под музыку, воспитатели практикуют спать и играть с применением фитотерапии, ароматерапии. Кроме того, обеспечивают детям комфортность при их пробуждении. Воспитание у детей этой потребности – задача государственной важности, а оздоровительная деятельность дошкольного образовательного учреждения – это долгосрочная инвестиция государства в семью, которая вернется ему в виде здоровых и полноценных граждан.

Привычка к здоровому образу жизни – это главная, основная, жизненно важная привычка; она аккумулирует в себе результат использования имеющихся средств физического воспитания детей дошкольного возраста в целях решения оздоровительных, образовательных и воспитательных задач. Дошкольное учреждение и семья закладывают в дошкольном детстве основы здорового образа жизни, используя различные формы работы. И именно в семье, в детском образовательном учреждении на ранней стадии развития ребенку помогают как можно раньше понять непреходящую ценность здоровья, осознать цель его жизни, побудить малыша самостоятельно и активно формировать, сохранять и приумножать свое здоровье.

Чтобы активно влиять на позицию ребенка по отношению к собственному здоровью, педагоги знают, прежде всего, что сам термин «здоровье» определяется неоднозначно. Само состояние здоровья формируется в результате взаимодействия внешних (природных и социальных) и внутренних (наследственность, пол, возраст) факторов. Выделяют несколько компонентов здоровья:

1. Соматическое здоровье – текущее состояние органов и систем организма человека, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития.

2. Физическое здоровье – уровень роста и развития органов и систем организма.

3. Психическое здоровье – состояние психической сферы, основу которой составляет состояние общего душевного комфорта.

Дошкольный период является наиболее благоприятным для формирования здорового образа жизни. Осознание ребенком своего «Я», правильное отношение к миру, окружающим людям – все это зависит от того, насколько добросовестно, с любовью, грамотно воспитатель строит свою работу. Педагогическая задача состоит в том, чтобы не задавить ребенка потоком пока еще не осознанной информации, а дать возможность поразмышлять, подумать, прислушаться к своему организму.

Здоровый образ жизни – это не просто сумма усвоенных знаний, а стиль жизни, адекватное поведение в различных ситуациях, дети могут оказаться в неожиданных ситуациях на улице и дома, поэтому главной задачей является развитие у них самостоятельности и ответственности. Все, чему мы учим детей, они должны применять в реальной жизни. Особое внимание уделяем следующим компонентам ЗОЖ:

- занятия физкультурой, прогулки,
- рациональное питание, соблюдение правил личной гигиены: закаливание, создание условий для полноценного сна,
- дружелюбное отношение друг к другу, развитие умения слушать и говорить, умения отличать ложь от правды,
- бережное отношение к окружающей среде, к природе,
- медицинское воспитание, своевременное посещение врача, выполнение различных рекомендации, прохождение медосмотра детей ежегодно – узкими специалистами (стоматолога, хирурга, лор, окулист),
- формирование понятия «не вреди себе сам».

Здоровая личность дошкольника формируется при обеспечении действенной взаимосвязи физического воспитания с целенаправленным развитием его личности в специально созданной и гигиенически организованной социальной среде, способствующей развитию самоуправления, автономности, адекватности самооценки. При соответствующей воспитательной работе наблюдается позитивная динамика отношения ребенка к своему здоровью.

Возраст с 4 до 7 лет является наиболее благоприятным периодом формирования осознанного отношения детей к своему здоровью и физическим возможностям.

Важнейшей предпосылкой формирования у ребенка позиции созидателя по отношению к своему здоровью является наличие у него потребности в здоровом образе жизни, которая формируется при соблюдении ряда специфических условий, одним из которых является рефлексия ребенком своих физических возможностей и их взаимосвязи с состоянием здоровья.

Полученные ребенком знания и представления о себе, своем здоровье, физической культуре безопасности жизнедеятельности позволят найти способы укрепления и сохранения здоровья. Приобретенные навыки помогут осознанно выбрать здоровый образ жизни. Полученный опыт позволит избежать несчастных случаев. В.А. Сухомлинский писал: «Я не боюсь еще и еще повторить: забота о здоровье – это важнейший труд воспитателей. От жизнерадостности, бодрости детей зависит их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы».

Для успешного решения этих проблем в нашем детском саду мы используем различные средства физического воспитания в комплексе: рациональный режим, питание, закаливание (в повседневной жизни; специальные меры закаливания) и движение (утренняя гимнастика, развивающие упражнения, спортивные игры, досуги, спортивные занятия). Большое внимание уделяется профилактике плоскостопия: с детьми проводятся специальные упражнения, используется такое физическое оборудование, как массажные коврики, дорожки здоровья, шипованые коврики.

Недостаточный уровень образованности родителей и детей по формированию здорового образа жизни не дает нам оснований бездействовать.

Таким образом, чтобы наши дети в детском саду были здоровы, необходимо их научить безопасности в современных условиях, осознанному отношению к своему здоровью, т. е. адаптировать детей к тем условиям, что их может ожидать или непременно будет ожидать. И конечно же, необходимо воспитывать потребность детей к здоровому образу жизни, научить их правильно относиться к своему здоровью. Поэтому нам необходимо реализовать следующие задачи: развивать осознанное отношение к своему здоровью; формировать потребности в здоровом образе жизни; продолжать создавать условии для охраны жизни и укрепления здоровья детей.

«Здоровье – это вершина, которую должен каждый покорить сам», – так гласит восточная мудрость.

Задача педагогов – научить детей покорять эту вершину. Чтобы жить в нашем мире, человек должен иметь контроль над собой – над своим телом, душой, умом.

С сильным умом, в сильном теле можно добиться любых успехов, любых высот.

Список литературы

1. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – Кемерово, 1981. – 198 с.
2. Богина Т.Л. Охрана здоровья детей в дошкольных учреждениях: Методическое пособие. – М.: Мозаика-Синтез, 2005. – 112 с.
3. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М., 1968.

4. Бузунова А., Волков П. Медико-педагогическая оздоровительная работа // Дошкольное воспитание. – № 4. – 2003. – С. 44.
5. Волошина Л. Организация здоровьесберегающего пространства // Дошкольное воспитание. – № 1. – 2004. – С. 115.
6. Доскин В.А. Растем здоровыми: Пособие для воспитателей, родителей и инструкторов физкультуры / В.А. Доскин, Л.Г. Голубева. – М.: Просвещение, 2002.
7. Журавлева М, Стасюк А. О системе физкультурно-оздоровительной работы // Дошкольное воспитание. – № 9. – 1997. – С.39.
8 Здоровье и физическое развитие детей в ДОУ. – М.: ГНОМ и Д, 2002.
9. Змановский Ю.Ф. Воспитаем детей здоровыми. – М.: Медицина, 1989.

ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА В ДОУ ЧЕРЕЗ ЗДОРОВЬЕСОХРАНЯЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ЗДОРОВЬЕУКРЕПЛЯЮЩИЕ ПРИЕМЫ В ВОСПИТАТЕЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Л.И. Шевченко

Детский сад № 54 «Золушка» г. Лесосибирска

«Забота о здоровье – это важнейший труд воспитателя. От жизнерадостности, бодрости детей зависит их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы», – В.А. Сухомлинский (Вавилова, 1986).

«Здоровье – это вершина, которую должен каждый покорить сам», – так гласит восточная мудрость.

Задача педагогов – научить детей покорять эту вершину. Культура здоровья определяет, прежде всего, умение жить, не вредя своему организму, а принося ему пользу. Итак, нет задачи важнее и вместе с тем сложнее, чем вырастить здорового человека.

Усилия работников ДОУ сегодня как никогда направлены на оздоровление ребенка-дошкольника, на культивирование здорового образа жизни. Именно эти задачи являются приоритетными. Одним из средств решения обозначенных задач становятся здоровьесберегающие технологии, без которых немыслим педагогический здоровьесберегающий процесс современного детского сада. Это процесс воспитания и обучения детей дошкольного возраста в режиме здоровьесбережения и здоровьеобогащения; процесс, направленный на обеспечение физического, психического и социального благополучия ребенка. Это технологии, направленные на решение приоритетной задачи современного дошкольного образования – задачи сохранения, поддержания и обогащения здоровья детей, педагогов и родителей.

Если мы научим детей с самого раннего возраста ценить, беречь и укреплять свое здоровье, если мы будем личным примером демонстрировать здоровый образ жизни, сформируем у дошкольников основы здорового образа жизни и добьемся осознанного выполнения элементарных правил здоровьесбережения, то можно надеяться, что будущее поколение будет более здоровым и развитым не только физически, но и личностно, интеллектуально, духовно. В процессе формирования у детей осознанного отношения к своему здоровью мы учим их понимать значение и преимущество хорошего самочувствия, позволяющего им участвовать в общих играх, развлечениях, экскурсиях. Важное место отводится постоянному стимулированию развития у детей навыков личной гигиены и осуществлению контроля, за их неукоснительным соблюдением.

Нужно добиваться, чтобы дети понимали, что знание и соблюдение правил гигиены поможет им сохранить здоровье, позволит участвовать в разнообразных занятиях, улучшить социальные контакты и настроение.

Для достижения целей здоровьесберегающих технологий в дошкольном возрасте я применяю следующие группы общеизвестных средств:

1. Средства двигательной направленности:

– физические упражнения;
– упражнения на формирование осанки и развитие опорно-двигательного аппарата;
– физкультминутки и паузы;
– физические упражнения, способствующие психическому развитию;
– эмоциональные разрядки;
– оздоровительная гимнастика после дневного сна;
– пальчиковая гимнастика, зрительная, дыхательная, корригирующая;
– игры, которые лечат;
– артикуляционная гимнастика;
– ежемесячное проведение «Дней здоровья»;
– подвижные и спортивные игры;
– массаж;
– самомассаж;
– психогимнастика;
– сухой бассейн.

Ежедневно в своей работе применяю с детьми такую форму, как пальчиковые игры. Психологи утверждают, что гимнастика для пальцев рук развивает мыслительную деятельность, память, внимание ребенка (Алябьева, 2003).

Для укрепления зрения использую следующие моменты:

– зрительные паузы: в любое время дня дети закрывают глаза и открывают, можно веки прижать пальчиком;
– коррекционные физминутки для укрепления зрения проводятся на занятиях, так как необходима полная раскованность детей в движениях, что достигается развитием воображения, фантазии («Прогулка в зимнем лесу», «Самолеты»);
– массаж глаз проводится во время утренней гимнастики и на занятиях. Массаж помогает детям снять усталость, напряжение, улучшает обмен веществ в тканях глаза;
– зрительная гимнастика дает возможность глазу справиться со значительной зрительной нагрузкой. Гимнастикой пользуюсь на занятиях рисования, при рассматривании картин, при длительном наблюдении;
– зрительные ориентиры (пятна) снимают утомление глаз и повышают двигательную активность в течение дня.

Красный стимулирует детей в работе – это сила внимания.

Оранжевый, желтый соответствуют положительному рабочему настроению – это тепло, оптимизм, радость.

Синий, голубой, зеленый действуют успокаивающе – это общение, надежда, вдохновение.

Все эти средства способствуют развитию психологической комфортности детей, которая обеспечивает их эмоциональное благополучие, снимают напряжение во время занятий, игр. Детям нравятся эмоциональные разминки (похохочем; покричим так, чтобы стены задрожали; как будто кричит огромный, неведомый зверь).

Часто использую минутки покоя:

– посидим молча с закрытыми глазами;
– посидим и полюбуемся на горячую свечу;
– ляжем на спину и расслабимся, будто мы тряпичные куклы;
– помечтаем под эту прекрасную музыку.

Наряду с традиционными формами работы провожу с детьми самомассаж от простуды (автор А.И. Уманская). Все знают, что у человека на теле имеются особые точки, которые регулируют деятельность внутренних органов. Массаж этих точек повышает защитные силы организма в целом. Самомассаж делать несложно. Дети слегка надавливают на точку и делают круговые движения (9 раз по часовой стрелке и 9 раз против часовой стрелки). Массаж делаем 1-2 раза в день.

Для приобщения детей к здоровому образу жизни ежедневно использую «Гимнастику маленьких волшебников». Дети не просто «работают» –

они играют, лепят, мнут, разглаживают свое тело. Делая массаж живота, шеи, головы, рук, ушных раковин, ребенок воздействует на весь организм в целом.

Наши дети должны быть здоровыми, а для этого надо не так уж много: систематичность выполнения, привычку, удовольствие в выполнении упражнений.

В течение дня изыскиваю минутку, чтобы доставить детям удовольствие, выполняя следующие упражнения: потянуться, как кошка, поваляться, как неваляшка, позевать, открывая рот до ушей, поползать, как змея без помощи рук. Это очень важно для развития и укрепления опорно-мышечной системы ребенка (Пензулаева, 2004).

Музыкатерапия – один из методов, который укрепляет здоровье детей, доставляет детям удовольствие. Мелодия действует особенно эффективно для наших гиперактивных детей, повышает интерес к окружающему миру, способствует развитию культуры ребенка.

Оздоровительные силы природы имеют огромное значение для здоровья детей:

– регулярные прогулки на свежем воздухе;
– экскурсии;
– солнечные и воздушные ванны;
– фитотерапия;
– ароматерапия;
– витаминотерапия;
– закаливание;
– бассейн.

Профилактическая работа. Приступая к ней, мы провели опрос среди родителей с целью уточнения подбора средств. Выяснилось, что родители настороженно относятся к фитолечению, ароматерапии, приему поливитаминов в условиях детского сада. Поэтому мы выбрали, на наш взгляд, оптимальные средства профилактики – прием адаптогенов (настои шиповника, смородины):

– полоскание полости рта кипяченой водой комнатной температуры;
– босохождение;
– дорожки здоровья;
– гимнастика пробуждения;
– умывание с использованием художественного слова;
– прогулки на свежем воздухе (климатотерапия);
– использование натуропатии (чесночные бусы, луковые гренки);
– массаж грудной клетки;

– соблюдение санэпидрежима (жесткий режим проветривания, влажной уборки);
– витаминизация блюд.

Г.А. Сперанский писал: «День, проведенный ребенком без прогулки, потерян для его здоровья». С детьми стараюсь как можно больше находиться на свежем воздухе.

Большой оздоровительный эффект имеет ароматерапия – процесс дыхания ароматов. Это положительно воздействует на нервную систему и головной мозг. Запахи сосны очищают органы дыхания, повышают тонус. Запах дегтя уничтожает бациллы.

В течение дня дети получают удовольствие от напитков из плодов шиповника, брусники, клюквы, фитоотваров. Оздоровительные силы природы активизируют биологические процессы в организме ребенка, повышают общую работоспособность организма, доставляют радость, замедляют процессы утомления.

Вместе с родителями создали в группе «уголок здоровья». Расположили в нем грецкие орехи, разнообразные запахи (ароматерапия), кора, бусы, четки, бумага, схемы для выражения эмоций, массажеры, схемы для точечного массажа... Все эти предметы хорошо снимают напряжение, агрессию, негативные эмоции. В уголке здоровья находятся книги, энциклопедии, иллюстрации, схемы. Рассматривая их, у детей проявляется интерес к своему здоровью. Оформлены дидактические игры: «Чистим зубы правильно», «Бережем уши», «Спорт – это здоровье»....

Все эти игры научат детей контролировать себя и свое поведение, настроение, закрепят культурно-гигиенические навыки, заставят задумываться о здоровье.

Гигиенические средства содействуют укреплению здоровья и стимулируют развитие адаптивных свойств организма.

– Личная гигиена
– Проветривание
– Влажная уборка
– Режим питания
– Сон
– Правильное мытье рук
– Обучение детей элементарным приемам здорового образа жизни
– Обучение простейшим навыкам оказания первой помои при порезах, укусах, ожогах...
– Ограничение уровня учебной нагрузки во избежание утомления.

Главными воспитателями ребенка являются родители. От того, как правильно организован режим дня ребенка, какое внимание уделяют

родители здоровью ребенка, зависит его настроение, состояние физического комфорта. Здоровый образ жизни ребенка, к которому его приучают в образовательном учреждении, может или находить каждодневную поддержку дома и тогда закрепляться, или не находить, и тогда полученная информация будет лишней и тягостной для ребенка (Рунова, 2000).

Информационно-просветительская деятельность выражается в формировании у родителей здорового образа жизни, как ценности, а также в знакомстве родителей с различными формами работы по физическому воспитанию в дошкольном учреждении, информировании о состоянии здоровья и физическом развитии, об уровне двигательной подготовленности их ребенка, привлечении родителей к участию в различных формах совместной деятельности: физкультурных досугах и праздниках.

В целях сотрудничества с родителями по формированию здорового образа жизни у детей разработана система мероприятий, к которым относятся:

– родительские собрания,
– консультации,
– конкурсы,
– спортивные праздники,
– праздники здоровья,
– дни открытых дверей,
– папки-передвижки,
– уголки здоровья,
– беседы,
– личный пример педагогов,
– нетрадиционные формы работы с родителями,
– практические показы (практикумы).

Все эти приемы позволяют постепенно стабилизировать здоровье детей, снизить заболеваемость, приобщить к здоровому образу жизни. У родителей и у нас одна цель – воспитывать здоровых детей.

Список литературы

1. Алябьева Е.А. Психогимнастика в детском саду. – М.: Сфера, 2003. – 88 с.
2. Вавилова Е.Н. Укрепляйте здоровье детей: Пособие для воспитателя д/с. – М.: Просвещение, 1986.
3. Волошина Л. Организация здоровьесберегающего пространства // Дошкольное воспитание. – № 1. – С. 114-117.
4. Новые здоровьесберегающие технологии в образовании и воспитании детей // Развитие личности. – № 2. – С. 171-186.
5. Пензулаева Л.И. Оздоровительная гимнастика для детей дошкольного возраста. – М., 2004.
6. Рунова М.А. Двигательная активность ребенка в детском саду. – М., 2000. – 256 с.

Раздел 4

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

М.А. Березовская

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Цель работы – исследовать скорость кровотока в магистральных артериях головного мозга методом цветного дуплексного сканирования у больных параноидной шизофренией при галлюцинаторном и бредовом вариантах.

Методы: клинико-психопатологический, статистический, транскраниальное допплерографическое исследование мозговой гемодинамики методом цветного дуплексного сканирования. Фиксировались пиковая систолическая, конечная диастолическая линейные скорости кровотока и индекс периферического сосудистого сопротивления в передних, средних и задних мозговых артериях. Контрольные данные были взяты из работы В.П. Куликова, посвященной изучению результатов цветного дуплексного сканирования в диагностике сосудистых заболеваний. Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи компьютерной программы SPSS версии 19.0.

Результаты. Во всех изученных случаях замедление пиковой систолической и конечной диастолической скорости кровотока было двусторонним и симметричным. У больных с галлюцинаторным вариантом параноидной шизофрении были достоверно изменены все исследуемые параметры, у пациентов с бредовым вариантом – скоростные характеристики церебрального кровотока в передних, средних и задних мозговых артериях достоверно замедлены, а индексы периферического сосудистого сопротивления хотя и несколько повышены, но статистически значимыми эти различия не являлись. При этом статистически достоверными оказались различия между пиковой систолической скоростью кровотока (наиболее значимый параметр) и индексом периферического сосудистого сопротивления в средней мозговой артерии у пациентов с галлюцинаторным и бредовым вариантами параноидной шизофрении.

Заключение. Для больных параноидной шизофренией характерны нарушения показателей мозговой гемодинамики, в частности, замедление скорости кровотока в передних, средних и задних мозговых артериях, и повышение индекса периферического сосудистого сопротивления в этих же сосудах. Указанные изменения более выражены при галлюцинаторном варианте эндогенного заболевания по сравнению с бредовым.

В таком случае использование в комплексном лечении методов, направленных на нормализацию скорости кровотока в сосудах головного мозга, может быть целесообразным при разработке лечебно-реабилитационных мероприятий у больных параноидной шизофренией.

ФРУСТРАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ

М.А. Березовская, Т.В. Коробицина, Е.Г. Находкин

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Аутоагрессивное поведение до настоящего времени остается актуальной проблемой психиатрии и наркологии. Высокий уровень самоубийств, суицидальных попыток и других видов аутоагрессии регистрируются при алкогольной и наркотической зависимостях (Самохвалов В.П., 2000; Palmer B.A., 2002; Reutfors J. и др., 2003). Феномен высокого уровня коморбидности между наркологическими, инфекционными и психическими заболеваниями (Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Шишкова А.М., 2012) при увеличении удельного веса зависимых потребителей психоактивных веществ среди осужденных (Бохан Н.А., Буторина Н.Е., Кривулин Е.Н., 2006) обуславливает интерес к изучению наркологической патологии с коморбидной ВИЧ-инфекцией у лиц, находящихся в условиях пенитенциарной системы.

Изучение особенностей аутоагрессивного поведения ВИЧ-инфицированных больных с зависимостью от опиатов, отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях, было проведено нами ранее (Korobitsina T.V., Nakhodkin E.G., 2014). Исследование суицидальных (попытки самоубийства) и несуицидальных (самоповреждения) проявлений аутоагрессивного поведения у отбывающих наказание в мужской исправительной колонии № 16 (пос. Громадск, Красноярский край)

ВИЧ-инфицированных и не инфицированных больных опийной наркоманией показало преобладание у них несуицидальных проявлений аутоагрессии. В случаях наличия ВИЧ-инфекции без наркологической патологии преобладали суицидальные проявления аутоагрессивного поведения как реализация склонности к аутодеструктивным рискованным формам поведения.

Целью настоящего исследования явилось изучение фрустрационных факторов аутоагрессивного поведения ВИЧ-инфицированных больных с зависимостью от опиатов с позиций этологической теории, согласно которой наличие наркологического заболевания является проявлением косвенной аутоагрессии.

Методы: клинический, клинико-психопатологический, социально-психологического исследования, статистико-математический анализ.

Выполнено исследование социально-психологических факторов риска аутоагрессивного поведения у ранее обследованных нами ВИЧ-инфицированных больных опийной наркоманией (22 человека – группа А), не инфицированных больных опийной наркоманией (20 человек – группа В) и ВИЧ-инфицированных без зависимости от психоактивного вещества (20 человек – группа С). Группы сопоставимы по возрасту (средний возраст 25,54±1,78 года).

Проанализированы условия жизни и деятельностей всех испытуемых групп А–С, включенных в исследование, по косвенным, доступным однозначной оценке признакам, отражающим социологические параметры семьи, социально-психологические характеристики условий воспитания в детстве и ситуацию после достижения совершеннолетия. Использована методика стандартизированного интервью – модифицированный опросник (Бохан Н.А., Коробицина Т.В., 2000), включающий 50 параметров.

Наличие параметров, отражающих социально-психологические характеристики родительской и собственной семьи обследованных, позволило проанализировать совпадение и различие социально-психологических ниш периода совершеннолетия и заложенных условиями воспитания в детстве.

Для лиц группы А характерно большое количество ранних браков в родительской семье (возраст до 20 лет отмечен у отца в 45,5 % случаев, у матери – в 72,7 %) в отличие от собственной (18,2 % респондентов и 35,7 % их жен), соотношение аналогичных показателей в группе В достоверно не отличалось (40 и 70 % у родителей и 15 и 36,4 % у респондентов соответственно. Аналогичные показатели у больных группы С достоверно ниже: в родительской (10 и 25 % соответственно) и собственной (15 и 22,2 % соответственно) семье. Потеря одного

из родителей в возрасте до 5 лет, как неблагоприятный фактор воспитания отмечен у 54,5 % обследованных группы А, 40 % респондентов группы В, в отличие от 15 % в группе С. Респонденты групп А и В достоверно чаще (63,6 и 55 % соответственно) не посещали детские дошкольные учреждения (в группе сравнения С – 20 %), воспитывались в условиях многодетных семей. Однако после достижения респондентами совершеннолетия они достоверно чаще имели одного или вообще не имели детей. Уровень образования обследованных групп А и Б был достоверно ниже, чем у их родителей. Среди родителей испытуемых этих двух групп значительно количество лиц с высшим (22,7 и 20 % соответственно) и средним специальным (45,5 и 40 % соответственно) образованием, однако сами респонденты достоверно чаще имели неполное среднее образование, закончили только среднюю школу или получили образование в ПТУ (суммарно показатели 81,8 и 75 % соответственно). Такие отличия у испытуемых группы С не достигали статистической достоверности.

Корреляционный анализ параметров показал, что испытуемые групп А и В после достижения совершеннолетия постоянно находились вне социальной и социально-психологической ниши, заложенной им условиями воспитания в детстве (наличие достоверной положительной связи от r=+0,597 до r=+0,879 между соответствующими параметрами). Такое несовпадение ниш можно считать фактором, обуславливающим постоянное пребывание личности в состоянии хронической фрустрации, провоцирующей запуск механизма косвенной аутоагрессии у испытуемых с наркологической патологией.

Если выход из фрустрации через механизм косвенной аутоагрессии запущен, то вероятность его самопроизвольного истощения практически отсутствует. Однако в условиях пенитенциарной изоляции возможность выхода через аутодеструкцию (прогрессирование наркологического заболевания) ограничена, что может приводить к переходу на внешние проявления агрессивного поведения, в том числе гетероагрессию. Дальнейшее исследование фрустрирующих факторов аутоагрессивного поведения лиц в условиях социальной изоляции в перспективе позволит не только снизить уровень завершенных суицидов, уменьшить количество фактов несуицидальных проявлений аутоагрессии, но и оптимизировать помощь больным с наркологической патологией, являющейся проявлением косвенной аутоагрессии.

ШКОЛА ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В КРАСНОЯРСКЕ

М.А. Березовская[1], Ю.И. Шишкина[2]

[1]Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
[2]Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1

Семья пациента, страдающего психическим заболеванием, является важным звеном при оказании помощи больным на всех этапах лечения. Неоспоримым фактом является бремя, которое несут родственники вследствие психического заболевания члена семьи, чем обусловлено снижение качества жизни всех членов семьи. В связи с болезнью родного человека семья сталкивается с многочисленными психологическими проблемами. Родственники переполнены чувствами отчаяния, вины, гнева, страха, стыда, испытывают трудности с принятием болезни близкого человека, пытаются справиться с беспомощностью путем гиперконтроля. Члены семьи сталкиваются с проблемами коммуникации, часто неосознанно чрезмерно опекают или отвергают больного, что приводит к дополнительным психологическим сложностям пациента и семьи.

Все это указывает на необходимость психосоциальной помощи родственникам психически больных людей в связи с их собственными потребностями, а также функциями поддержки близкого человека в процессе лечения. Достижению наилучших результатов лечения и реабилитации больного способствует активная позиция партнерства со стороны семьи, необходимыми условиями которой являются понимание родственниками природы психических заболеваний и их лечения, наличие навыков решения проблем, специфичных для заболевания, правильный семейный коммуникативный стиль. Однако в большинстве семей эти знания и навыки минимальны. Поэтому важной задачей сферы психического здоровья является создание условий для того, чтобы родственники больного могли реализовать свой ресурс помощи больному.

Цель: организовать школу для родственников психически больных и проанализировать ее работу в течение года.

Результаты и обсуждение. С целью оказания психосоциальной помощи в Красноярском краевом психоневрологическом диспансере была организована школа для родственников психически больных, которая начала работу в октябре 2013 года. Эта работа проводилась комплексно, в рамках широкой программы реабилитации больных с психическими расстройствами. Она была направлена на выполнение разнообразных

потребностей родственников больных – в информации, психотерапии, выработке необходимых навыков общения, в создании системы, обеспечивающей поэтапное решение задач и длительную социально-психологическую помощь от момента обращения членов семьи до успешного решения их запроса.

Первая группа Школы включала 7 человек. Это были мамы пациентов, страдающих психическими заболеваниями в течение длительного времени – 5 лет и более. Занятия проводились два раза в месяц, в вечернее время, в форме открытых семинаров. Уже на первом занятии были приняты правила работы группы, которые в последующем соблюдались неукоснительно. Одним из основных правил было соблюдение конфиденциальности, о чем члены группы предупреждались особенно. Благоприятным оказался факт, что члены группы смогли достаточно открыто рассказать о своих проблемах уже на первом занятии, что способствовало созданию атмосферы доверия и сотрудничества.

Всего в период работы Школы было проведено 11 занятий, на которых обсуждались клинические и социальные вопросы психиатрии. Клиническая часть включала в себя описание важнейших психических заболеваний, их течения и исходов, методов лечения и реабилитации. Социальный раздел курса включал сведения о действующем «Законе о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», правах и льготах, которыми пользуются психически больные, а также об общественном движении в области психического здоровья.

Обучение в Школе помогло родным пациентов стать более реалистичными в своих ожиданиях, более терпимыми, избавиться от комплекса вины, обрести готовность к участию в адаптационно-реабилитационных мероприятиях своих близких. Примечателен факт, что после окончания цикла занятий члены группы решили не расставаться, а продолжать встречаться и поддерживать друг друга самостоятельно.

Выводы. Проведение занятий в Школе для родственников психически больных помогло повысить их психиатрическую грамотность, оказать им социально-психологическую поддержку, что способствовало возможности занять конструктивную жизненную позицию.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.С. Кадачегов, М.А. Березовская

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Цель исследования – изучить влияние коморбидной соматической патологии на церебральную гемодинамику у женщин, страдающих параноидной шизофренией.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический, сомато-неврологический, транскраниальное допплерографическое исследование мозговой гемодинамики методом цветного дуплексного сканирования.

Сравнивались скоростные параметры мозгового кровотока (пиковая систолическая, конечная диастолическая линейные скорости кровотока и индекс периферического сосудистого сопротивления в передних, средних и задних мозговых артериях) у больных параноидной шизофренией с коморбидной соматической патологией и у соматически здоровых пациентов.

Результаты исследования. У больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией индекс периферического сосудистого сопротивления в передней мозговой артерии статистически значимо отличался от такового у соматически здоровых пациентов.

У пациентов с сопутствующей патологией органов пищеварения статистически достоверными оказались изменения индекса периферического сосудистого сопротивления в передней мозговой артерии и конечной диастолической скорости кровотока в задней мозговой артерии.

При наличии сопутствующей почечной патологии конечная скорость кровотока в средней мозговой артерии и индекс периферического сосудистого сопротивления в передней мозговой артерии значимо отличались от таковых у соматически здоровых пациентов.

У пациентов с сопутствующей патологией легких статистически достоверными оказались изменения конечной диастолической скорости кровотока и индекса периферического сосудистого сопротивления в средней мозговой артерии.

Заключение: наличие сопутствующей соматической патологии влияет на показатели церебральной гемодинамики у больных параноидной шизофренией и является фактором риска развития церебральной сосудистой дистонии.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ

И.В. Максимова, Ю.А. Пичугина, Н.Н. Сергиенко, М.А. Березовская

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

В последние годы проблема психотических расстройств, возникающих у лиц, употребляющих наркотики, выходит за пределы наркологии. Нередко у пациентов, употребляющих наркотические средства, развиваются острые, реже пролонгированные, психозы с шизофреноформной симптоматикой. При этом пациенты часто скрывают факты употребления психоактивных веществ, что значительно затрудняет диагностику.

Особенностью современной ситуации является употребление так называемых дизайнерских наркотиков. Дизайнерские наркотики (от англ. to design – проектировать, разрабатывать) – психоактивные вещества (ПАВ), синтетические заменители какого-либо натурального вещества, полностью воспроизводящие его наркотические свойства. Химическая структура таких наркотиков незначительно отличается от уже известных психоактивных веществ, но при этом они аналогично определяются рецепторами мозга, оказывая похожее наркотическое действие. В частности, МДПВ – (М)етилен (Д)иокси(П)иро(В)алерон – это психоактивное вещество со стимулирующими свойствами, действует как ингибитор обратного захвата дофамина и норадреналина и имеет схожие свойства с амфетамином и кокаином.

Одновременно с изменением употребляемого вещества изменилась и структура заболеваемости, увеличилось количество наркотических психозов.

Цель работы: проанализировать вероятность развития психотических расстройств при употреблении современных синтетических наркотиков.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе стационара Красноярского краевого наркологического диспансера № 1. Основной метод исследования – катамнестический. Были проанализированы истории болезни пациентов, госпитализированных в 3-е отделение ККНД № 1 за 12 месяцев 2013 года. В исследование были включены истории болезни пациентов, перенесших психотические расстройства на фоне употребления ПАВ. Из исследования исключались истории болезни пациентов с алкогольными психозами и синдромами отмены алкоголя. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Exel.

Всего было проанализировано 166 историй болезни пациентов с диагнозом «психотическое расстройство вследствие употребления ПАВ» (зависимости от ПАВ, острой интоксикации ПАВ, эпизодического употребления ПАВ, употребления ПАВ с вредными последствиями).

Результаты. Все пациенты были госпитализированы по направлению врачей-психиатров специализированной скорой помощи. Подавляющее большинство (92 человека – 55,4 %) составили больные в возрасте 21-30 лет, на втором месте (56 человек – 33,7 %) оказались пациенты в возрасте 31-40 лет. Возрастные категории младше 20 лет и старше 40 лет (11 пациентов – 6,6 % и 7 пациентов – 4,2 % соответственно) представлены единичными случаями.

Проанализировав количество госпитализаций по датам поступления, выяснилось, что с каждым последующим месяцем количество обращений по поводу психотических расстройств на фоне употребления ПАВ увеличивалось: в январе и феврале таких пациентов не было, далее по месяцам: март – 4, апрель – 6, май – 11, июнь – 13, июль – 18, август – 19, сентябрь – 20, октябрь – 22, ноябрь – 23, декабрь – 30.

В зависимости от употребляемого вещества (со слов) пациенты распределились следующим образом: 115 человек (69,3 %) указали «скорость», 16 больных (9,6 %) – «спайс», 20 (12,1 %) – «соль», 6 (3,6 %) – «шоколад», 9 пациентов (5,4 %) отрицали употребление наркотических веществ накануне госпитализации. Из анамнеза выяснено, что 100 человек (60,2 %) ранее употребляли героин. В анализах при помощи методов лабораторной диагностики чаще всего были выявлены МДПВ (62 случая – 37,3 %) и сочетание нескольких веществ (63 случая – 37,9 %), в единичных случаях – другие ПАВ, у 15 пациентов какое-либо вещество не было обнаружено, в 10 случаях исследование не проводилось.

Клинические проявления в подавляющем большинстве случаев были представлены психомоторным возбуждением и шизофреноформной симптоматикой. На фоне страха, тревоги, напряжения развивался бред преследования, чувство опасности, ощущение слежки. Пациенты жаловались на ощущение воздействия на себя с помощью чипов, специальной аппаратуры, говорили о попытках со стороны правоохранительных органов подбросить им наркотики, тем самым «осуществить подставу». В ряде случаев испытывали слуховые галлюцинации обвиняющего и угрожающего характера. По мере выхода из психоза психотическая симптоматика редуцировалась, однако критика к состоянию оставалась формальной.

Выводы. Выявлен значительный рост распространенности психопатологических расстройств, связанных с употреблением дизайнерских

наркотиков. Среди пациентов, употребляющих синтетические наркотики, преобладают лица в возрасте 21-30 лет. Психотические расстройства у лиц, употребляющих производные пировалерона и смеси различных веществ, представлены шизофреноформной симптоматикой и психомоторным возбуждением. У большинства пациентов, употребляющих синтетические наркотики, ранее отмечалось употребление героина.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ

О.С. Юков, М.А. Березовская

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Цель работы – исследование скорости кровотока в церебральных артериях головного мозга методом цветного дуплексного сканирования у мужчин, больных параноидной шизофренией с галлюцинаторным и бредовым вариантами, сравнительный анализ изменения скорости кровотока у мужчин.

Методы: клинико-психопатологический, статистический, транскраниальное допплерографическое исследование мозговой гемодинамики методом цветного дуплексного сканирования. Фиксировались пиковая систолическая, конечная диастолическая линейные скорости кровотока и индекс периферического сосудистого сопротивления в передних, средних и задних мозговых артериях.

Результаты и обсуждение. При анализе скоростных параметров кровотока было выявлено, что индекс периферического сосудистого сопротивления передней мозговой артерии соответствует норме, а средней – повышен, хотя эти данные оказались статистически недостоверны ($p>0,001$). В свою очередь показатель сосудистого сопротивления в задней мозговой артерии оказался достоверно ($p<0,001$) повышен. В остальных показателях у больных с галлюцинаторным вариантом параноидной шизофрении было достоверно ($p<0,001$) установлено снижение пиковой систолической и конечной диастолической скорости кровотока, которое было двусторонним и симметричным.

Выводы. Таким образом, по результатам транскраниального дуплексного сканирования магистральных артерий головного мозга, для больных с галлюцинаторным вариантом параноидной шизофренией характерны

нарушения показателей мозговой гемодинамики, собственно, замедление скорости кровотока в передних, задних и средних мозговых артериях и повышение индекса периферического сосудистого сопротивления в задних мозговых артериях. Результаты исследования соответствуют литературным данным о замедлении скорости кровотока в интракраниальных артериях.

Использование в комплексном лечении больных методов, направленных на нормализацию скорости кровотока в сосудистом русле головного мозга, может быть целесообразным при разработке лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с параноидной шизофренией.

Раздел 5

РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

ОСОБЕННОСТИ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ, КАК ФАКТОРА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ, У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И У ЛИЦ ВОЗРАСТА РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

А.Н. Анкин

Челябинский государственный университет

Актуальность проблемы исследования обусловлена снижением нервно-психической устойчивости населения в связи с глубокими социальными, политическими, экономическими, культурными преобразованиями в стране и в мире. Я. Рейковский определяет нервно-психическую устойчивость как способность эмоционально возбужденного человека сохранять определенную направленность своих действий, адекватное функционирование и контроль над выражением эмоций (Рейковский, 1979). О.А. Сиротин понимает под нервно-психической устойчивостью способность человека успешно решать сложные и ответственные задачи в напряженной эмоциогенной обстановке (Сиротин, 1972).

Нарушения нервно-психической устойчивости (или нервно-психическая неустойчивость) могут быть обусловлены совокупностью врожденных (биологически обусловленных) и приобретенных свойств личности, предопределяющих появление неоптимального типа реагирования на неблагоприятные воздействия среды (Ушаков, 1987). Основные проявления нервно-психической неустойчивости связаны с недостаточной социальной зрелостью, необходимостью соблюдения моральных норм, требований, правил поведения и порядка, нарушениями дисциплины, межличностных отношений и деятельности (трудовой и учебной), предболезненными и болезненными состояниями (Ушаков, 1987).

Оптимальный уровень нервно-психической устойчивости связан с возможностью вероятностного прогнозирования, способностью предвосхищать ход и результаты событий, поведение свое и других людей, то есть с антиципационной деятельностью.

В современной психологии под антиципацией понимается способность человека предвосхищать ход событий, собственных действий и поступков окружающих, строить деятельность на основании адекватного

вероятностного прогноза (Петровский, Ярошевский, 1986); способность субъекта действовать и принимать решения с определенным временно-пространственным упреждением в отношении ожидаемых, будущих событий (Ломов, 1980). Под антиципационной состоятельностью понимается способность личности с высокой вероятностью предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие ситуаций и собственные реакции на них, действовать с временно-пространственным упреждением (Менделевич, 1996).

Способность к антиципации является необходимым элементом регуляции деятельности, поведения и эмоциональных состояний человека и в целом участвует в процессах адаптации личности к меняющимся условиям среды. Некоторые люди исключают из своей антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные, не учитывая множественных особенностей предстоящих событий. Попадая в неспрогнозированную ситуацию, они оказываются антиципационно несостоятельными, что приводит к снижению уровня нервно-психической устойчивости.

Согласно антиципационной концепции неврозогенеза В.Д. Менделевича, нарушения способности преднастройки, готовности прогнозировать и просчитывать вероятность предстоящих событий относятся к числу ведущих факторов в этиологии неврозов. У пациентов с невротическими расстройствами прогностическая некомпетентность имеет статус преморбидного фактора, при этом снижение антиципационных способностей отмечается по всем параметрам (временному, пространственному, личностно-ситуативному), имеется склонность к моновариантному типу прогнозирования, предпочтение благоприятных исходов; как следствие такие люди подвержены обидам, разочарованиям, кризисам, обладают низкой стрессоустойчивостью (Менделевич, 1996).

В исследовании Н.П. Ничипоренко выявлены прямые связи антиципационных способностей с такими свойствами личности, как общительность и уравновешенность, и отрицательные связи с невротичностью, депрессивностью, реактивной агрессивностью, эмоциональной лабильностью (т.е. свойствами, свидетельствующими о нестабильности психической сферы личности) (Ничипоренко, 2006).

Ряд данных свидетельствуют о взаимосвязи актуального эмоционального состояния и стратегии прогностической деятельности в ситуациях неопределенности. Так, по данным В.В. Гульдана, повышение эмоционального напряжения часто приводит к доминированию стратегии максимизации, а его снижение – к стратегии вероятностного безразличия (Гульдан, 1974). По данным В.Г. Рагозинской, снижение антиципационных

способностей индивида лежит в основе формирования у него устойчивой склонности реагировать эмоционально-негативными состояниями (тревожностью, депрессией, гневом и т.п.) в различных ситуациях, в том числе в тех, которые не несут объективной угрозы его жизни, здоровью и социальному благополучию. Повторяемость эмоционально-негативных состояний и сопровождающее их хроническое гипервозбуждение вегетативной нервной системы являются одним из факторов психосоматических расстройств (Рагозинская, 2011).

Таким образом, данные современных клинико-психологических исследований убедительно свидетельствуют о специфических нарушениях прогностических способностей у лиц, страдающих различными психическими и соматическими расстройствами. Это подтверждает важную роль антиципационной состоятельности индивида в обеспечении его нервно-психической устойчивости. Вместе с тем особенности антиципационной состоятельности здоровой личности, как фактора ее нервно-психической устойчивости, изучены недостаточно. В частности, требуют дальнейшего изучения половозрастные особенности способности к антиципации и их взаимосвязь с показателями нервно-психической устойчивости. В работе О.Л. Гончаровой показано, что способность принимать решения с временным упреждением имеет тенденцию к приросту с возрастом, однако данное исследование ограничивается подростковым возрастом (Гончарова, 2003). Особенности антиципационной состоятельности у условно здоровых мужчин и женщин в контексте нервно-психической устойчивости также нуждаются в дальнейшем изучении. Это определило выбор темы настоящего исследования.

Цель исследования – изучить половозрастные особенности антиципационной состоятельности, как фактора нервно-психической устойчивости, у лиц пожилого возраста и у лиц возраста ранней взрослости.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе ОГСУСО «Геронтологический центр». В исследовании приняли участие 2 группы испытуемых. В первую группу были включены 15 лиц пожилого возраста (от 62 до 72 лет) из числа проживающих в отделении «Активное долголетие» указанного центра (то есть пожилые лица, не имеющие психических нарушений и выраженного когнитивно-мнестического снижения), в том числе 8 женщин и 7 мужчин.

Вторую группу составили 15 лиц возраста ранней взрослости (от 22 до 26 лет) из числа сотрудников центра, не имеющих на момент обследования острых и хронических соматических и психических расстройств. Среди обследованных – 8 женщин и 7 мужчин.

В исследовании использовались методика «Оценка нервно-психической устойчивости в стрессе» (разработана в СПбВМА им. С.М. Кирова) и «Тест антиципационной состоятельности» В.Д. Менделевича. Для математико-статистического анализа эмпирических данных использовались критерий φ* Фишера, критерий U Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования

Согласно результатам исследования, в группе лиц возраста ранней взрослости 53,33 % испытуемых имеют средний уровень нервно-психической устойчивости, 26,67 % испытуемых имеют низкий уровень нервно-психической устойчивости, 20,00 % испытуемых имеют высокий уровень нервно-психической устойчивости. В группе лиц пожилого возраста 73,33 % испытуемых имеют высокий уровень нервно-психической устойчивости, 26,67 % испытуемых имеют средний уровень нервно-психической устойчивости. Испытуемых, имеющих низкий уровень нервно-психической устойчивости, в данной группе не выявлено. Лиц с очень высоким уровнем нервно-психической устойчивости нет ни в одной из исследуемых групп.

Согласно результатам критерия φ* Фишера, доля с высоким уровнем нервно-психической устойчивости в группе лиц возраста ранней взрослости достоверно ниже, чем в группе лиц пожилого возраста (φ* эмп. = 3,092; $p \leq 0,01$). Доли лиц со средним уровнем нервно-психической устойчивости в двух группах испытуемых значимо не различаются (φ* эмп. = 1,509; $p > 0,05$).

Средние значения показателей нервно-психической устойчивости в группе лиц возраста ранней взрослости составляют 3,87±1,81, что соответствует низкому (или неудовлетворительному) уровню нервно-психической устойчивости. В группе лиц пожилого возраста средние значения показателей нервно-психической устойчивости составляют 6,07±1,03, что соответствует среднему (или удовлетворительному) уровню нервно-психической устойчивости. Это означает, что в целом у обследованных лиц возраста ранней взрослости вероятны нервно-психические срывы, особенно в экстремальных условиях, тогда как у обследованных пожилых лиц нервно-психические срывы маловероятны.

Статистическую значимость выявленных различий мы оценивали с помощью критерия U Манна-Уитни. Согласно результатам сравнительного анализа, показатели нервно-психической устойчивости в группе лиц возраста ранней взрослости значимо ниже, чем в группе лиц пожилого возраста (U эмп. = 33,50; $p \leq 0,01$).

В каждой из групп показатели нервно-психической устойчивости у испытуемых-женщин (4,38±1,51 в группе молодых женщин; 6,37±0,92 в группе пожилых женщин) несколько ниже, чем у испытуемых-мужчин соответствующей группы (3,29±2,06 в группе молодых мужчин; 5,71±1,11 в группе пожилых мужчин), однако ни в одной из групп эти различия не достигают уровня статистической значимости.

Согласно данным, полученным в ходе исследования, в группе лиц возраста ранней взрослости преобладает пространственный компонент антиципационной состоятельности, в то время как личностно-ситуативный и временной компоненты антиципационной состоятельности несколько снижены по сравнению с группой лиц пожилого возраста.

Статистическую значимость выявленных различий мы оценивали с помощью критерия U Манна-Уитни. Согласно результатам сравнительного анализа, показатели личностно-ситуативного компонента антиципационной состоятельности в группе лиц возраста ранней взрослости значимо ниже, чем в группе лиц пожилого возраста (U эмп. = 9,50; $p \leq 0,01$). Показатели временного компонента антиципационной состоятельности в группе лиц возраста ранней взрослости также значимо ниже, чем в группе лиц пожилого возраста (U эмп. = 53,00; $p \leq 0,05$). Показатели пространственного компонента антиципационной состоятельности в группе лиц возраста ранней взрослости также значимо выше, чем в группе лиц пожилого возраста (U эмп. = 56,00; $p \leq 0,05$).

В группе лиц возраста ранней взрослости показатели пространственного компонента антиципационной состоятельности у испытуемых-женщин значимо выше, чем у испытуемых-мужчин (U эмп. = 8,00; $p \leq 0,05$). По показателям других компонентов значимых гендерных различий не выявлено.

В группе лиц пожилого возраста значимых гендерных различий для показателей антиципационной состоятельности не выявлено.

Далее мы с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена исследовали взаимосвязь между показателями нервно-психической устойчивости и антиципационной состоятельности в каждой из групп испытуемых.

Согласно результатам корреляционного анализа, в группе лиц возраста ранней взрослости показатели нервно-психической устойчивости образуют значимую связь с показателями пространственного компонента антиципационной состоятельности ($r=0,589$; $p \leq 0,05$). Других значимых связей между показателями нервно-психической устойчивости и компонентов антиципационной состоятельности в данной группе не выявлено.

При этом в подгруппе женщин возраста ранней взрослости показатели нервно-психической устойчивости образуют значимую связь только с показателями пространственного компонента антиципационной состоятельности ($r=0,549$; $p\leq0,05$), тогда как в подгруппе мужчин возраста ранней взрослости показатели нервно-психической устойчивости образуют значимую связь с показателями пространственного ($r=0,704$; $p\leq0,05$) и личностно-ситуативного компонентов антиципационной состоятельности ($r=0,778$; $p\leq0,05$).

В группе лиц пожилого возраста показатели нервно-психической устойчивости образуют значимую связь с показателями личностно-ситуационного компонента антиципационной состоятельности ($r=0,938$; $p\leq0,01$). Других значимых связей между показателями нервно-психической устойчивости и показателями компонентов антиципационной состоятельности в данной группе не выявлено. При этом данная закономерность сохраняет свою статистическую значимость как в подгруппе женщин пожилого возраста ($r=0,949$; $p\leq0,01$), так и в подгруппе пожилых мужчин ($r=0,935$; $p\leq0,01$).

Обсуждение результатов исследования

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у лиц пожилого возраста в сравнении с молодыми людьми показатели нервно-психической устойчивости и показатели личностно-ситуативного и временного компонентов антиципационной состоятельности значимо выше, тогда как у лиц возраста ранней взрослости значимо выше показатели пространственного компонента антиципационной состоятельности. Опираясь на представления современных авторов об антиципационной состоятельности, как одном из механизмов совладающего поведения и, следовательно, как одном из факторов нервно-психической устойчивости, мы предположили, что одной из возможных причин более высокой нервно-психической устойчивости пожилых людей является их более высокая прогностическая компетентность в отношении личностно-ситуативных и временных факторов.

Более низкие показатели этих компонентов у молодых лиц в сравнении с пожилыми людьми, по нашему мнению, можно объяснить тем, что у лиц возраста ранней взрослости еще мало жизненного опыта, они не всегда способны охватить мысленным взором всю жизненную перспективу и правильно оценить значение тех или иных происходящих жизненных событий – так, как это могут сделать лица пожилого возраста.

У лиц возраста ранней взрослости значимо выше показатели пространственной антиципационной состоятельности. С одной стороны,

это говорит о том, что они чувствуют себя более энергичными, ловкими, мобильными. Иными словами, они более компетентны в физическом пространстве, чем лица пожилого возраста. С другой стороны, это может быть свидетельством и того факта, что лицам возраста ранней взрослости приходится более энергично «крутиться», чтобы преуспеть, тогда как пожилые люди скорее живут по принципу: «Кто понял жизнь, тот больше не спешит».

Заключение

В ходе проведенного нами эмпирического исследования мы выявили, что у лиц пожилого возраста показатели нервно-психической устойчивости и показатели личностно-ситуативного и временного компонентов антиципационной состоятельности несколько выше, чем у лиц возраста ранней взрослости. Опираясь на представления современных авторов об антиципационной состоятельности, как одном из механизмов совладания с ситуацией неопределенности и, следовательно, как одном из факторов нервно-психической устойчивости, мы предполагаем, что одной из возможных причин более высокой нервно-психической устойчивости пожилых людей является их более высокая прогностическая компетентность в отношении личностно-ситуативных и временных факторов.

У лиц возраста ранней взрослости прогнозирование строится по моновариантному типу и обеспечивается преимущественно за счет пространственного компонента, тогда как временная и личностно-ситуативная прогностическая компетентность развиты недостаточно. Иными словами, эти лица недостаточно успешны в структурировании, эффективном расчете и планировании времени, а также недостаточно успешны в прогнозировании социальных ситуаций, поведенческих реакций окружающих и собственных поступков.

Установлена взаимосвязь особенностей антиципационной деятельности и уровня нервно-психической устойчивости, заключающаяся в снижении уровня нервно-психической устойчивости при снижении показателей личностно-ситуативной и временной состоятельности.

Список литературы

1. Гончарова О.Л. Взаимосвязь особенностей Я-концепции и антиципационной состоятельности у подростков с ограниченными физическими возможностями: Автореферат кандидата психол. наук / О.Л. Гончарова. – Казань, 2003. – 23 с.
2. Гульдан В.В. Особенности функционированя и использования прошлого опыта у психопатических личностей / В.В. Гульдан, В.А. Иванников // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1974. – № 12. – С. 1830-1833.
3. Краткий психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – Ростов н/Дону: Феникс, 1985. – 505 с.
4. Ломов Б.Ф. Антиципация в структуре деятельности / Б.Ф. Ломов, Е.Н. Сурков. – М.: Наука, 1980. – 280 с.

5. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза / В.Д. Менделевич // Психологический журнал. – 1996. – № 4. – С. 107-114.
6. Ничипоренко Н.П. Феномен антиципационных способностей как предмет психологического исследования / Н.П. Ничипоренко, В.Д. Менделевич // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 5. – С. 50-59.
7. Рагозинская В.Г. Особенности эмоциональных состояний психосоматических больных / В.Г. Рагозинская // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2010. – Т. 16, № 2. – С. 274-277.
8. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций / Я. Рейковский. – М.: Прогресс, 1979. – 75 с.
9. Узелевская А.Э. Взаимосвязь прогностической (антиципационной) компетентности с клиническими формами, выраженностью и степенью компенсации личностных расстройств: Автореф. дис. … канд. психол. наук / А.Э. Узелевская. – Казань, 2002. – 24 с.
10. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 303 с.

ТРЕНИНГ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ

В.И. Балюкина

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,

Студенческий период является наиболее благоприятным периодом для формирования жизнестойкости личности и толерантность к неопределенности (ТН), поскольку эти компоненты личности могут способствовать повышению физического и психического здоровья студентов при преодолении кризисов и реализации себя как специалиста в будущей профессиональной деятельности.

Для клинического психолога значимым является способность принимать напряжение, которое возникает в ситуации двойственности, принимать неизвестное и не чувствовать себя неуютно перед неопределенностью. Будущим психологам нужно уметь быть собранными и гибкими в работе с клиентами, именно поэтому проблема жизнестойкости личности становится особенно актуальной и выходит на передний план научного осмысления, а ее дальнейшее исследование не вызывает сомнений.

Данная статья, посвящена выявлению психологического содержания жизнестойкости в процессе обучения в вузе, поиску взаимосвязей между

жизнестойкостью личности и толерантностью к неопределенности, ее компонентами и личностными особенностями, которые приблизят к раскрытию детерминант и критериев жизнестойкости и ТН, определению влияния жизнестойкости на процессы адаптации к новым условиям обучения в вузе, разработке практических рекомендаций по работе со студентами с дефицитом жизнестойкости и толерантности к неопределенности.

Это все критерии особенно важны для будущих психологов. Профессия психолога требует гибкости, пластичности, потому что работа с внутренним миром другого человека предполагает наличие определенного уровня мастерства (И.В. Дубровина, М.М. Кашапов, Я.Л. Коломинский, А.А. Реан, В.В. Рубцов, и др.). Жизнестойкость необходима будущим психологам во избежание различных деструктивных изменений личности в результате профессионального выгорания, зачастую свойственного представителям именно данной профессии (Е.С. Асмаковец, С.В. Агафонова, Л.М. Митина, В.Е. Орел, Е.М. Семенова и др.).

Термин «жизнестойкость» был введен в научный обиход в начале 1980-х годов Сьюзеном Кобейса и Сальватором Мадди. Жизнестойкость – это система установок и убеждений: установки на включенность, установки на контроль за событиями и установки на принятие вызова и риска (Майерс Д., 1997) В данной структуре вовлеченность рассматривается как уверенность в том, что включенность в происходящее дает максимальный шанс обнаружить нечто стоящее и интересное для личности. Слабая вовлеченность выражается в ощущении себя вне жизни, отвергнутым. Сильная же, проявляется в том, что человек получает удовольствие от собственной деятельности. В формировании этого компонента жизнестойкости решающая роль отводится семье, а именно любви и поддержки со стороны близких (Маклаков, 2001).

Анализируя интерпретацию следующего компонента «контроль», следует отметить, что он определяется как убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже если это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. В случае сильного развития данного компонента человек ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь. Слабое развитие компонента «контроль» дает ощущение собственной беспомощности. Для развития этого компонента важна поддержка инициативы учащегося и его желания выполнять задачи возрастающей сложности. Принятие риска заключается в уверенности человека в том, что все происходящее с ним способствует его развитию посредством знаний, полученных из опыта. При этом опыт может быть как позитивным, так и негативным. Человек, рассматривающий свою жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать

в отсутствии надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности обедняющим жизнь личности. Здесь важное значение имеет окружающая среда, которая должна быть разнообразной, способствуя тем самым приобретению новых впечатлений (Маклаков, 2001).

Исследования жизнестойкости ведутся как за рубежом, так и в нашей стране, но до сих пор не существует термина, идентичного понятию жизнестойкости С. Мадди. Наиболее близкими к нему в отечественной психологии являются следующие понятия: стилевые закономерности, субъективность, смысл жизни, жизнетворчество, жизнеспособность, личностно-ситуационные взаимодействия, самореализация личности, самоотношение и авторство жизни. Понятие «жизнестойкость» характеризует психологическую живучесть человека и служит показателем его психического здоровья. Это связано с тем, что стрессовые воздействия перерабатываются человеком именно на базе жизнестойкости, и она является катализатором поведения, позволяющего трансформировать негативный опыт в новые возможности. Экспериментально выявлено, что эта черта – основа открытого и энергичного противостояния стрессовым событиям и кризисам. Совладание с проблемами может идти по двум путям – либо активному, либо пассивному (инфантильность, стремление плыть по течению). Очевидно, что высокая жизнестойкость несовместима со вторым путем (Муздыбаев, 1998).

Первые работы по толерантности к неопределенности (ТН) появились в 40-х гг. XX в. в связи с исследованиями авторитаризма. Одной из первых исследовательниц стала Френкель-Брунсвик. Первоначально неопределенность понималась автором как эмоциональная и перцептивная переменная, играющая существенную роль при оценке вероятностных исходов принятия решения и опосредующая эмоциональный фон принятия решения (Юртаева, 2011).

Халлман, основываясь на исследованиях разных авторов, представляет ТН как: «Способность принимать конфликт и напряжение, которое возникает в ситуации двойственности, противостоять несвязанности и противоречивости информации, принимать неизвестное и не чувствовать себя неуютно перед неопределенностью» (Hallman, 1976) (Юртаева, 2011).

Несомненный интерес представляют работы российских исследователей, касающиеся проблем диагностики толерантности. В них отчетливо присутствует тенденция рассматривать ТН не как отдельный феномен, а как один из видов проявления толерантности «вообще» (как родового понятия). Нужно отметить, что в известных нам исследованиях западных

авторов подобный подход к изучению феномена ТН не встречается. В западной традиции исследование ТН связано в основном с различными аспектами проблемы совладания с неопределенностью (Круглова, 2011).

Жизнестойкость и толерантность к неопределенности относятся к категориям психологии личности, расширяющим разъяснительный потенциал феноменологии становления, адаптации личности, совладеющего поведения. По данным исследований, жизнестойкость и толерантность к неопределенности оказываются ключевыми личностными переменными, опосредующими влияние стрессогенных факторов (в том числе хронических) на соматическое и душевное здоровье. Современная обстановка снижает чувство безопасности и защищенности современного человека (Анцыферова, 1998).

Особенности современного общества приводят к возникновению большей неопределенности по сравнению с более ранними этапами его развития. По мнению А.Г. Асмолова, «в любом социально-историческом образе жизни существует зона неопределенности, в которой проявляются индивидуальные качества личности при встрече с непредвиденными ситуациями». С развитием общества «зона неопределенности» расширяется, требуя от человека большей самостоятельности и ответственности при принятии решений (Непряхо, 2009).

Основываясь на модели жизнестойкости С. Мадди и взяв за основу главные техники его работы, нами был разработан тренинг для повышения уровня толерантности к неопределенности.

Тренинг строится на нескольких основных техниках: 1. Реконструкция ситуаций; 2. Фокусирование; 3. Компенсаторное самосовершенствование. Данные техники направлены на снижение тревоги в ситуациях выбора и стресса, тем самым повышается уровень жизнестойкости и толерантности к неопределенности. Также в данном тренинге применялись арт-терапевтические упражнения, психогимнастика, направленные на включение в работу в виде разминки или отвлечение между техниками, которые отражают настрой каждого участника тренинга.

Выбранные техники соответствуют критериям надежности и валидности, а также целям, содержанию программы и возрастным психологическим характеристикам данной категории студентов.

Цель данного исследования заключается в развитии уровня толерантности к неопределенности на основе такого важного компонента личности, как жизнестойкость, при проведении тренинговой программы.

Гипотеза основана на предположении, что жизнестойкость и толерантность к неопределенности не являются врожденными качествами,

а формируются в течение жизни. Таким образом, с помощью тренинга жизнестойкости возможно повысить уровень толерантности к неопределенности и сам уровень жизнестойкости.

Методы исследования:

1. Анализ литературных источников.
2. Метод активного обучения – тренинг.
3. Методы сбора эмпирических данных:
   3.1. «Тест жизнестойкости» (С. Мадди, методика адаптирована Д.А. Леонтьевым, Е.И. Рассказовой).
   3.2. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности (Т.В. Корнилова)
4. Формирующий эксперимент.
5. Методы качественной и количественной обработки результатов.

Выборка исследования представлена группой испытуемых, состоящей из 40 студентов факультета клинической психологии ГБОУ ВПО КрасГМУ, находящихся в возрастном диапазоне от 20 до 22 лет.

Для тренинговой программы были выбраны студенты факультета клинической психологии 3-го курса, студенты 2-го курса являлись контрольной группой. В ходе исследования было выявлено, что у студентов обоих курсов присутствует средний и ниже среднего уровень жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска) и толерантности к неопределенности (интолерантности и межличностной интолерантности к неопределенности), в связи с этим были отобраны 16 студентов, которые поделились на две группы по 8 человек: экспериментальную и контрольную. В каждой группе было по 7 девушек и по одному юноше. Сравнение двух курсов при первичной диагностике для сопоставления одной группы с другой проводилось с помощью математического анализа по U-критерию Манна-Уитни для зависимых выборок.

После этого перед нами стояла задача попытаться повысить данные показатели с помощью тренинга. По окончании тренинга отсрочено проводилась повторная диагностика. Сравнение также проводилось по U-критерию Манна-Уитни для зависимых выборок. Таким образом получились следующие результаты:

1) В экспериментальной группе при сравнении первичной и повторной диагностики произошли изменения по шкале: толерантность к неопределенности, $U_{эмп}$ =11.5 находится в зоне неопределенности ($p \leq 0{,}01$).

2) При сравнении экспериментальной группы (повторная диагностика) и контрольной группы (повторная диагностика) произошли изменения по шкалам: контроль, $U_{Эмп}$ = 14.5 находится в зоне неопределенности

($p \leq 0,01$), толерантность к неопределенности, $U_{Эмп} = 4$ находится в зоне значимости ($p \leq 0,01$), межличностная интолерантность к неопределенности, $U_{Эмп} = 5$ находится в зоне значимости ($p \leq 0,01$).

Наряду с математической обработкой тестовых данных был проведен качественный анализ отзывов участников тренинга. Отзывы о программе были собраны в письменном виде одновременно с отсроченной диагностикой. Участники экспериментальной группы отмечали увлекательность и полезность данных занятий для них, как будущих психологов. Большинство участников заметили большую уверенность в своих силах и в своих действиях. Некоторые участники тренинга указали, что продолжали работу дома, вне рамок домашних заданий – например, упражнение, связанное с визуализацией ситуации, а также технику «парадоксальная интенция». Также участники указали, что продолжают пользоваться аутотренингом и методикой релаксации, которые были даны в качестве домашнего задания, и это приносит им удовольствие.

По результатам математической обработки данных можно сделать вывод о том, что, как средство коррекции таких компонентов личности, как жизнестойкость и толерантность к неопределенности, тренинг оказался не до конца эффективным, так как по итогам повторной обработки есть как значимые, так и незначимые изменения различных шкал (вовлеченность, контроль, принятие риска, жизнестойкость; ТН, ИТН, МИТН).

Ожидаемые результаты частично осуществились, так как непосредственно во время и после тренинга студенты давали обратную связь, не замечая этого, они углубляли самовосприятие таких компонентов, как включенность, контроль, принятие риска, что являлось одной из целей данной программы. В связи с быстрой адаптацией участники группы смогли спокойно раскрыться и преодолеть личностные ограничения, научились справляться с напряжением через творческое самовыражение и изменения системы конструктов жизни, освоили навыки работы в коллективе, расширили кругозор и познакомились с тренинговой работой в группе. Также важен тот факт, что, как средство профилактики, этот тренинг достаточен, исходя из результатов качественного анализа отзывов участников.

Практическая значимость исследования состоит в том, что проведение данной тренинговой программы позволит повысить уровень жизнестойкости и толерантности к неопределенности, а также должен явиться раскрытием потенциала личности студента; формирование у студента уверенности в реальности личных достижений; помощи в построении программы актуализации собственных возможностей и развитии своей жизнестойкости и толерантности к неопределенности; обучение жизнестойким способам совладения с трудностями; научение быть вовлеченным в дело,

контролировать свое поведение и быть готовым к принятию риска. Также на основе полученных данных можно разработать методические рекомендации для руководителей образовательных учреждений, направленные на формирование жизнестойкости и развитие толерантности к неопределенности для студентов.

Список литературы

1. Анцыферова, Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1991. – № 1. – 15 с.
2. Круглова, Н.В. Толерантность и идентичность: ситуация в современной России / Н.В. Круглова // Вестник СПбГУ / Сер. «Психология». – СПб., 2008. – № 2. – С. 128-129.
3. Маклаков, А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 1. – С. 16-24.
4. Непряхо, Т.Л. Толерантность к неопределенности как фактор принятия решений в юности / Т.Л. Непряхо // Материалы докладов XIV междунар. конф. студ., аспир., и молод. уч., «Ломоносов». – Тверь, 2007. – С. 1-2.
5. Муздыбаев, К. Стратегия совладания с жизненными трудностями / К. Муздыбаев // Журнал социологии и социальной антропологии. – М., 1998. – № 2. – Т. 1. – 56 с.
6. Юртаева, М.Н. Когнитивно-стилевые и личностные характеристики толерантности к неопределенности: Дис.…канд. псих. наук: 19.00.01 : защищена 17.06.11: утв. 15.12.11 / М.Н. Юртаева. – Екатеринбург, 2011. – 164 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ДЕТСКИХ СТРАХОВ

О.В. Гаврилица

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

В отличие от многих других проблем детства, некоторые специалисты часто с полной уверенностью говорят, что страхи детей – это возрастная проблема. С одной стороны, страх может уберечь от рискованных поступков, а с другой – продолжительные и устойчивые страхи препятствуют развитию личности, сковывают творческую энергию, способствуют формированию неуверенности и тревожности. В первую очередь страдает эмоциональная сфера, так как страх окрашивает все чувства тревогой. Может исчезнуть ряд положительных эмоций: смех, жизнерадостность, ощущение полноты жизни. В последние годы специалисты отмечают высокий рост детских страхов и подчеркивают, что наличие страхов в детском возрасте ни в коем случае нельзя оставлять

без внимания, так как это может стать важной причиной нарушений в развитии личности ребенка. Понятие страха разрабатывалось многими исследователями и имеет разные трактовки. Изучением страха в психологической науке занимались как зарубежные, так и отечественные ученые. Авторы с разных точек зрения подходят к определению содержания понятия «страх». Так, В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, М.П. Чередникова и др. рассматривают содержание страха как тесно связанное с характером межличностных знаковых социальных взаимоотношений. Другие авторы – З. Фрейд, А. Фрейд, Э. Фромм и др. – определяют страх, как аффект, который возникает в субъективной ситуации. Но все эти исследователи подчеркивали, что страх является движущей силой личностного развития.

В нашей статье мы будем придерживаться определения А.И. Захарова: страх – это одна из фундаментальных эмоций человека, возникающая в ответ на действие угрожающего стимула. Если объективно рассмотреть эмоцию страха, можно констатировать, что страх выполняет разнообразные функции в жизни человека. На протяжении всего периода развития человеческого рода страх выступал как организатор борьбы людей со стихией. Страх позволяет избежать опасности, так как играл и играет защитную роль. А.И. Захаров считает, что страх можно рассматривать как естественное сопровождение человеческого развития (Захаров, 2009). Особо кризисным периодом является 7-летний возраст. Так, в возрасте 7 лет у мальчиков могут проявляться страхи: остаться дома в одиночестве, нападения, страх смерти себя и своих близких, опоздать, страх природных катаклизмов, высоты, тесных маленьких помещений, пожара, войны, уколов, боли, резких или громких звуков. У девочек в этом же возрасте количество страхов увеличивается по сравнению с 5–6-летним возрастом. Они, так же как и мальчики боятся, остаться дома одни, нападения, заболеть, смерти, как своей, так и близких родственников, наказания, опоздания в школу, страшных снов, темноты, животных, природных явлений, врачей, уколов, боли, резких, громких звуков. Психологам также следует обратить внимание на другие «кризисные» возрасты: 3-4 года (общее количество страхов у мальчиков снижается, а у девочек возрастает).

Экспериментальное исследование организовано на базе муниципального дошкольного общеобразовательного учреждения (МДОУ) «Детский сад № 54 «Золушка»» в мае 2014 г. с целью выявления страхов у мальчиков и девочек старшего дошкольного возраста.

Выборка исследования представлена детьми старшего дошкольного возраста в количестве 14 человек (возраст детей 5-6 лет). В качестве диагностического инструментария нами использовался опросник А.И. Захарова «Страхи в домиках».

Проанализируем результаты исследования страхов у детей старшего дошкольного возраста. Анализируя результаты исследования по методике «Страхи в домиках», мы отмечаем, что наибольший процент составляют дети с высоким уровнем страха – 71,4 %. У этих детей может отмечаться неадекватная самооценка, тревожность, напряженность, пугливость. Средний уровень страха выявлен у 21,4 % старших дошкольников. Эти дети зачастую достаточно общительны, менее пугливы и беспокойны по сравнению с детьми с высоким уровнем страха. Низкий уровень страха выявлен у 7,1 % обследуемых детей. Такой ребенок, как правило, характеризуется наименьшей тревожностью, уверенностью в себе, общительностью, налаженностью отношений с окружающими, преобладанием повышенного настроения.

Анализируя результаты, мы можем сделать следующие выводы. У всех без исключения детей выявлен страх глубины. Практически все дети (кроме Димы Т. и Лизы С.) боятся смерти и страшных снов. У 71,4 % (10 детей) обнаружены такие страхи, как страх смерти родителей, страх заболеть, страх сказочных персонажей, страх стихии, страх боли и страх крови.

Менее выражены такие страхи, как страх нападения (42,8 %), страх замкнутого пространства (35,7 %), страх врачей (всех кроме зубных) (35,7 %).

Характеризуя особенности проявления страхов у девочек и мальчиков, мы отмечаем, что самым распространенным является страх глубины, он присутствует у всех девочек и мальчиков. Наравне со страхом глубины у всей группы девочек выявлен страх, когда остаешься одна, смерти, сказочных персонажей и страх пожара, следует отметить, что у мальчиков самым нераспространенным страхом является страх перед тем как заснуть и страх замкнутого пространства, эти страхи присутствует у 28,5 % опрашиваемых детей. Только у одной девочки (Даши Х.) присутствует страх мамы или папы.

Для детей с высоким уровнем страха характерно то, что они не боятся нападения (кроме Ярика К., Вари К., Ангелины У., Нади З. и Андрея И). Около 50 % детей не испытывают страх перед уколами (Ярик К., Лиза Н., Маша З., Артем С.), также почти 50 % из всех детей с таким уровнем страха (кроме Ярика К., Вари К., Ангелины У., Нади З. и Артем А.С.) отличаются отсутствием страха воды и неожиданных, резких звуков (кроме Ангелины У.). У всех детей данной группы присутствует страх смерти, страшных снов и огня.

Только у одного из обследуемых детей (Лиза С.) был выявлен низкий уровень страха. В результате обследования выявлено, что у ребенка

не наблюдаются такие страхи, как страх нападения, того, что умрут твои родители, каких-то людей, мамы или папы, того, что они тебя накажут, опоздания в детский сад, страх страшных снов, темноты, страх животных, страх высоты, страх замкнутого пространства, воды, больших улиц, врачей, уколов, боли и неожиданных, резких звуков.

В результате обследования у детей со средними показателями (Вова, Семен Ю., Дима Т.) не были выявлены такие страхи, как страх сказочных персонажей, перед тем как заснуть, замкнутого пространства, транспорта и неожиданных резких звуков.

В психолого-педагогической литературе описаны различные способы коррекции страхов разной этиологии (Арефьева, 2009). В целом все предлагаемые способы условно разделены на три группы:

1. Игра со страхом;
2. Рисование страха;
3. Вербализация страха (сказки, рассказы, страшные истории).

На основе этих данных можно составить комплекс коррекционных методик, который будет включать в себя:

1. Методики, основанные на использовании игрового метода: «Игра с темнотой», «Чехарда», «Прогулка в слепую», «Отгадай, кого я боюсь» (по первой и последней букве).
2. Методики, основанные на использовании изотерапии: «Расправься с нарисованным страхом», «Мне не страшно».
3. Методики, основанные на использовании сказкотерапии: «Сказка про страх».

Коррекционная работа может проводиться как с подгруппами детей, так и индивидуально. Первоначально рекомендуется использовать методики, основанные на использовании игрового метода. Основная задача данного метода научить ребенка испытывать положительные эмоции, что благотворно влияет на его психику. Основным средством является разнообразная игровая деятельность, которая повышает общий уровень переживаний ребенка, помогает ему установить доверительные отношения со взрослыми, сверстниками (Арефьева, 2009).

Использование данных методик помогает детям установить доверительные отношения со сверстниками, преодолеть чувство одиночества и покинутости, тревожности.

Затем педагог может использовать методики, основанные на использовании изо-терапии с целью снятия у детей старшего дошкольного возраста ощущений постоянной угрозы, исходящей от окружающего мира; преодоления тревоги, страха посредством графического изображения

своего страха. Графическое изображение страхов требует волевых усилий и снимает тревожное ожидание их реализации. В процессе рисования происходит «оживление» страха, но вместе с тем и осознание условного характера его изображения. Объект страха сознательно подвергается манипуляции и творчески преобразуется. Вербализация страхов вызывает чувственный ответ, эмоциональное переключение, которое выступает в роли психологической защиты.

В конце работы дети начинают понимать, что сказочные персонажи – это вымысел и их можно сделать такими, какими ты сам хочешь, тот есть добрыми, смешными, веселыми.

Метод анатомирования страха направлен на то, чтобы ребенок осознал и принял ситуацию, которая вызывает у него страх. Кроме того, имеет место и десенсибилизация страхов – это привыкание ребенка к своему страху путем узнавания и понимания того, что именно представляет собой объект страха.

Суть этого метода заключается в следующем: исходя из способности детского воображения абстрагироваться от действительности, ребенку предлагается некий предмет его страха (Баба Яга, красочно разрисованная и вырезанная из картона, кукла в виде Кощея Бессмертного и прочее). Возможность манипулировать, т.е. управлять предметом страха очень часто становится для ребенка способом его преодоления. Подмена мысленного образа реальным, осязаемым объектом, предполагающим для ребенка наличие возможности манипулировать им, создает возможность избавления от страха.

Таким образом, анализируя результаты исследования, мы сделали вывод о том, что большинство детей старшего дошкольного возраста имеют высокий уровень выраженности страха. С данной группой детей необходима организация специальной коррекционной работы, в которой социальный педагог для коррекции детских страхов может использовать следующие методы и формы: игра со страхом; рисование страха; вербализация страха (сказки, рассказы, страшные истории).

Список литературы

1. Арефьева Т.А. Преодоление страхов у детей. Тренинг / Т.А. Арефьева, Н.И. Галкина. – М.: Ин-т психотерапии, 2009. – 298 с.
2. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. – СПб., 2009.

БЛАГОПОЛУЧИЕ СЕМЬИ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПОДРОСТКОВ

Д.Р. Галяутдинова

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

Проблема изучения и формирования социального интеллекта актуальна и современна сегодня так же, как и много лет назад. Несмотря на большое количество работ, посвященных ей, большинство важных вопросов остаются неразрешенными и на сегодняшний день.

Социальный интеллект – это своего рода социальный дар, который обеспечивает нормализованные отношения с людьми, результатом которых является социальная адаптация в обществе (Калиновская, 2011).

Выдающиеся зарубежные и отечественные исследователи изучали особенности возникновения и проявления социального интеллекта. Изучением социального интеллекта занимались такие психологи, как М.И. Бобнева, Д.В. Люсин, Г. Адлер, Дж. Гилфорд, Э. Торндайк и др. Авторами было выявлено, что формирование социального интеллекта начинается с детского возраста. Период школьного обучения – это самый важный этап в формировании социального интеллекта, потому что именно в этот период расширяется круг общения, развиваются такие способности, как умение переживать за другого человека без прямого восприятия его ощущений, защищать свои мысли и суждения другого человека. Собственно термин «социальный интеллект» был введен в психологию Э. Торндайком в 1920 году. С его точки зрения, социальный интеллект – это глубина понимания и дальновидность в межличностных отношениях (Матвеева, 2014).

Согласно концепции Д. Гилфорда, социальный интеллект представляет систему интеллектуальных способностей, независимую от факторов общего интеллекта. Эти способности, также как и общеинтеллектуальные, могут быть описаны в пространстве трех переменных: содержание, операции, результаты. Дж. Гилфорд выделил одну операцию – познание (С) – и сосредоточил свои исследования на познании поведения (СВ). Эта способность включает шесть факторов:

- Познание элементов поведения (CBU) – способность выделять из контекста вербальную и невербальную экспрессию поведения (способность, близкая к способности выделять «фигуру из фона» в гештальт-психологии).

- Познание классов поведения (CBC) – способность распознавать общие свойства в некотором потоке экспрессивной или ситуативной информации о поведении.
- Познание отношений поведения (CBR) – способность понимать отношения, существующие между единицами информации о поведении.
- Познание систем поведения (CBS) – способность понимать логику развития целостных ситуаций взаимодействия людей, смысл их поведения в этих ситуациях.
- Познание преобразований поведения (CBT) – способность понимать изменения значения сходного поведения (вербального или невербального) в разных ситуационных контекстах.
- Познание результатов поведения (CBI) – способность предвидеть последствия поведения, исходя из имеющейся информации.

Автор Г. Адлер, изучая данную проблему, утверждал, что социальный интеллект универсален, он не связан с какой-то одной сферой жизни или определенным типом поведения. «Социально умные» люди обладают так называемым «социальным сознанием», «социальной грамотностью». Другими словами, они умеют поддерживать хорошие отношения в семье, с друзьями и коллегами по работе.

По мнению автора, в подростковом возрасте социальный интеллект становится иным. Стремление к взрослости побуждает подростка отойти от прямолинейности и стремиться к вовлечению большого количества факторов, дающих возможность с достаточной четкостью предвидеть последействия. Усложняется и такое свойство социального интеллекта, как свойство проникать в социальные чувства (согласно Адлеру, «социальные чувства» или «социальный интерес» понимается как инстинктивная и в то же время сознаваемая и управляемая способность «видеть глазами другого, слышать ушами другого, чувствовать сердцем другого») и духовные ценности других людей.

По мнению Г. Оллпорта, социальный интеллект – это особый «социальный дар», обеспечивающий гладкость в отношениях с людьми, продуктом которого является социальное приспособление, а не глубина понимания.

Исследователь Г. Айзенк, останавливаясь на трудностях определения интеллекта, указывает: во многом это вытекает из того, что сегодня существует три относительно различающихся и относительно самостоятельных концепции интеллекта. К ним относятся биологический, психометрический и социальный интеллекты, которые ученый не противопоставляет одну другой, а даже наоборот пытается объединить в одно

целое. Под социальным интеллектом Айзенк понимает интеллект индивида, формирующийся в ходе его социализации, под воздействием условий определенной социальной среды.

В отечественной психологии понятие «социальный интеллект» было рассмотрено рядом исследователей. Одной из первых в 1979 году этот термин описала М.И. Бобнева. Она считает, что социальный интеллект следует расценивать как особую способность человека, формирующуюся в процессе его деятельности в социальной сфере, в сфере общения и социальных взаимодействий. И принципиально важно, подчеркивает автор, что уровень «общего» интеллектуального развития не связан однозначно с уровнем социального интеллекта.

Другой отечественный исследователь, Ю.Н. Емельянов, изучал социальный интеллект в рамках практической психологической деятельности – повышения коммуникативной компетентности индивида с помощью активного социально-психологического обучения. По мнению автора, коммуникативная компетенция формируется благодаря интериоризации социальных контекстов. И кроме этого, говоря о пути повышения социального интеллекта, Ю.Н. Емельянов замечает, что коммуникативные умения и интеллект межличностных отношений при их несомненной важности являются вторичными (как в филогенетической, так и онтогенетической перспективе) по отношению к фактору совместной деятельности людей.

Исследования С.С. Беловой представили сведения, которые говорят о том, что социальный интеллект базируется на двойственной репрезентации: вербальной и невербальной, а также интуитивной. Вербальная репрезентация помогает реализовать коммуникацию, которая может дать определенные результаты. Невербальная же репрезентация, в свою очередь, очень тонко отображает существующую социальную обстановку и все-таки не имеет возможности прямо, не применяя перекодировки, быть отраженной в речевом сообщении так, чтобы это было понятно окружающим.

Автором В.Н. Куницыной было предложено четкое и содержательное определение социального интеллекта. Социальный интеллект – глобальная способность, возникающая на базе комплекса интеллектуальных, личностных, коммуникативных и поведенческих черт, включая уровень энергетической обеспеченности процессов саморегуляции; эти черты обусловливают прогнозирование развития межличностных ситуаций, интерпретацию информации и поведения, готовность к социальному взаимодействию и принятию решений.

Как известно, социальная принадлежность, условия воспитания и уровень благополучия в семье тоже сказываются на формировании социального интеллекта.

В классификации, предложенной исследователем М.А. Галагузовой, выделяются следующие типы семей: благополучные, семьи группы риска, неблагополучные и асоциальные. Благополучные семьи успешно справляются со своими функциями и практически не нуждаются в поддержке социального педагога. В случае возникновения проблем им достаточно разовой помощи в рамках краткосрочных моделей работы.

Семьи группы риска характеризуются наличием некоторого отклонения от норм, например: неполная семья, малообеспеченная семья и т.п. Они справляются с задачами воспитания ребенка с большим напряжением своих сил.

Неблагополучные семьи, имея низкий социальный статус в какой-либо из сфер жизнедеятельности, не справляются с возложенными на них функциями. В зависимости от характера проблем социальный педагог оказывает таким семьям образовательную психологическую, посредническую помощь в рамках долговременных форм работы.

Асоциальные семьи – это семьи, в которых родители ведут аморальный, противоправный образ жизни, а воспитанием детей, как правило, никто не занимается, и где жилищно-бытовые условия не отвечают элементарным санитарно-гигиеническим требованиям. Работа социального педагога с этими семьями должна вестись в тесном контакте с правоохранительными органами и органами опеки и попечительства.

В рамках нашего исследования нас в большей степени интересуют два типа семей – благополучные и неблагополучные.

Условия для ребенка в неблагополучной семье намного хуже, чем для ребенка из благополучной семьи. Воспитание ребенка в плохих условиях может деформировать личностное развитие ребенка. Ведь для таких семей чаще всего характерен высокий уровень конфликтности, родители не занимаются ребенком должным образом, принимают алкоголь и другие вещества, «одурманивающие разум». Нередки случаи применения физических наказаний по отношению к ребенку. Следствием такой ситуации может быть отставание ребенка не только в интеллектуальном, но и в психическом развитии.

Что же касается благополучной семьи, то здесь царит атмосфера любви, заботы и поддержки. Родители прислушиваются к мнению своего ребенка и совместно с ним принимают какие-либо решения. Ребенок в большинстве случаев хорошо социализируется. Но, существует мнение и о том, что дети из благополучных семей в случае гиперопеки со стороны родителей не могут самостоятельно войти в социум и адаптироваться к условиям вне семьи (Дивицына, 2008).

Нами было проведено экспериментальное исследование социального интеллекта у детей из благополучных и неблагополучных семей. Участниками экспериментальной работы стали подростки, обучающиеся в МКОУ «Икшурминская СОШ» Пировского района Красноярского края. В исследовании приняли участие 20 подростков (10 мальчиков и 10 девочек) в возрасте от 13 до 16 лет. Из них 10 подростков воспитываются в благополучных семьях, 10 человек – из неблагополучных семей.

Для диагностики социального интеллекта у подростков мы использовали тест Гилфорда «Социальный интеллект».

Анализируя результаты, полученные по первому субтесту методики Гилфорда, мы можем отметить, что 5 % респондентов имеют низкую способность к познанию поведения, то есть вероятна возможность совершения ошибок вследствие непонимания связи между поведением и его последствиями. Для 30 % испытуемых характерны среднеслабые и 65 % респондентов средние способности к познанию поведения. Поэтому подростки из этих двух групп способны к правильной расшифровке невербальных сообщений, но в разной степени. К тому же испытуемые со средним уровнем, если сосредоточатся, могут предвидеть последствия поведения, выстраивать стратегию своего поведения для достижения какой-либо цели.

Исходя из диагностических результатов по второму субтесту методики Гилфорда, нами было выявлено, что для 10 % испытуемых характерен низкий уровень способности к логическому обобщению, выделению общих существенных признаков в различных невербальных реакциях человека; у 30 % респондентов – среднеслабая способность, у 60 % – средняя способность. Следовательно, подростки с низкими показателями плохо владеют языком телодвижений, взглядов и жестов. А среднеслабая и средняя способность характеризуют человека немного с иной стороны. То есть это лучшее понимание невербальной речи. Но в то же время они также могут ошибаться в понимании смысла слов вербальных сообщений собеседника, если неправильно учли невербальные реакции.

Анализируя данные по субтесту «Вербальная экспрессия», можем отметить, что для 15 % испытуемых характерен среднеслабый уровень вербальной экспрессии. Эти подростки могут ошибаться в интерпретации слов собеседника. У 75 % подростков выявлен средний уровень вербальной экспрессии. У них существуют незначительные трудности в понимании одних и тех же слов, сказанных в разных ситуациях. Для 5 % испытуемых свойственен среднесильный уровень и для 5 %

респондентов – высокий уровень познания преобразований поведения, выраженных в основном в вербальной форме. Данный факт свидетельствует об обладании высокой чувствительностью к характеру и оттенкам человеческих взаимоотношений, что помогает этим подросткам быстро и правильно понимать то, что люди говорят друг другу. Поэтому такие подростки способны находить соответствующий тон общения с разными собеседниками в разных ситуациях и имеют большой репертуар ролевого поведения (то есть они проявляют ролевую пластичность).

Проанализировав результаты по четвертому субтесту методики Гилфорда, мы можем заключить, что для 50 % испытуемых характерен среднеслабый уровень логического выстраивания последовательности событий и поведения людей в разных ситуациях. Это говорит о некоторых трудностях в анализе подростками ситуаций межличностного взаимодействия. У 40 % респондентов выявлен средний показатель по данному субтесту, что означает понимание логики развития взаимодействия людей в сложных ситуациях. И лишь 10 % подростков имеют низкий уровень познания систем поведения. Как следствие, такие подростки плохо адаптируются к разному роду взаимоотношений между людьми (семейным, деловым, дружеским и др.).

Таким образом, сравнив результаты по всем субтестам, можно отметить, что дети из благополучных семей имеют более высокий уровень социального интеллекта, чем подростки из неблагополучных семей. Для 90 % подростков из неблагополучных семей характерен уровень развития социального интеллекта ниже среднего. У этих подростков возможны трудности в социальной адаптации и понимании вербальных и невербальных сообщений, в некоторых случаях может проявляться замкнутость. Только для 10 % подростков из неблагополучных семей свойственен средний уровень социального интеллекта. Им свойственно понимание и некое прогнозирование поведения людей в определенной ситуации.

Список литературы

1. Дивицына Н.Ф. Социальная работа с неблагополучными детьми и подростками. – Ростов-н/Д.: Феникс, 2008. – 288 с.
2. Калиновская М.А. Особенности социального интеллекта и выбора стратегий поведения подростков // Молодой ученый. – 2011. – № 3. – Т. 2. – С. 88–91.
3. Матвеева Л.Г. Анализ понятия «Социальный интеллект» // Психология человека. [Электронный ресурс]. URL: http://psibook.com/articles/analiz-ponyatiya-sotsialnyy-intellekt.html (дата обращения 12.02.2014).

ОТНОШЕНИЕ К СОМАТИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Н.В. Голева, М.В. Кузьмина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

В настоящее время все чаще родители, медики, педагоги, средства массовой информации поднимают вопросы, связанные с проблемами здоровья детей. Произошедшие в нашем обществе перемены отразились на состоянии здоровья всех возрастных групп. Это связано с большим количеством негативных явлений в современной жизни.

В каждом человеке заложен потенциал здоровья, но этот потенциал может быть реализован по-разному под влиянием индивидуальных особенностей и тех социальных условий, в которых формируется личность. На протяжении всей жизни человек постоянно подвергается различным стрессам. Способность преодолевать их воздействие зависит от внутренних возможностей организма и условий окружающей среды.

В последние годы появилась тенденция к проявлению заболеваний в более раннем возрасте. С каждым годом возрастает процент детей, имеющих отклонения в здоровье, наблюдается тенденция непрерывного роста заболевания среди детского населения (Абрамов, 1999; Кулагина, Колюцкий, 2001). Основная проблема – низкий уровень знаний о ценности своего здоровья и здоровья своих детей (Рапацевич, 2005; Цветкова 2012). От уровня физического и психического положения населения, от состояния его здоровья зависит благополучие общества в целом, поэтому проблема формирования представлений детей о здоровье представляется в современном обществе актуальной. Ее решение требует активного осмысленного отношения к своему здоровью и укреплению его с детских лет. Приступая к исследованию, мы исходили из следующего положения, что главным фактором, определяющим отношение человека к здоровью, является социокультурная и психологическая установка, формирующаяся в сознании человека с детства (в семье, в дошкольных учреждениях, школе) и закрепляемая социально значимым окружением.

Именно поэтому в нашей статье мы рассматриваем особенности отношения детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

Целью нашего исследования является изучение особенностей формирования представлений о здоровье у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

Данная цель конкретизировалась решением следующих задач:

1. рассмотреть особенности исследуемых возрастов;

2. выявить степень сформированности представлений о здоровье;

3. определить возрастную динамику сформированности представлений о здоровье, на примере старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

Данное исследование проводилось на базе ДОУ № 161 и МБОУ «Лицей № 3» города Красноярска. В исследовании приняли участие 20 детей старшего дошкольного возраста и 20 детей младшего школьного возраста.

Для исследования отношения к здоровью нами использовались следующие методики:

– для детей старшего дошкольного возраста: рисуночный тест «Здоровье и болезнь» и беседа на тему «Здоровье».
– для детей младшего школьного возраста: рисуночный тест « Здоровье и болезнь», опросник для родителей на детско-родительское отношение, шкала самооценки Дембо-Рубинштейн.

В старшем дошкольном возрасте благодаря возрастанию опыта личности отношение к здоровью существенно меняется. Но наблюдается смещение понятий «здоровый», как большой, хороший и «здоровый», как не больной, дети по-прежнему соотносят здоровье с болезнью, но более отчетливо определяют угрозы здоровью как от своих собственных действий («нельзя есть грязные фрукты», «нельзя брать еду грязными руками» и пр.), так и от внешней среды. В этом возрасте дети, хотя еще интуитивно, начинают выделять и психическую, и социальную компоненты здоровья («там все так кричали, ругались, и у меня голова заболела»). Но, несмотря на имеющиеся представления о здоровье и способах его сохранения, в целом отношение к нему у детей старшего дошкольного возраста остается достаточно пассивным. В возрасте 6-7 лет ребенок способен не только оценивать свое здоровье, но и пытается сохранять его, пользуясь постоянной поддержкой взрослых (Рапацевич, 2005; Цветкова 2012).

Младший школьный возраст называют вершиной детства. В современной периодизации психического развития он охватывает период от 6-7 до 9-11 лет (Баранов, 1989).

В этом возрасте происходит смена образа и стиля жизни: новые требования, новая социальная роль ученика, принципиально новый вид деятельности – учебная деятельность. В школе он приобретает не только новые знания и умения, но и определенный социальный статус. Меняется восприятие своего места в системе отношений. Меняются интересы, ценности ребенка, весь его уклад жизни (Исаев, 1993).

Ребенок оказывается на границе нового возрастного периода.

С физиологической точки зрения, это время физического роста, когда дети быстро тянутся вверх, наблюдается дисгармония в физическом развитии, оно опережает нервно-психическое развитие ребенка, что сказывается на временном ослаблении нервной системы. Проявляются повышенная утомляемость, беспокойство, повышенная потребность в движениях.

Отношение ребенка к своему здоровью является фундаментом, на котором можно будет выстроить здание потребности в здоровом образе жизни. Оно зарождается и развивается в процессе осознания ребенком себя как человека и личности. Отношение ребенка к здоровью напрямую зависит от сформированности в его сознании этого понятия.

Важно сформировать у детей внутреннюю картину здоровья, а не болезни для сохранения и укрепления своего здоровья. Чтобы в дальнейшем у него осознанно формировалась внутренняя картина здоровья, а наибольшее влияние на ее формирование оказывает та система отношений в семье, которая складывается вокруг ребенка. К большому сожалению, сегодня идет процесс физической деградации детей.

Большое значение в создании благоприятных условий для формирования у детей представлений о здоровом образе жизни играет система дошкольного и школьного образования, поскольку забота об укреплении здоровья ребенка, как отмечает ряд авторов (А.Ф. Аменд, С.Ф. Васильев, М.Л. Лазарев, О.В. Морозова, Т.В. Поштарева, О.Ю. Толстова, З.И. Тюмасева и др.), проблема не только медицинская, но и педагогическая, так как правильно организованная воспитательно-образовательная работа с детьми важна нередко в большей степени, чем все медико-гигиенические мероприятия, обеспечивает формирование здоровья и здорового образа жизни. И именно в семье, в образовательных учреждениях на ранней стадии развития ребенку должны помочь как можно раньше понять непреходящую ценность здоровья, осознать цель его жизни, побудить малыша самостоятельно и активно формировать, сохранять и приумножать свое здоровье.

В нашем исследовании мы использовали понятие здоровья, составленное Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Под здоровьем понимается «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Сладкова, 2005).

При этом под физическим здоровьем понимается текущее состояние функциональных возможностей органов и систем организма.

Психическое здоровье рассматривается как состояние психической сферы человека, характеризующееся общим душевным комфортом, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения и обусловленное потребностями биологического и социального характера.

Социальное здоровье понимается как система ценностей, установок и мотивов поведения в социальной среде.

Анализ существующих определений понятий здоровья позволил выявить шесть основных признаков здоровья, таких как нормальное функционирование организма на всех уровнях его организации – клеточном, гистологическом, органном и др. Нормальное течение физиологических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству. Динамическое равновесие организма, его функций и факторов внешней среды или статическое равновесие (гомеостаз) организма и среды. Критерием оценки равновесия является соответствие структур и функций организма окружающим условиям. Способность к полноценному выполнению социальных функций, участие в социальной деятельности и общественно полезном труде. Способность человека приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде (адаптация). Здоровье отождествляют с понятием адаптация, так как, чтобы система могла сохраняться, она должна изменяться, приспосабливаться к переменам, происходящим в окружающей среде. Отсутствие болезней, болезненных состояний и болезненных изменений. Полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие физических и духовных сил организма, принцип его единства, саморегуляции и гармоничного взаимодействия всех его органов (Горячев, 1999; Мельникова, Лукьянова, 2005) .

Выделяют группы здоровья для ориентировочной оценки здоровья детей и подростков.

Группа здоровья – это не статичный показатель. Она может меняться в течение жизни ребенка, но чаще всего в сторону ухудшения.

Различают пять групп здоровья.

I группа – здоровые дети, имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие, без функциональных и морфофункциональных отклонений.

II группа – здоровые дети, имеющие функциональные или небольшие морфологические отклонения; часто (более 4 раз в год) или длительно (более 25 дней по одному заболеванию) болеющие, не имеющие хронических заболеваний.

III группа – больные дети, имеющие хронические заболевания или врожденную патологию в компенсированном состоянии, с редкими и не тяжело протекающими обострениями хронического заболевания.

IV группа – больные дети, имеющие хронические заболевания или врожденную патологию в субкомпенсированном состоянии, затяжным периодом реконвалесценции после обострения хронического заболевания.

V группа – больные дети, имеющие тяжелые хронические заболевания или врожденную патологию в декомпенсированном состоянии и со значительно сниженными функциональными возможностями, дети-инвалиды.

В настоящее время, по данным НИИ гигиены детей и подростков, наполняемость I группы здоровья в среднем по России не превышает 10 %, а в некоторых регионах страны достигает лишь 3-6 %. За последние 10 лет во всех возрастных группах произошел стремительный рост числа функциональных нарушений (в 1,5 раз), и наполняемость II группы здоровья выросла в среднем с 20 до 35 %. Наполняемость III группы здоровья возрастает у детей в дошкольном возрасте и становится сильно выраженной в школьном периоде (Елисеева, Луцевич, Жуков, Клещина, Данилов, 2007).

От чего же зависит здоровье ребенка? Статистика утверждает, что на 20 % от наследственных факторов, на 20 % – от условий внешней среды, т.е. экологии, на 10 % – от деятельности системы здравоохранения, а на 50 % – от самого человека, от того образа жизни, который он ведет. Если на первые 50 % здоровья мы, воспитатели, повлиять не можем, то другие 50 % мы можем и должны.

Также в нашем исследование стоит сделать акцент на отношениях детей и их родителей. Взаимодействие ребенка с родителем является первым опытом взаимодействия с окружающим миром. В дальнейшей жизни детей отношение родителей к ним оставляет весомый отпечаток. И именно отношение родителей к ребенку влияют на общее благополучие и уровень жизни ребенка.

Исходя из проведенного нами исследования, можно говорить о влиянии родительского отношения на детскую самооценку, общего фона здоровья на детскую самооценку и детской самооценки на наличие соматических заболеваний.

Влияние родительского отношения на детскую самооценку обусловлено общим соматическим статусом ребенка.

При обработке данных выявилась некая тенденция: те дети, у которых самооценка была на высоком уровне, показывали такие же высокие результаты по отношению к своему здоровью.

У этих детей при обработке данных на родительское отношение выявлены высокие показатели.

Дети, у которых самооценка была занижена, показали не очень хорошие результаты по отношению к своему здоровью в проективных методиках, их рисунки имели негативные проявления.

К тому же у этих детей в методике на родительское отношение проявилась недоброжелательность или невнимание со стороны родителей.

Было выявлено, что у исследованных детей в зависимости от возрастной группы разные представления о здоровье и болезни. У старших дошкольников в отличии от младших школьников представления о здоровье и болезни недостаточно сформированы, уровень детализации рисунков низкий, сюжет отсутствует. Изображения как здоровья, так и болезни в рисунках детей преимущественно статичны, что нельзя сказать о рисунках младших школьников.

В ходе беседы было выявлено, что дети обеих возрастных групп осознают, что если не соблюдать некоторые правила, то из-за этого можно заболеть. На вопрос, что ты делаешь, чтобы быть здоровым, многие дети отвечают: нужно не есть на улице мороженого, одеваться теплее когда холодно. Из этих ответов следует, что дети осознают угрозы здоровью со стороны внешней среды, определяют угрозы от своих собственных действий («не есть чипсы, они вредные; кушать мороженое потихоньку; есть полезные фрукты и овощи»). Дети как в младшем школьном, так и в старшем дошкольном возрасте начинают соотносить, что, если делать зарядку будешь здоров. Все же стоит отметить, что у детей в старшем дошкольном возрасте прослеживается недостаточность знаний и информации о собственном здоровье.

В данных возрастных группах решающим фактором, определяющим образ жизни ребенка, формирования основ его личности, являются установки ближайших взрослых и особенно родителей. Очевидно, что позицию ребенка в отношении здорового образа жизни и его отношение к болезни определяет и формирует позиция родителей. Личный пример родителей по формированию здорового образа жизни напрямую связан с развитием активной жизненной позиции ребенка.

Исходя из многочисленных фактов и исследований, можно сделать вывод, что на качество жизни особо сильное влияние оказывает социальная общность. Воздействие взрослых на детей происходит не только на уровне слов, но, прежде всего, на уровне интонации, мимики, поведения, отношения к тому или иному событию. И чтобы ни говорили родители о том, как беречь свое здоровье, их собственный пример и поведение будут иметь гораздо большее влияние на детское сознание, чем любые высказывания.

К началу каждого возрастного периода складывается совершенно своеобразное, специфическое для каждого возраста представление о своем здоровье.

Важным источником формирования представлений о здоровье и поведения по соблюдению здорового образа жизни в исследуемых возрастах является их способность к подражанию. Дети повторяют рассуждения родителей и учителей. Такое порой только внешнее копирование

помогает ребенку в усвоении материала. Так, любое действие ребенок совершает сначала со взрослым, постепенно мера помощи уменьшается и исходит на нет, тогда действие интериоризируется, и ребенок начинает выполнять его самостоятельно.

Таким образом, сформированность понятия здоровья, а также навыки по сохранению и укреплению своего здоровья зависят не только от усвоения теоретических знаний, но и от примера, который дети наблюдают в своей семье, в кругу сверстников.

Список литературы

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: / Г.С. Абрамова. – М.: Академия, 1999. – 672 с.
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Пуртов И.И. Организация оздоровления часто болеющих детей в яслях-садах // Вопросы охраны материнства и детства. – 1986. – № 8. – С. 65-67.
3. Горячев В. Здоровье – категория педагогическая / В. Горячев // Народное образование. – 1999. – № 9 – С. 219-231.
4. Елисеева Ю.Ю., Луцевич И.Н., Жуков А.В., Клещина Ю.В., Данилов А.Н. Общая гигена. – 2-5 с.
5. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка. – СПб.,1993. – 73 с.
6. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология: полный жизненный цикл развития человека / И.Ю. Кулагина, В.Н. Колюцкий. – М., 2001. – 464 с.
7. Мельникова Н.А., Лукьянова В.Н. Основы медицинских занятий и здорового образа жизни. – 2005. – 3 с.
8. Педагогика: Большая современная энциклопедия / Сост. Е.С. Рапацевич. – М.: Современное слово, 2005.
9. Сладкова В.В (Блюм В.В.). Внутренняя картина здоровья // Вестник балтийской педагогической академии. Теоретико-эмпирические исследования в медицинской психологии. – Вып. 61. – СПб., 2005.
10. Цветкова И.В. Проблемы психологического изучения внутренней картины здоровья // Психологические исследования процессов и сферы переживания субъектом себя в качестве здоровой личности. – 2012. – № 1 (21).

ИЗУЧЕНИЕ АГРЕССИВНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ю.А. Горлова, Т.В. Бель

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

Отклонение в поведении детей – одна из центральных психолого-педагогических проблем. Сочетание неблагоприятных биологических, психологических, семейных, социальных и других факторов негативно влияет на образ жизни детей и подростков, вызывая, в частности, нарушение

эмоциональных отношений с окружающими людьми. Дать исчерпывающее определение всех существующих типов агрессии практически невозможно: любое из них неизбежно будет либо сужать, либо расширять границы понятия. Большинство определений агрессии совмещает в себе три разные точки зрения: позицию внешнего наблюдателя, позицию субъекта агрессии, то есть самого агрессора, и позицию объекта агрессии, то есть жертвы. Различают агрессию, как специфическую форму поведения, и агрессивность, как психическое свойство личности (Берковиц, 2001).

В последнее время тема агрессии приобретает особую актуальность в связи с ростом детской преступности, различных проявлений агрессивности, жестокости. Агрессивное поведение детей – это не просто тревожное явление, а весьма серьезная социальная, педагогическая и психологическая проблема. Агрессия, в какой бы форме она ни проявлялась, представляет собой поведение, направленное на причинение вреда или ущерба другому живому существу. Издревле человечество проявляло интерес к феномену агрессии. И в наше время агрессия является предметом активных научно-практических исследований.

Особенно тревожит тот факт, что агрессивные проявления у детей наблюдаются уже в начальной школе, от чего страдают и дети, и их учителя, и родители. Агрессивные проявления у детей являются одной из наиболее острых проблем не только для работников сферы образования, но и для общества в целом. Особенно важным является изучение агрессивности в младшем возрасте, когда эта черта находится в стадии своего становления и когда можно предпринять своевременные корректирующие меры.

В психологическом словаре В.Б. Шапаря агрессия – индивидуальное или коллективное поведение или действие, направленное на нанесение физического или психического вреда либо даже на уничтожение другого человека или группы (Шапарь, 2007).

Агрессивность, по Р.С. Немову, понимается как враждебность – поведение человека в отношении других людей, которое отличается стремлением причинить им неприятности, нанести вред.

Агрессия, как психическая реальность, имеет конкретные характеристики: направленность, формы проявления, интенсивность. Агрессия бывает направлена на внешние объекты (людей или предметы) или на себя (тело или личность). Особую опасность для общества представляет агрессия, направленная на других людей. А. Бандура и Р. Уолтере называют ее асоциальной агрессией и связывают с действиями социально-деструктивного характера, в результате которых может быть нанесен ущерб другой личности или имуществу, причем эти акты не обязательно должны быть наказуемы по закону.

Агрессия может выполнять такие важные для индивида функции, как отстаивание автономии, устранение источника угрозы или страдания, удаление препятствий на пути к удовлетворению потребностей, разрешение внутреннего конфликта, повышение самооценки. При этом агрессия может частично или полностью не осознаваться ее хозяином. Агрессивное поведение чаще всего понимается как мотивированные внешние действия, наущающие нормы и правила сосуществования, наносящие вред, причиняющие боль и страдания людям (Захарова, 2013).

Глубокие исследования природы человеческой агрессии, деструктивности содержатся в трудах выдающегося философа, психолога современности Э. Фромма.

Согласно Э.Фромму, механизм человеческой агрессивности лежит в специфически человеческих условиях существования.

Э. Фромм выделяет «доброкачественную» и «злокачественную» агрессивность. Доброкачественная агрессия имеет инстинктивную природу, т.е. является биологической адаптацией, способствующей поддержанию жизни, и возникает как реакция на угрозу. Названы следующие ее виды: псевдоагрессия (непреднамеренная агрессия, игровая агрессия, агрессия как самоутверждение) и оборонительная агрессия.

Важнейший вид псевдоагрессии Фромм приравнивает к самоутверждению как наступательной активности человека, необходимой для самореализации его личности.

Оборонительная агрессия может возникать как реакция защиты, сохранения своих ценностей, ценностных ориентаций, «объектов почитания», т.е. идеалов, объектов, к которым человек относится, как к святыне (родители, религия, родина и т.д.).

Раскрывая механизмы агрессивности, Э. Фромм называет в качестве одного из них потребность защиты собственной свободы и чести. Потребность в свободе у человека является достоянием культуры и формируется в процессе воспитания.

Клинические наблюдения за развитием детей свидетельствуют о том, что агрессивность ребенка может быть вызвана эмоциональными нарушениями. Это могут быть депрессия, страхи, тревожность. Но агрессивность может выступать и средством защиты и самоутверждения, протеста против неприемлемых условий и требований.

Таким образом, агрессивность можно рассматривать как средство защиты, самоутверждения протеста, стремление к независимости, также можно выделить конформистскую агрессию, доброкачественную агрессию, злокачественную агрессию.

Повышенная агрессивность детей является одной из наиболее острых проблем не только для педагогов и психологов, но и для общества в целом. На первый план выдвигается задача изучения психологических условий, вызывающих агрессивность.

В младшем школьном возрасте ребенок овладевает своим поведением. Он более точно, дифференцированно постигает нормы поведения, выработанные обществом. Путь развития агрессивных наклонностей и агрессивного поведения достаточно хорошо изучен – от мелких незаметных пакостей к большим и жестоким действиям.

Несмотря на то, что уровень агрессии у детей младшего школьного возраста ситуативно меняется, существуют и устойчивые, не меняющиеся с течением времени индивидуальные различия в склонности к агрессивному поведению. Сильная агрессия, сохраняющаяся дольше, чем несколько месяцев, часто является признаком устойчивого типа поведения.

Считается, что эмоция гнева и дает импульс агрессивному действию, как вербальному, так и физическому.

Мальчики чаще склонны к агрессивному поведению, чем девочки. Девочки знают больше конструктивных способов решения конфликтов.

В младшем школьном возрасте наблюдаются факты замещения объекта агрессии: перенесение агрессивных действий с одного лица на другое. Это объясняется специалистами с позиции теории смещенной агрессии Миллера, в основе которой лежит представление о переносе агрессии на другой объект.

Агрессивность у младших школьников вызывается не только дефицитом признания и любви, не только ожиданием наказания или воспоминанием о нем, но и активным стремлением ребенка устранить конфликтную ситуацию любыми средствами (Ениколопов, 2013).

Ведущий теоретик социального учения американский психолог А. Бандура считает, что дети усваивают агрессивную манеру поведения, наблюдая за действиями взрослых и отмечая последствия этих действий.

Известно, что агрессивное возбуждение и поведение нарастают в группах. Группы – сильнодействующие возбудители. То, что ребенок никогда бы не сделал один, в группе он может сделать и, скорее всего, сделает. Групповое давление относится не только к наиболее сильным, но и наиболее значимым.

Причины и виды агрессивности:

1. Естественная реакция на унижение и достоинства ребенка, постоянные насмешки, издевательства. Это вынужденная, ситуативная агрессивность, а не устойчивая пока еще черта характера.

2. Следствие ограничения свободы, самостоятельности, чрезмерной опеки, подавление взрослыми инициативы ребенка. Возникает агрессивная реакция ребенка.

3. Ярко выраженная направленность на других (экстраверсия) как черта характера. Такой ребенок не может жить, пока не выплеснет свои эмоции, чувства, переживания на других. Иногда его не хотят слушать, не принимают, и тогда его реакции приобретают форму приставания, даже насилия. Случай трудный, требуется консультация медиков.

4. Проявление Эдипова комплекса (направленность агрессии на взрослого одного с ребенком пола). Вспышки нечастые, но достаточно сильные, слабо контролируемые. Требуется консультация психиатра.

5. Проявление соперничества между детьми (в семье, классе, школе) с целью добиться превосходства. Весьма распространенный вид проявления агрессии. Корректируется педагогом, если правильно установлены причины.

6. Проявление комплекса неполноценности, стремление доказать другим свое преимущество.

Агрессивность и ее проявления нередко являются защитными реакциями ребенка в конфликтных ситуациях, стремлением утвердиться любой ценой. Использование агрессивных действий для самоутверждения и самореализации нередко встречается у детей.

Ряд исследований рассматривают агрессивное поведение как реакцию на агрессивные стимулы среды, которые создают негативные переживания либо осознаются как непринятые.

И.А. Фурманов выделяет четыре категории детей младшего школьного возраста с агрессивным поведением:

а) дети, склонные к проявлению физической агрессии. Установлено, что физическая агрессия преобладает у активных, деятельных, целеустремленных детей, которые отличаются смелостью, решительностью, склонностью к риску, бесцеремонностью, авантюризмом. Их экстравертированность подкрепляется лидерскими качествами, но при этом развиты садистические наклонности, плохой самоконтроль, отсутствие социализации влечений, потребность в острых переживаниях, импульсивность поведения.

б) дети, склонные к проявлению вербальной агрессии. Они отличаются выраженной психической неуравновешенностью, депрессивностью, фрустрационной толерантностью, повышенной чувствительностью к оценке их личности и действиям, неумением и нежеланием скрывать свои чувства и мысли, постоянным внутренним конфликтом, напряженностью и импульсивностью.

в) дети, склонные к проявлению косвенной агрессии. Они характеризуются чрезмерной импульсивностью, слабым самоконтролем, недостаточной социализацией влечений и низкой осознанностью собственных действий, негативизмом натуры.

г) дети, склонные к проявлению негативизма. Они отличаются «мимизоподобностью», ранимостью, впечатлительностью. Основными чертами личности являются эгоизм, самодовольство, завышенная самооценка, консерватизм.

Следовательно, в младшем школьном возрасте к агрессивным действиям чаще всего склонны мальчики, чем девочки.

Причинами агрессивности в младшем школьном возрасте могут выступать естественная реакция на унижение, следствие ограничения свободы, проявление соперничества между детьми, проявление комплекса неполноценности (Захарова, 2013).

Экспериментальное исследование проводилось на базе общеобразовательной школы № 9 г. Лесосибирска. В исследовании принимали участие 20 детей младшего школьного возраста (8-9 лет). Из них 11 мальчиков и 9 девочек. В качестве диагностических средств использованы методики: проективный тест «Рисунок несуществующего животного» и проективный тест «Дом – дерево – человек».

По результатам, полученным при проведении проективных методик, можно сделать вывод о том, что из 20 детей младшего школьного возраста два ребенка имеют высокий уровень агрессивности, что составляет 10 % от общего числа детей. Дети с высоким уровнем агрессивности, как правило, имеют повышенную внушаемость, склонность к подражанию. Им присуща эмоциональная грубость, озлобленность в отношении как сверстников, так и окружающих взрослых, негативно относятся к замечаниям, дерутся.

Также из числа респондентов 12 детей имеют средний уровень агрессивности, что составляет 60 % от общего числа детей. Дети со средним уровнем агрессивности отличаются тем, что они менее раздражительны, но также негативно относятся к замечаниям, поведение выражается в спонтанности и слабой способности к торможению.

Помимо этого, 6 детей имеют низкий уровень агрессивности, что составляет 30 % от общего числа детей. Это обусловлено спонтанной агрессией и сопряжено с неумением переключать агрессию на деятельность и неодушевленные объекты.

Анализируя данные исследования, можно сказать, что большинство детей младшего школьного возраста подвержено средней степени агрессивности. Это характеризуется раздражительностью, спонтанностью и слабой способностью к торможению.

Список литературы

1. Акимова Г.Е. Как помочь своему ребенку: Справочник для неравнодушных родителей. – Екатеренбург: У-Фактория, 2004. – 332 с.
2. Берковиц Л. Агрессия: Причины, последствия и контроль. – СПб., 2001. – 512 с.
3. Ениколопов С.Н. Агрессивность и неспособность понимать чужие эмоции // Психологическая наука и образование. – 2013. – Вып. 4. – С. 97-103.
4. Захарова Т.Г. Психологические особенности проявлений агрессивности в поведении детей младшего школьного возраста // Начальное образование. – 2013. – № 2. – С. 47-51.
5. Шапарь В.Б. Новейший психологический словарь. – Ростов н/Д.: Феникс, 2007. – 806 с.

ИЗУЧЕНИЕ КОНТИНИУМА РИГИДНОСТИ-ФЛЕКСИБИЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ КРАСГМУ И ПСИХОЛОГОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ВУЗЕ

Ю.Д. Жалнерчик

«Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Значимым условием, позволяющим человеку реализовывать имеющиеся возможности и способности, выступает такое общесистемное свойство личности, как психическая ригидность.

При низкой ригидности человек не испытывает страха перед новым, понимает необходимость самоизменения и готов к этим изменениям. По мнению Э.В. Галажинского, в обычных условиях человек может и не демонстрировать ригидного поведения, хотя нередко ригидность как состояние сочетается с ригидностью как чертой характера, а потому проявляется с исключительной силой и тотально (Галажинский Э.В., 2003).

В исследованиях Г.В. Залевского, отмечено, что на возраст 18-25 лет приходится «пик флексибильности» (противоположность ригидности), а лишь в дальнейшем ригидность начинает «ползти» вверх. Но его исследования касались в первую очередь изучения особенностей проявления ригидности в норме и патологии (при неврозах, шизофрении и т.д.). В.Е. Клочко, О.В. Лукьянов говорят о том, что люди, обладающие различными по степени выраженности свойствами и уровнями ригидности, отдают предпочтение разным жизненным средам, содержащим различные условия и возможности для процессов личностной и профессиональной самореализации (Клочко В.Е., Лукьянов О.В., 2009).

И.О. Логинова отмечает, что одним из факторов жизненного самоосуществления человека является соответствие внешних и внутренних факторов развития: внешняя организация делает систему либо открытой либо частично закрытой, изолированной, остающуюся как бы застывшей, в результате чего система может стать неспособной к полноценному личностному и профессиональному становлению, что может привести к распаду системы на составляющие элементы и исчезновению или патологической деформации личностного и профессионального мира человека, прежде всего это скажется на психологическом здоровье личности и успешности ее деятельности (Логинова И.О., 2010).

В настоящее время проблема изучения профессионально важных качеств педагогов-психологов актуальна, так как государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования предъявляет достаточно высокие квалификационные требования к выпускнику вуза по специальности «педагогика и психология».

Следует также отметить, что профессионально важные качества являются основными качествами в профессиональной деятельности: их наличие и развитие предопределяют успешность или неуспешность педагога-психолога в дальнейшей работе.

Не менее важной является и проблема прикладного характера: в современной практике вузовской подготовки педагогов-психологов не уделяется должного внимания формированию и развитию профессионально важных качеств (в частности, психической ригидности) у студентов специальности «педагогика и психология» как в теоретическом, так и практическом аспектах.

Профессия педагога-психолога и, в частности, клинического психолога относится к классу эвристических. Она предполагает профессиональную деятельность, которая связана с анализом, исследованиями и испытаниями, контролем и планированием, взаимодействием с другими людьми. Она требует высокой эрудиции, оригинальности мышления, стремления к развитию и постоянному обучению.

Исходя из вышеизложенного, изучение показателей ригидности у студентов, обучающихся на факультете психологии медицинского вуза, имеет особую актуальность.

С целью изучения ригидности у студентов-психологов медицинского и педагогического вуза нами было организованно и проведено исследование на базе Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого и КГПУ им. В.П. Астафьева. Выборка исследования представлена студентами 4-го курса факультета «клинической психологии» КрасГМУ им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого

и студентами 4-го курса, обучающимися по программе «Педагогика и психология» КГПУ им. В.П. Астафьева в количестве 40 человек (20 по каждому вузу). Средний возраст исследуемых 19-20 лет.

С целью исследования ригидности в качестве диагностического инструментария мы использовали Томский опросник ригидности (ТОР) Г.В. Залевского. Томский опросник ригидности (ТОР), созданный Г.В. Залевским и позволяющий оценить психическую ригидность как трудность в изменении программы поведения в целом или отдельных ее элементов в соответствии с требованиями изменяющейся ситуации (Залевский, 1999).

Использованный нами вариант ТОР состоит из 150 вопросов (утверждений), содержание которых отражает достаточно широко те ситуации, в которых от человека требуется изменить отдельные элементы программы своего поведения или в целом «под напором опыта» – образ жизни, стереотипы, отношения, установки, привычки, навыки, темп и ритм жизни и деятельности, средства достижения какой-либо цели, саму цель и т.д. Структурно ТОР состоит из 6 шкал: СКР (симптомокомплекс ригидности), АР (актуальная ригидность), СР (сенситивная ригидность), УР (установочная ригидность), РСО (ригидность как состояние), ПМР (преморбидная ригидность). В ТОР также включена шкала реальности (ШР), показывающая, исходит испытуемый в своих ответах из собственного опыта или только из предположений.

Рассмотрев в теоретическом аспекте профессионально важные качества психолога и непосредственно определив акцент на такой характеристике, как континуум «ригидность-флексибильность», мы делаем заключение о том, что способность легко отказываться от несоответствующих ситуации или задаче средств деятельности, приемов мышления, способов поведения и вырабатывать или принимать новые, оригинальные подходы к разрешению проблемной ситуации при неизменных целях и идейно-нравственных основаниях деятельности является одной из основополагающих характеристик профессионально важных качеств психолога.

На основании полученных данных и наблюдения можно сделать вывод о том, что исследуемые студенты характеризуются личностными особенностями различного уровня проявления: одни студенты склонны изменить присущие им фиксированные формы поведения, могут отойти от стереотипов в условиях учебной деятельности, другие не способны изменить свое мнение, отношение при объективной необходимости.

По данным наблюдения за исследуемыми, у которых выявлены очень высокие и высокие показатели по шкалам, мы можем сделать вывод, что эти студенты в учебе ориентируются на правила и предписания.

Они с удовольствием собирают информацию и аккуратно приводят ее в порядок. Студенты с высокой степенью ригидности предпочитают, чтобы за них думал преподаватель, давал им указания по поводу решения проблемных ситуаций и педагогических задач. Они учат то, что им предписывают, не предлагают ничего нового и не делают что-либо по-своему. В большей степени этим студентам нравятся занятия тех лекторов, которые любят, чтобы цитировали их мысли и на экзаменах отвечали четко по написанным лекциям. Кроме того, они предпочитают экзаменационные билеты с четко поставленной проблемой. Следует отметить, что студенты рассматриваемой группы относятся отрицательно к занятиям, на которых от них требуют выполнения творческих заданий, ставят в ситуацию публичных ответов.

Анализ полученных данных показывает, что по шкалам Томского опросника ригидности Г.В. Залевского (Залевский, 1999) обнаружено преобладание умеренного и высокого уровня ригидности по всем шкалам, но для исследуемых КГПУ характерны также и очень высокие показатели ригидности. Следовательно, исследуемые студенты педагогического вуза в большей степени склонны к ригидному поведению, подвержены стереотипизации собственного опыта в силу сформировавшихся фиксированных установок, но при этом некоторые из них обладают способностью при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку. Зачастую ситуации, непривычные для студентов, требующие каких-либо перемен, эмоционально переживаются как неприятные, дискомфортные.

Теоретический анализ понятий и эмпирические данные исследования позволили нам составить тренинг, направленный на снижение ригидности. Нами были использованы материалы из работ Э.В. Галажинского «Ригидность как общесистемное свойство человека и самореализация личности» (Галажинский, 2000) и Г.В. Залевского «Теория фиксированных форм поведения» (Залевский, 1999).

Список литературы

1. Галажинский Э.В. Ригидность как общесистемное свойство человека и самореализация личности / Э.В. Галажинский – М., 2000.
2. Залевский Г.В. Теории фиксированных форм поведения / Г.В. Залевский. – Томск: Том. ун-т, 1992. – 115 с.
3. Зеер Э.Ф. Психология профессий. – Екатеринбург, 1997.
4. Климов Е.А. Как выбирать профессию. – М., 1990.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ: МНОГОГРАННОСТЬ И МНОГОАСПЕКТНОСТЬ ПОНЯТИЙ

А.А. Замятина

Астраханский государственный университет

В условиях реализации концепции модернизации российского образования, введения федеральных государственных образовательных стандартов нового поколения центральным ориентиром в работе каждого образовательного учреждения становится сохранение психологического здоровья учащихся, формирование психологического благополучия и развития адаптационного потенциала личности.

Интересную мысль выразил американский бизнесмен Джон Гриллос: «Нас мало беспокоит прочность приобретаемых учащимися знаний в той или иной области, поскольку эти знания подвергаются изменениям каждый год и устаревают подчас раньше, чем учащиеся сумеют их усвоить. Гораздо важнее, чтобы в экономику приходили молодые люди, умеющие самостоятельно учиться работать с информацией, самостоятельно совершенствовать свои знания и умения в разных областях, приобретая, если окажется необходимым, новые знания, профессии, потому что именно этим им придется заниматься всю их сознательную жизнь» (Фадеев, 2007). Действительно, современное общество заинтересовано в том, чтобы его граждане были самостоятельны, стремились к самопознанию, саморазвитию, обладали мобильностью и могли гибко адаптироваться к изменяющимся условиям жизни.

Усиление интереса к проблематике адаптационного потенциала личности отмечается с конца 70-х – начала 80-х годов XX века. Во многих исследованиях авторы концентрируют свое внимание на изучении разных аспектов адаптационного потенциала.

По мнению С.Ю. Добряк, понятие «адаптационный потенциал» рассматривается в качестве синонимичного понятию «адаптивность» и привлекается для обозначения свойства, выражающего возможности личности к психической адаптации (Добряк, 2004).

С.Т. Посохова предполагает, что в адаптационном потенциале заложена латентность адаптационных способностей, своевременность и вектор реализации которых зависит от активности личности. По ее мнению, адаптационный потенциал целесообразно представлять как интегральное

образование, объединяющее в сложную систему социально-психологические, психические, биологические свойства и качества, актуализируемые личностью для создания и реализации новых программ поведения в измененных условиях жизнедеятельности (Посохова, 2001).

Следует обратить внимание на особенности адаптационного потенциала как интегрирующей характеристики психического здоровья, отмеченные Н.Л. Коноваловой. Психическая адаптивность оценивается при этом в качестве интегрального свойства личности как целостной системы и рассматривается как совокупность внутренних факторов, определяющих эффективность адаптационных изменений (Коновалова, 2000).

В свою очередь, И.И. Ашмарин рассматривает адаптационный потенциал как актуализацию адаптационных возможностей – необходимое условие устойчивого человеческого развития (Ашмарин, 1997).

Придерживаясь позиции А.М. Богомолова, важным представляется то, что потенциал адаптации не ограничивается только наличием свойства «выдержать» адаптационную нагрузку, сохранив целостность и устойчивость личности, адаптационный потенциал обеспечивает «готовность» личности к усложнению адаптационных задач, преобразованиям структуры и свойств адаптационного ответа для обеспечения гармоничных отношений со средой (Богомолов, 2008).

Обобщая предложенные авторами подходы к определению адаптационного потенциала, можно отметить, что адаптационный потенциал – это, прежде всего, системное свойство личности, которое обусловливает границы ее адаптационных возможностей и характер протекания адаптации личности в ответ на воздействие тех или иных факторов и условий среды.

В настоящее время в зарубежной и отечественной психологии учеными все чаще рассматривается проблема благополучия личности. Благополучие – это многофакторный конструкт, представляющий сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов (Куликов, 2000). Благополучие и чувство благополучия весьма значимы для любого человека, занимают центральное место в самосознании и всем субъективном (внутреннем) мире личности. Ощущение благополучия или неблагополучия является синтезом целого спектра переживаний. Если пропадает чувство удовлетворения, то возникают напряжение, скованность, телесные зажимы, эмоциональные застревания, появляется несогласованность в действиях и операциях, снижается креативность и в связи с этим эффективность функционирования в нестандартных деловых и житейских ситуациях. Затем начинают истощаться компенсаторные возможности или блокируется действие компенсаторных механизмов, организмические ресурсы

снижаются, и возникает то или иное расстройство. Многим психическим расстройствам и психосоматическим заболеваниям предшествуют снижение настроения, переживание неблагополучия, ограниченные эмоциональной сферой расстройства. Чем более устойчивы такие состояния, тем более вероятно, что из разряда обратимых функциональных расстройств, не лишающих трудоспособности и возможности жить полноценной жизнью, они перейдут в болезнь (Куликов, 2004). Поэтому благополучие выступает базовым феноменом здоровья человека. Не случайно понятие благополучия лежит в основе определения здоровья, зафиксированного в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения: «Здоровье – это не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов, но и состояние полного физического, психического и социального благополучия».

Вместе с тем западные ученые, представляющие HealthPsychology – специальную психологическую дисциплину, сфокусированную на проблемах здоровья (М. Мюррей, В. Эванс и др.), рассматривают понятие «здоровье» как благополучие в самом широком смысле – wellbeing. Wellbeing – это многофакторный конструкт, представляющий собой сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов. Этот сложный продукт – результат влияния генетической предрасположенности, среды и особенностей индивидуального развития (Божович, 1968).

На данный момент благополучие понимается как самостоятельный феномен, а не лишь как отсутствие неблагополучия. Исследования благополучия с различных методологических оснований закономерно приводят к неопределенности структуры включаемых в состав изучаемого явления аспектов. Наиболее логичной и полной является концепция К. Рифф. Она рассматривает благополучие не как эмоциональное переживание, а как объективную оснащенность необходимыми психологическими особенностями, позволяющими субъекту функционировать во всех отношениях более успешно, чем при их отсутствии.

К. Рифф выделила шесть основных компонентов психологического благополучия: самопринятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цель в жизни, личностный рост (Ryff, 1995).

Самопринятие отражает позитивную самооценку себя и своей жизни в целом, осознание и принятие не только своих положительных качеств, но и своих недостатков.

Противоположность самопринятия – чувство неудовлетворенности собой, характеризующееся неприятием определенных качеств своей личности, неудовлетворенности своим прошлым.

Позитивные отношения с окружающими – в этом случае подразумевается как умение сопереживать, так и способность быть открытым для общения, а также наличие навыков, помогающих устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми, кроме этого, данная характеристика включает в себя желание быть гибким во взаимодействии с окружающими, умение прийти к компромиссу. Отсутствие этого качества свидетельствует об одиночестве, неспособности устанавливать и поддерживать доверительные отношения, нежелании искать компромиссы, замкнутости.

Человек, обладающий высокой *автономией*, способен быть независимым, он не боится противопоставить свое мнение мнению большинства, может позволить себе не стандартное мышление и поведение, он оценивает себя исходя из собственных предпочтений. Отсутствие достаточного уровня автономии ведет к конформизму, излишней зависимости от мнения окружающих.

Управление окружающей средой подразумевает наличие качеств, которые обуславливают успешное овладение различными видами деятельности, способность добиваться желаемого, преодолевать трудности на пути реализации собственных целей, в случае недостатка этой характеристики наблюдается ощущение собственного бессилия, некомпетентности, присутствует неспособность что-то изменить или улучшить для того, чтобы добиться желаемого.

Наличие *жизненных целей* порождает чувство осмысленности существования, ценности того, что было в пошлом, происходит в настоящем и будет происходить в будущем. Отсутствие целей в жизни влечет ощущение бессмысленности, тоски, скуки.

Личностный рост предусматривает стремление развиваться, учиться и воспринимать новое, а также наличие ощущения собственного прогресса. Если личностный рост, по каким-то причинам невозможен, то следствием этого становиться чувство скуки, стагнации, отсутствие веры в свои способности к переменам, овладению новыми умениями и навыками, при этом уменьшается интерес к жизни.

К. Рифф уточняет, что каждый из шести компонентов может достигать разной степени выраженности, тем самым определяя его уникальную структуру и его интегральный показатель. Недостаток одного из компонентов при возможных невзгодах создает ситуацию уязвимости. С точки зрения К. Рифф, путь к восстановлению, выздоровлению и предупреждению негативных последствий в будущем лежит не столько в извлечении самих негативных симптомов, сколько в усилении позитивных характеристик.

Отечественные ученые П.П. Фесенко и Т.Д. Шевеленкова в своих работах, опираясь на идеи К. Рифф, понимают психологическое благополучие как достаточно сложное переживание человеком удовлетворенности собственной жизнью, отражающее одновременно как актуальные, так и потенциальные аспекты жизни личности (Шевеленкова, Фесенко, 2005). В связи с этим любое переживание человек сравнивает с имеющимся в его представлении идеалом.

Авторы вводят понятия «актуального» и «идеального».

Понятие «актуальное психологическое благополучие» характеризуется субъективной оценкой реализованности компонентов позитивного функционирования (выраженность стремления реализовать себя в поддержании позитивных отношений с окружающими, направленности на личностный рост и пр.) в реальной жизни личности.

Понятие «идеальное психологическое благополучие» выражает степень направленности личности на реализацию компонентов позитивного функционирования. Отсюда важным становится понимание того, что феномен психологического благополучия напрямую зависит от системы внутренних оценок самого носителя переживания и в первую очередь связан с субъективным отношением личности к жизни, самому себе.

Интегративный подход к психологическому благополучию представлен в работах отечественного психолога А.В. Ворониной. Она конкретизирует данное понятие, и, с ее точки зрения, психологическое благополучие – это системное качество человека, обретаемое им в процессе жизнедеятельности на основе психофизиологической сохранности функций и проявляющееся у субъекта в переживании содержательной наполненности и ценности жизни в целом как средства достижения внутренних социально ориентированных целей. Оно является условием реализации его потенциальных возможностей и способностей человека (Воронина, 2002).

У многих исследователей встает вопрос: «А можно ли достичь психологического благополучия?» Отвечая на этот вопрос, Р.М. Шаминов указывает, что это возможно (Шаминов, 2008). Безусловно, не вызывает сомнения, что достичь благополучия раз и навсегда невозможно. Достижение и поддержание – это постоянное балансирование на грани потребного и реального, постоянный процесс гармоничной интеграции с окружающей действительностью, нахождение в состоянии равновесия.

Понятие «психологическое благополучие» близко связано с таким понятиям, как «психологическое здоровье», но в малой степени связано с понятием «психическое здоровье». Как пишет П.П. Фесенко: «В отличие

от понятий «психическое здоровье» и «качество жизни» психологическое благополучие напрямую не связано с наличием или отсутствием каких-либо психических или соматических недугов. От концепций позитивного психического здоровья представления о психологическом благополучии отличны интересом не только к самоактуализационным аспектам, но и к тому, каким образом они воспринимаются самой личностью, заострением внимания на переживании человеком счастья и удовлетворенностью самим собой и своим окружением» (Фесенко, 2005).

С точки зрения известного отечественного психолога И.В. Дубровиной, термин «психологическое здоровье» позволяет выделить собственно психологический (в отличие от медицинского, социального, философского и др.) аспект проблемы психического здоровья. Психологический аспект психического здоровья предполагает внимание к внутреннему миру человека: его уверенности или неуверенности в себе и своих силах; пониманию им своих собственных способностей, интересов; его отношениям к другим людям, окружающему миру, происходящим общественным событиям, жизни как таковой и пр. Психологическое здоровье, отмечает исследователь, позволяет личности стать постепенно самодостаточной, когда она все больше ориентируется в своем поведении и отношениях не только на извне задаваемые нормы, но и на внутренние осознанные самоориентиры (Дубровина, 2000).

Определяя различие между категориями психического и психологического здоровья, И.В. Дубровина отмечает, что если термин «психическое здоровье» имеет отношение, прежде всего, к отдельным психическим процессам и механизмам, то термин «психологическое здоровье» характеризует личность в целом и находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа: «Психологическое здоровье включает в себя не только здоровье психическое, основу которого составляет полноценное психическое развитие ребенка на всех этапах онтогенеза, но и душевный комфорт, основу которого обеспечивает духовное развитие каждого ребенка».

С точки зрения О.В. Хухлаевой, «психологическое здоровье представляет собой динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентацииличностина выполнение своей жизненной задачи» (Хухлаева, 2002).

Выполняя жизненную задачу (то есть то, что необходимо сделать для окружающих конкретному человеку с его способностями и возможностями), человек чувствует себя счастливым, в противном же случае – глубоко несчастным. Ключевым словом для описания психологического

здоровья, по ее мнению, является слово «гармония», или «баланс». Прежде всего, это гармония (не как статическое состояние, а как процесс) между различными составляющими человека: эмоциональными и интеллектуальными, телесными и психическими и т.п.; а также между человеком и окружающими людьми, природой, космосом.

Мы предполагаем, что психологическое благополучие напрямую зависит от состояния психологического здоровья человека. Связь психологического здоровья с благополучием подчеркивает В.Э. Пахальян, он определяет психологическое здоровье как «динамическое состояние внутреннего благополучия (согласованности) личности, которое составляет ее сущность и позволяет актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности на любом этапе развития» (Пахальян, 2006).

Также с понятием благополучия психологическое здоровье связывает и Р.М. Хусаинова. Под психологическим здоровьем, с ее точки зрения, следует понимать интегральную характеристику личностного благополучия, включающую когнитивно-оценочный компонент биологического, психологического, социального уровней его проявления, где исключительная роль отводится высшим психологическим образованиям, выполняющим функции организации, регуляции, обеспечения целостности жизненного пути (Хусаинова, 2006).

Раскрыв многогранность и многоаспектность изучаемых нами понятий, мы считаем, что в современных условиях образования стоит обратить внимание на изучение взаимосвязи адаптационного потенциала, психологического благополучия и психологического здоровья личности с целью развития и самоактуализации личности в будущем.

Список литературы

1. Ryff C.D. Psychological well-being in adult life // Current Directions in Psychological Science. – 1995. – № 4.
2. Авдеева Н.Н., Ашмарин И.И., Степанова Г.Б. Человеческий потенциал России: факторы риска // Человек. – 1997. – № 1.
3. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М.: Просвещение, 1968. – 464 с.
4. Воронина А.В. Оценка психологического благополучия школьников в системе профилактической и коррекционной работы психологической службы: Автореф. дис. … канд. психол. наук. – Томск: ТГУ, 2002.
5. Добряк С.Ю. Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в военном вузе: Автореф. дис. … канд. психол. наук. – СПб., 2004.
6. Дубровина И.В. Психологическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / И.В. Дубровина. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 176 с.

7. Клочко В.Е. Становление многомерного мира человека как сущность онтогенеза // Сибирский психол. журнал. – Томск, 1998. – Вып. 8-9. – С. 7-15.
8. Коновалова Н.Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников. – СПб.: С.-Петерб. ун-т, 2000.
9. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики. – СПб.: Питер, 2004. – 464 с.
10. Куликов Л.В. Здоровье и субъективное благополучие // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2000. – С. 33-45.
11. Пахальян В.Э. Развитие и психологическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст. – СПб.: Питер, 2006. – 240 с.
12. Посохова С.Т. Психология адаптирующейся личности / С.Т. Посохова. – СПб.: РГПУ им. Герцена, 2001.
13. Фадеев С.В. О вопросе применения компьютера в обучении ИЯ. – М.: Знание, 2007.
14. Фесенко П.П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности: Дис. … канд. психол. наук / П.П. Фесенко. – М., 2005.
15. Хусаинова Р.М. Зависимость психологического здоровья учителя от возраста и стажа педагогической деятельности: Автореф. дис. … канд. психол. наук. – Казань, 2006. – 24 с.
16. Хухлаева О.В. На пороге новых возможностей (психолого-педагогические условия сохранения психологического здоровья подростков) // Школьный психолог. – 2002. – № 34. – С. 12-16.
17. Шамионов Р.М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы. – Саратов: Сарат. ун-т, 2008.
18. Шевеленкова Т.Д. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) / Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3.

ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛЮДЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДИАГНОЗ «ТУБЕРКУЛЕЗ»

Н.А. Золотарева

«Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

В современном обществе возросло количество людей, имеющих онкологические заболевания. И не многие из людей, столкнувшихся с этим заболеванием, способны бороться с болезнью. Многие не могут также осознать перспективу дальнейшей жизни с этим заболеванием.

Жизненная стойкость личности – это интегральная характеристика человека, позволяющая сопротивляться негативным влияниям среды, эффективно преодолевать жизненные трудности, трансформируя их в ситуации развития. Компоненты жизненной стойкости не только

детерминируют характер личностной реакции на внешние стрессовые и фрустрирующие обстоятельства, но и позволяют эти обстоятельства обратить в возможности самосовершенствования (Джидарьян, Антонов, 1995).

Жизнестойкость представляет собой систему представлений о себе, о мире, об отношениях с миром. Это диспозиция, включающая в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых.

Компоненты жизнестойкости развиваются в детстве и отчасти в подростковом возрасте, хотя их можно развивать и позднее. Их развитие решающим образом зависит от отношений родителей с ребенком. В частности, для развития компонента участия принципиально важно принятие и поддержка, любовь и одобрение со стороны родителей. Для развития компонента контроля важна поддержка инициативы ребенка, его стремления справляться с задачами все возрастающей сложности на грани своих возможностей. Для развития принятия риска важно богатство впечатлений, изменчивость и неоднородность среды.

С. Мадди подчеркивает важность выраженности всех трех компонентов для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессогенных условиях. Можно говорить как об индивидуальных различиях каждого из трех компонентов в составе жизнестойкости, так и о необходимости их согласованности между собой и с общей (суммарной) мерой жизнестойкости (Леонтьев, 1995).

Способы поведения в трудных жизненных ситуациях имеют индивидуальный характер и у взрослого человека становятся устойчивыми личностными образованиями, основу которых составляют психологические механизмы самоконтроля и саморегуляции.

В отечественной психологии проблема жизненных ситуаций и особо трудных и экстремальных жизненных ситуаций разрабатывается многими авторами, опирающимися на такие понятия, как копинг-стратегии, стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями, посттравматическое стрессовое расстройство: это Ф.Е. Василюк, Ц.П. Короленко, В. Лебедев, М.Ш. Магомед-Эминов, К. Муздыбаев, Н.Н. Пуховский, М.М. Решетников, Н.В. Тарабрина и другие. Но данная проблематика по большей части рассматривается в направлении профилактики психических нарушений, возникающих в результате воздействия экстремальных факторов (Джидарьян, Антонова, 1995).

Туберкулез – тяжелое хроническое инфекционное заболевание, совсем недавно уносившее многие сотни и тысячи жизней. Развитие медицины и появление противотуберкулезных препаратов открыли широкие возможности для лечения этого заболевания.

В большинстве случаев больные правильно воспринимают факт болезни, несмотря на более или менее выраженную психогенную реакцию, принимают необходимое лечение. Иногда наблюдается полное отрицание болезни. Такие больные представляют большие сложности, так как отказываются от обследования и лечения, не соблюдают санитарно-гигиенических правил и могут стать источником заражения своих близких (Леонтьев, 2002).

Большое количество исследователей рассматривает жизнестойкость в связи с проблемами преодоления стресса, адаптации-дезадаптации в обществе, физическим, психическим и социальным здоровьем. Сам С. Мадди рассматривает открытый им феномен гораздо шире, включая его в контекст социальной экологии, считая, что это качество является основой жизнестойкости не только индивидуальной, но и организационной. Развитие личностных установок, включаемых им в понятие «жизнестойкость», могло бы стать основой для более позитивного мироощущения человека, повышения качества жизни, превратить препятствия и стрессы в источник роста и развития. А главное, это тот фактор, внутренний ресурс, который подвластен самому человеку, это то, что он может изменить и переосмыслить, то, что способствует поддержанию физического, психического и социального здоровья, установка, которая придает жизни ценность и смысл в любых обстоятельствах. С нашей точки зрения, речь в изложенных концепциях идет не о разных подходах к проблеме психологической устойчивости и жизнестойкости человека, а о разных уровнях анализа этого процесса: от адаптации к самодетерминации и реализации своего жизненного предназначения.

Цели и задачи реабилитации лиц, больных туберкулезом, практически не отличаются от общепринятых на сегодняшний день целей и задач в психологии развития личности. Но, учитывая, что личность, больная туберкулезом и перенесенная болезнь, в процессе совершенствования подвержена влиянию различных видов депривации, необходимо выстроить программу психологической реабилитации таким образом, чтобы охватить основополагающие аспекты этой личности и направить реабилитационное воздействие на позитивное развитие ее когнитивной, эмоциональной и конативной (поведенческой) сфер.

Цель разработанного нами тренинга – развитие и формирование компонентов жизнестойкости.

Вовлеченность (commitment) определяется как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности». Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности. В противоположность этому отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни.

Контроль (control) представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Противоположность этому – ощущение собственной беспомощности. Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь.

Принятие риска (challenge) – убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, неважно, позитивного или негативного. Человек, рассматривающий жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности обедняющим жизнь личности. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование.

Задачи, решаемые на тренинге:

1. Развитие способности к самопознанию личности.
2. Осознание участниками тренинга собственных мотивов достижения целей.
3. Проработка проблемы защитных механизмов психики.
4. Формирование позитивного мышления.

В результате проведения диагностики мы получили следующие результаты.

На основе результатов исследования мы выделили контрольную и экспериментальную группу. Экспериментальную группу составили исследуемые с показателями ниже, чем у контрольной. С ними был организован тренинг.

В ходе анализа результатов повторной диагностики выявлено следующее по шкале «Вовлеченность» можно констатировать, что высокие баллы выявлены у 40 % исследуемых, что свидетельствует о том, что человек получает удовольствие от собственной деятельности. И это дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности. Для 20 % характерны низкие показатели. Это характеризует отсутствие удовольствия в собственной деятельности, что порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни.

По данным шкалы «Контроль», мы можем констатировать, что для 60 % исследуемых, у которых выявлены средние баллы, характерно то, что они способны повлиять на результаты и само течение стрессогенных ситуаций. В исследуемой нами выборке для 40 % исследуемых, у которых выявлены высокие баллы, и для них свойственна убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован.

Результаты исследования по шкале «Принятие риска» свидетельствуют о том, что для 40 % исследуемых характерны средние баллы. Они рассматривают жизнь как способ приобретения опыта, готовы действовать в отсутствии надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности обедняющим их жизнь. Исследуемых, для которых характерны высокие баллы, выявлено 60 %, это говорит о том, что все, что с ним и случается, способствует их развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, неважно, позитивного или негативного.

Для определения статистической достоверности различий между данными выборок нами был проведен расчет t-критерия Стьюдента. Полученное эмпирическое значение t по шкале «Жизнестойкость» (2,7) находится в не зоне значимости (t кр.=2,78; $p < 0,05$), что свидетельствует о статистической недостоверности различий между выборками. Значение t по шкале «Вовлеченность» (2,3) находится в зоне незначимости (t кр.=2,78; $p < 0,05$), что говорит о статистической недостоверности различий между выборками. Полученное значение t по шкале «Контроль» (2,7) находится в зоне значимости (t кр.= 2,78; $p < 0,05$), что свидетельствует о статистической незначимости. Эмпирическое значение t по шкале «Принятие риска» (1,5) находится в зоне значимости (t кр.=2,78; $p < 0,05$), что свидетельствует о статистической незначительности. На основании результатов статистической обработки мы можем прийти к заключению о том, что даже при повышении процентного соотношения результатов исследования у исследуемых экспериментальной группы статистический анализ выявляет незначимость различий между показателями первичной и повторной диагностик. Данный факт может свидетельствовать о том, что для формирования компонентов жизнестойкости необходимо проводить организованную, планомерно реализуемую коррекционно-профилактическую работу (о чем свидетельствуют имеющиеся в науке результаты исследований. Например, в диссертационном исследовании М.И. Логиновой «психологическое содержание жизнестойкости личности студентов» определена эффективность реализуемого тренинга, направленного на формирование компонентов жизнестойкости, который проводился на протяжении четырех месяцев). Мы считаем

позитивным результатом проведения тренинговой работы увеличение процентного соотношения средних и высоких показателей жизнестойкости у онкологических больных.

Список литературы

1. Джидарьян И.А., Антонова Е.В. Проблема общей удовлетворенности жизнью: теоретическое и эмпирическое исследование // Сознание личности в кризисном обществе. – М., 995. – С. 76-94.
2. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации / Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 1 / Под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. – 325 с.
3. Леонтьев Д.А. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
4. Линч М. Базовые потребности и субъективное благополучие с точки зрения теории самодетерминации / Психология. Журнал высшей школы экономики. – Том 1. – № 3. – 2004. – С. 137-142.
5. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение // Психологический журнал. – 2003. – Том 24. – № 6. – С. 27-36.
6. Шевеленкова Т.Д. Исследование личностного способа существования человека в современном мире (опыт гуманистического направления в зарубежной психологии) // Психология личности в условиях социальных изменений – М., Институт психологии РАН, 1993. – С. 21-37.

СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ЧЕРТА, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ УСПЕШНОСТЬ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОДРОСТКОВ

А.В. Измайлова

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

Психология интеллекта в нашей стране долгое время не исследовалась учеными. Интеллект отождествлялся с мышлением и не рассматривался как единая когнитивная система, тем более – в качестве общей способности. Интеграция отечественной психологии с мировой, происходящая в последние годы, коснулась и психологии интеллекта. Причем решающую роль в этом сыграли психодиагносты.

В общем виде интеллект – это качество психики, состоящее из способности адаптироваться к новым ситуациям, способности к обучению на основе опыта, пониманию и применению абстрактных концепций и использованию своих знаний для управления окружающей средой. Общая способность к познанию и решению трудностей, которая объединяет все познавательные способности человека: ощущение, восприятие, память, представление, мышление, воображение.

В отечественной психологии понятие «социальный интеллект» было рассмотрено рядом исследователей. Одной из первых этот термин описала М.И. Бобнева. Она определяла его в системе социального развития личности. По ее мнению, механизмом формирования личности выступает процесс социализации. Как отмечает автор, существует как минимум два толкования этого понятия. В широком смысле слова термин «социализация» используется для обозначения процесса, в ходе которого человеческое существо с определенными биологическими задатками приобретает качества, необходимые ему для жизнедеятельности в обществе. Теория социализации призвана установить, под влиянием каких социальных факторов образуются те или иные особенности личности, механизм этого процесса и его последствия для общества. Из этого толкования следует, что индивидуальность не предпосылка социализации, а ее результат (Бобнева, 1978).

Второе, более специальное определение термина используется в социологии и социальной психологии. Социализация как процесс, обеспечивающий включение человека в ту или иную социальную группу или общность. Формирование человека как представителя данной группы, т.е. носителя ее ценностей норм установок, ориентаций и т.п., предполагает выработку у него необходимых для этого свойств и способностей.

Принимая во внимание наличие указанных значений, М.И. Бобнева отмечает, что только социализация не обеспечивает целостного формирование человека. И далее определяет важнейшей закономерностью процесса социального развития личности наличие в нем двух противоположных тенденций – типизация и индивидуализация. Далее в своем рассуждении М.И. Бобнева останавливается на второй тенденции – индивидуализации. Она отмечает, что любой процесс развития человека, в том числе и социального – это всегда процесс его индивидуального развития в рамках, в контексте, в условиях общества, социальной группы, социальных контактов, общения. Таким образом, формирование человека является результатом сложного сочетания процессов социализации и индивидуального социального развития личности. Последнее автор связывает с социальным научением и в качестве примера ссылается на работы Д.Б. Эльконина, который выделял две формы развития ребенка: 1) усвоение предметных знаний и навыков предметных действий и деятельности, формирование психических свойств и способностей, связанных с таким обучением и развитием и т.п.; 2) освоение ребенком социальных условий его существования, овладение в игре социальными отношениями, ролями, нормами, мотивами, оценками, одобряемыми средствами деятельности, принятыми формами поведения и отношений в коллективе (Бобнева, 1978).

М.И. Бобнева определяет наличие особой потребности у формирующейся личности – потребность в социальном опыте. Эта потребность может искать выход в стихийном поиске в виде неорганизованных, неуправляемых поступков и действий, но может быть реализована и в специально созданных условиях. Т.е. существуют и необходимы для полноценного развития личности две формы приобретения социального опыта – и организованное социальное научение, и стихийная практика социальных взаимодействий, обеспечивающая спонтанное и активное развитие личности. Т.о., важнейшей задачей прикладной социальной психологии личности и психологии воспитания, как замечает исследователь, является поиск оптимальных форм сочетания обоих видов социального научения и выявления их специфических закономерностей.

Социально-психологическое развитие личности предполагает формирование способностей и свойств, обеспечивающих ее социальную адекватность (на практике выделяют адекватное поведение человека в условиях макро- и микросоциальной среды). Такими важнейшими способностями выступают социальное воображение и социальный интеллект. Под первым понимается способность человека помещать себя в реальный социальный контекст и намечать свою линию поведения в соответствии с таким «воображением». Социальный интеллект – это способность усматривать и улавливать сложные отношения и зависимости в социальной сфере. М.И. Бобнева считает, что социальный интеллект следует расценивать как особую способность человека, формирующуюся в процессе его деятельности в социальной сфере, в сфере общения и социальных взаимодействий. И принципиально важно, подчеркивает автор, что уровень «общего» интеллектуального развития не связан однозначно с уровнем социального интеллекта. Высокий интеллектуальный уровень является лишь необходимым, но не достаточным условием собственно социального развития личности. Он может благоприятствовать социальному развитию, но не замещать и не обуславливать его. Более того, высокий интеллект может полностью обесцениваться социальной слепотой человека, социальной неадекватностью его поведения, его установок и т.д. (Бобнева, 1978).

Достаточно интересный взгляд на природу социального интеллекта отмечен в работе О.В. Луневой. Она описывает социальный интеллект как способность добиваться успеха в межличностных ситуациях, способность управлять мужчинами и женщинами, мальчиками и девочками – вести себя мудро в человеческих взаимоотношениях. В соответствии с достаточно широким толкованием автора социальный, интеллект – это:

– способность ладить с другими людьми в целом;

– обладание комплексом социальных методов, позволяющих человеку держать себя свободно и непринужденно в обществе других людей;
– чувствительность к стимулам, исходящим от других членов социальной группы;
– умение понять и проникнуть в настроение незнакомых людей, их личностные характеристики.

Другой отечественный исследователь, Ю.Н. Емельянов, изучал социальный интеллект в рамках практической психологической деятельности – повышение коммуникативной компетентности индивида с помощью активного социально-психологического обучения. Определяя социальный интеллект, он пишет: «Сферу возможностей субъект-субъектного познания индивида можно назвать его социальным интеллектом, понимая под этим устойчивую, основанную на специфике мыслительных процессов, аффективного реагирования и социального опыта способность понимать самого себя, а также других людей, их взаимоотношения и прогнозировать межличностные события» (Емельянов, 1985). Автор предлагает термин «коммуникативная компетенция», схожий с понятием социальный интеллект. Коммуникативная компетенция формируется благодаря интериоризации социальных контекстов. Это процесс бесконечный и постоянный. Он имеет вектор от интер- к интра-, от актуальных межличностных событий к результатам осознания этих событий, которые закрепляются в когнитивных структурах психики в виде умений и навыков. Эмпатия является основой сенситивности – особой чувствительности к психическим состояниям других, их стремлениям, ценностям и целям, которая в свою очередь формирует социальный интеллект. Ученый подчеркивает, что с годами эмпатическая способность тускнеет, вытесняется символическими средствами представленности. Т.е. социальный интеллект выступает относительно независимым праксеологическим образованием. На основе анализа литературы можно выделить следующие источники развития социального интеллекта:

– жизненный опыт – ему принадлежит ведущая роль в развитии коммуникативной компетенции. Важен опыт межличностного общения. Выделяют следующие его характеристики:

1) он социален, включает интериоризированные нормы и ценности конкретной общественной среды;

2) он индивидуален, т.к. основывается на индивидуальных особенностях и психологических событиях личной жизни.

– искусство – эстетическая деятельность двусторонне обогащает человека: и в роли творца, и в роли воспринимающего произведения искусства. Оно способствует развитию коммуникативных умений.

Общая эрудиция – это запас достоверных и систематизированных гуманитарных знаний, относящиеся к истории и культуре человеческого общения, которыми располагает данный индивид.

– научные методы предполагают интеграцию всех источников коммуникативной компетенции, открывают возможность описания, концептуализации, объяснения и прогноза межличностного взаимодействия с последующей разработкой практических средств повышения коммуникативной компетенции на уровне индивида, групп и коллективов, а также всего общества.

А.Л. Южанинова выделяет социальный интеллект как третью характеристику интеллектуальной структуры в дополнение к практическому и логическому интеллекту. Последние отражают сферу субъект-объектных отношений, а социальный интеллект – субъект-субъектных. Она рассматривает социальный интеллект как особую социальную способность в трех измерениях: социально-перцептивных способностей, социального воображения и социальной техники общения. Социально-перцептивные способности – это такое целостно-личностное образование, которое обеспечивает возможность адекватного отражения индивидуальных, личностных свойств реципиента, особенностей протекания его психических процессов и проявления эмоциональной сферы, а также точность в понимании характера отношений реципиента с окружающими. С другой стороны, учитывая связь рефлексивных процессов с социально-перцептивными, следует дополнить психологическое содержание данного феномена способностью самопознания (осознание своих индивидуально-личностных свойств, мотивов поведения и характера восприятия себя другими).

Опираясь на результаты проведенных исследований как за рубежом, так и в нашей стране, со всей очевидностью можно утверждать, что основным фактором, влияющим на достижение успеха в жизни и деятельности человека, является социальный интеллект. Чем выше уровень его развития, тем больше у человека шансов занять более выигрышные позиции в социальной среде и сделать карьеру в любой сфере. Основными факторами успеха в ситуациях, где требуется общение и взаимодействие с другими людьми, являются способности человека правильно понимать самого себя, поведение других людей, ситуации взаимодействия между людьми и использовать это понимание для выстраивания плодотворных взаимоотношений.

Социальный интеллект обеспечивает понимание поступков и действий людей, понимание речевой продукции человека, а также его невербальных

реакций (мимики, поз, жестов). Он является когнитивной составляющей коммуникативных способностей личности и профессионально важным качеством в профессиях типа «человек – человек», а также некоторых профессиях «человек – художественный образ». В онтогенезе социальный интеллект развивается позднее, чем эмоциональная составляющая коммуникативных способностей – эмпатия. Его формирование стимулируется началом школьного обучения. Феномен социального интеллекта представляет собой достаточно новый предмет исследования как для отечественной, так и для зарубежной психологии.

В зарубежной психологии термин «социальный интеллект» был введен Э. Торндайком.

По мнению Г. Айзенка, социальный интеллект гораздо шире, чем биологический, мало от него зависим и является результатом развития общего интеллекта под влиянием социокультурных условий, другими словами, это способность индивида использовать психометрический интеллект в целях адаптации к требованиям общества (Айзенк, 1995).

Г. Оллпорт связывал социальный интеллект со способностью высказывать быстрые, почти автоматические суждения о людях, прогнозировать наиболее вероятные реакции человека. По его мнению, «социальный интеллект» представляет собой «особый дар» сохранения тонкого равновесия поведения и обеспечивающий гладкость в отношении с людьми, но его продуктом является не глубина понимания, а социальное приспособление, проявляющееся через способности прогнозирования вероятных реакций другого человека и высказывания быстрых, автоматических суждении о людях.

Новые методические разработки в области социального интеллекта принадлежат М. Форду и М. Тисак. Они определили социальный интеллект как группу ментальных способностей, связанных с обработкой социальной информации для успешного решения проблемных ситуации.

Ю.Н. Емельянов под социальным интеллектом понимал устойчивую, основанную на специфике мыслительных процессов, аффективного реагирования и социального опыта способность понимать самого себя, других людей, их взаимоотношения и прогнозировать межличностные события (Емельянов, 1985).

Кудрявцева Н.А. под социальным интеллектом понимает как способность к рациональным, мыслительным операциям, объектом которых являются процессы межличностного взаимодействия (Кудрявцева, 1995).

На наш взгляд, именно подростковый период наиболее сензитивен для выработки новых стилей взаимодействия с самим собой и социумом. В подростковом возрасте происходит переход от характерного для детства типа отношений взрослого и ребенка к качественно новому, специфическому для общения взрослых людей. Прорываясь к взрослости, подросток обнаруживает различия в самом себе и начинает отделять отношение к себе как к ребенку и отношение к себе как взрослому. В этот период происходит осознание и завоевание подростком своего места в широких социальных отношениях и взаимодействиях. Особое значение имеет развитие социального интеллекта в период становления личности.

Для развития человека важен каждый возраст. И все же подростковый возраст занимает особое место в психологии. Главное содержание подросткового возраста представляет его переход от детства к взрослости. Все стороны развития подвергаются качественной перестройке, возникают и формируются новые психологические новообразования, закладываются основы сознательного поведения, формируются социальные установки (Кудинова, 2007).

В подростковом возрасте рефлексивность является решающим условием в формировании социального интеллекта. Рефлексивность обеспечивает связь с социальной средой. Она проявляется в осознании человеком того, как он воспринимается другими, как «деятельность самопознания внутреннего строения духовного мира. Способность понимать себя и других людей, их взаимоотношения, умение прогнозировать межличностные события на основе индивидуальных мыслительных процессов обеспечивается рефлексивностью» (Лужбина, 2002).

Социальный интеллект позволяет самому ребенку оценивать собственные достоинства и недостатки, соотносить свои поступки с требованиями оформившихся у него нравственных и профессиональных норм, а также является необходимым условием эффективного межличностного взаимодействия и успешной социальной адаптации личности (Калиновская, 2011).

С целью изучения социального интеллекта у подростков нами было организовано и проведено экспериментальное исследование на базе МБОУ «Гимназия» г. Лесосибирска в ноябре-декабре 2013 г. Выборка исследования представлена учащимися 7-го класса в количестве 25 чел. В качестве диагностического инструментария нами использовалась следующая методика – «Методика исследования социального интеллекта» в адаптации Е.С. Михайловой-Алешиной.

В ходе проведенного нами исследования были получены следующие результаты: высокий уровень развития социального интеллекта выявлен у двух учащихся (8 %). Такие подростки отличаются наличием способности извлечь максимум информации о поведении людей, понимать язык невербального общения, высказывать быстрые и точные суждения о людях, успешно прогнозировать их реакции в заданных обстоятельствах.

Кроме того, для 84 % детей характерен средний уровень развития социального интеллекта. Эти подростки в некоторой степени способны путем логических рассуждений уяснить мотивы поведения людей. У 8 % подростков выявлен низкий уровень развития социального интеллекта. Данные дети могут испытывать трудности в понимании и прогнозировании поведения людей, что усложняет их взаимоотношения.

Исходя из полученных результатов, мы пришли к выводу, что с большей частью детей, участвовавших в первичном диагностическом обследовании, необходимо проведение специально организованной развивающей работы.

Таким образом, социальный интеллект подростков способствует общению с другими людьми, дает возможность и вне непосредственного взаимодействия с ними решать задачи, где непременным условием достижения нужного результата выступает учет человеческого фактора. От того, на сколько высока степень развитости социального интеллекта, зависит степень успешности социального взаимодействия подростков.

Список литературы

1. Айзенк Г.Ю. Интеллект: новый взгляд / Г.Ю. Айзенк // Вопросы психологии. – 1995. – № 1. – С. 111-131.
2. Бобнева М.И. Социальные нормы и регуляция поведения. – М.: Просвещение, 1978. – 311 с.
3. Емельянов Ю.Н. Активное социально-психологическое обучение / Ю.Н. Емельянов. – Л.: ЛГУ, 1985. – С. 7-27.
4. Калиновская М.А. Особенности социального интеллекта и выбора стратегий поведения подростков / М.А. Калиновская // Молодой ученый. – 2011. – № 3. – С. 88-91.
5. Кудинова И.Б. Социальный интеллект как предмет исследования. – М.: Психология, 2007. – 201 с.
6. Кудрявцева Н.А. Единство интеллекта: научный отчет / Н.А. Кудрявцева. – СПб.: СПбГУ, 1995. – 222 с.
7. Лужбина М.А. Социальный интеллект как системообразующий фактор психологической культуры личности: Диссертация кан. психол. наук. 2002. – 170 с.

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ВУЗА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Т.В. Карабутина

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

Проблема социально-педагогического сопровождения адаптации студентов к высшему учебному заведению является одной из актуальных для современной науки и образовательной практики.

Существуют различные понятие термина «адаптация». Большая психологическая энциклопедия дает такое определение: адаптация – состояние динамического соответствия, равновесия между живой системой (человеком) и внешней средой. Способность живого организма приспосабливаться к изменениям окружающей среды, внешних (внутренних) условий существования путем сохранения и поддерживания физического гомеостаза.

Понятие «адаптация» возникло в XIX в. и использовалось вначале в биологии. Затем это понятие стали применять не только к различным сторонам жизнедеятельности организмов, но и к личности человека (Андреева,1985).

Прикладные аспекты проблемы социально-психологической адаптации разрабатываются многими учеными по целому ряду направлений: адаптация личности в различных группах и коллективах (Георгиева, 1985; Свиридов, 1974; Таранов, 1976, Ходакт 1976, Хохлот, 1981 и др.); в различных сферах учебной деятельности (Гапонова, 1994, Руденскип, 1998 и др.), трудовой деятельности (Жмыриков, 1989, Прохватилов, Шалыто, 1989 и др.) (Гриценко, 2014).

В психологии выделяют три вида адаптации: внутренняя, внешняя и смешанная.

Внутренняя адаптация проявляется в форме перестройки функциональных структур и систем личности при определенной трансформации и среды ее жизнедеятельности. И внешние формы поведения, и деятельность личности видоизменяется и приходят в соответствие с ожиданием среды, идущими извне ее требованиями. Происходит полная, генерализованная адаптация личности.

Внешняя адаптация – это такая адаптация, когда личность внутренне, содержательно не перестраивается и сохраняет себя, свою самостоятельность. В результате имеет место инструментальная адаптация личности.

При смешанной адаптации личность частично и внутренне подзавивается под среду, ее ценности, нормы и в то же время частично адаптируется инструментально, поведенчески, сохраняя свое «Я», свою самостоятельность (Гапонов, 1994).

В зависимости от характера протекания адаптационного процесса выделяют два вида адаптации личности:

1) Прогрессивная адаптация, которой свойственно достижение всех функций и целей полной адаптации и в ходе реализации которой достигается единство интересов, целей личности с одной стороны, и групп, общества в целом – с другой;

2) Регрессивная адаптация проявляется как формальная адаптация, не отвечающая интересам общества, развитию данной социальной группы и самой личности (Георгиева, 1985).

И.О. Зотов и И.К. Кряжев выделяют четыре стадии адаптации личности в новой для нее среде:

1) Начальная стадия, когда индивид или группа осознают, как они должны вести себя в новой для них среде, но еще не готовы признать и принять систему ценностей новой среды, и стремятся придерживаться прежней системы ценностей;

2) Стадия терпимости, когда индивид, группа и новая среда проявляют взаимную терпимость к системам ценностей и образцам поведения друг друга;

3) Аккомодация, т. е. признание и принятие индивидом основных элементов системы ценностей новой среды при одновременном признании некоторых ценностей и индивида, группы новой социальной среды;

4) Ассимиляция, т. е. полное совпадение систем ценностей индивида, групп и среды (Зотов, Кряжев, 1979).

В современном мире существует множество классификаций психологов, в которых студенчество относят к разным возрастным периодам. Д.Б. Эльконин студенческий возраст относит к периоду юности. По его мнению, юность – это такой период, когда человек может пройти путь от неуверенного, непоследовательного отрока, притязающего на взрослость, до действительного взросления (Эльконин, 1989).

Именно начальная ступень студенчества характеризуется рядом проблем, одной из которых можно считать адаптацию к вузу.

Адаптация студентов к обучению в вузе имеет свои особенности. Большую роль в этом играет психологическая готовность к обучению, соответствие учебной программы имеющемуся образовательному уровню, количество часов, которые студент уделяет подготовке к занятиям и, наконец, как был принят студент в новом для него коллективе высшего учебного заведения.

А.Г. Маслова выделяет две стороны социальной адаптации студентов:

1) Профессиональную адаптацию, под которой понимается приспособление к характеру, содержанию, условиям и организации учебного процесса, выработка навыков самостоятельности в учебно-научной работе;

2) Социально-психическую адаптацию, под которой подразумевается приспособление индивида к группе, взаимоотношениям в ней, выработка собственного стиля поведения (Маслова, 2010).

Важное значение приобретает тип образовательной среды, в которой создаются возможности для адаптации. Современная педагогическая наука определяет этот тип среды как адаптивный – она стремится, с одной стороны, максимально приспособиться к личности с ее индивидуальными особенностями, с другой – по возможности гибко реагировать на собственные социокультурные изменения.

Существуют педагогические факторы, способствующие более быстрой и полной адаптации студентов к вузу. И.В. Григорьевская выделяет три таких фактора:

1) Применение образовательных технологий, способных интенсивно и эффективно влиять на развитие учебных и общих компетенций;

2) Преобладание практико-ориентированного обучения. Этот фактор включает организацию учебно-профессиональных практик (в том числе и зарубежных), различных лабораторных занятий, привлечение «приглашенных спикеров», выполнение проектов. Главной целью системы практико-ориентированного обучения студентов является максимальное приближение учебного процесса к реальной жизни и проблемам бизнеса;

3) Использование возможностей дополнительного образования.

Можно также выделить и социально-психологические факторы адаптации студентов к вузу, например, такие как:

1) Культивирование рефлексии и развитие рефлексивных способностей студента как субъекта деятельности. В мышлении – наличие проблемно-конфликтной ситуации, в деятельности – установка на кооперирование, а не на конкуренцию, в общении – на отношения, подразумевающие доступность собственного опыта человека для другого и открытость опыта другого для себя. На практике это процесс обязательного осмысления и обсуждения результата деятельности студента, причин удачных решений (ошибок), оценки собственной деятельности;

2) Демократический стиль общения с преподавателем создает условия для формирования хорошего микроклимата в группе, заботится о состоянии отношений в коллективе, координирует работу специалистов выполняющих управленческие функции;

3) Наличие системы социально-психологических мероприятий (тренингов, классных часов), направленных на различные сферы социального опыта студента (командные, коммуникативные, лидерские, самопознание, рефлексия, самопрезентация);

4) Формирование положительного отношения к образовательной среде, развитие корпоративной культуры, познавательных и коммуникативных способностей, социального поведения в целом, повышение социальной активности, наиболее полное использование социально-культурных возможностей, предоставляемых адаптивной средой (посещение библиотеки, музейных выставок, участие в мероприятиях молодежного центра, посещение спортивных секций);

5) Аутентичная организация пространства. Все функциональные зоны или микросреды (учебные аудитории, спортивные залы, библиотека, столовые, жилые зоны) связаны: переход от одной функциональной зоны до другой не отнимает много времени и не доставляет участникам образовательного процесса физических и психологических неудобств;

6) Здоровьесбережение и личная безопасность студентов (Григорьевская, 2013).

Для успешного прохождения процесса адаптации в вузе и для успешного обучения и развития студентов-первокурсников им необходимо создавать такие условия, которые осуществляются путем реализации психологического сопровождения психологов вуза.

Социально-педагогическое сопровождение, осуществляемое в стенах образовательного учреждения, реализует социальную функцию образования, дает возможность наряду с освоением профессиональных знаний, умений и навыков овладеть и социально значимыми нормативами в виде заданных образцов и руководствоваться ими в собственном поведении.

Социально-педагогическое сопровождение – процесс помощи подростку в определении его собственных интересов, целей и возможностей, а также путей преодоления проблем, мешающих ему самостоятельно достигать желаемых результатов в обучении, самовоспитании, общении, образе жизни. Цель социально-педагогического сопровождения – создание оптимальных условий для профессионального и индивидуального развития личности подростка.

Основными направлениями социально-педагогической деятельности являются:

1) исследовательское (изучение личности подростка и выявление проблем);

2) социально-правовое (осознание подростками своих прав и интересов);

3) коррекционно-развивающее (принятие подростками осознанного восприятия определенных норм поведения);

4) личностно развивающее (удовлетворение и развитие познавательных процессов, творческого потенциала, способствующего социализации и самореализации личности подростка);

5) учебно-производственное (помощь подростку в освоении профессиональной деятельности);

6) учебно-воспитательное (активизация процессов профессионального и личностного самосознания подростков).

Система работы по социально-педагогическому сопровождению имеет целостный характер, ее реализация осуществляется в три этапа.

Первый этап «Первичное профессиональное самоопределение». Подросток попадает в новое образовательное учреждение, где приспосабливается к новым условиям учебной деятельности. В аспекты социально-педагогического сопровождения входят: профориентационная деятельность, направленная на информирование подростка об образовательном учреждении, о предлагаемых профессиях; ознакомление с содержанием и условиями труда, профессионально важными качествами, требованиями профессии; изучение индивидуальных особенностей, склонностей подростка для определения наиболее эффективных форм и методов освоения профессии; работа по самореализации обучающихся и приобщение их к проявлению активности в деятельности по интересам, склонностям, способностям.

Второй этап «Профессиональная адаптация». Адаптация к профессиональной деятельности и общение в трудовом коллективе. Содержанием социально-педагогического сопровождения на данном этапе являются: формирование профессиональных знаний, умений и навыков; проявление активности в творческой, социально значимой, проектной и производственной деятельности с целью расширения социального и профессионального опыта; формирование профессионально важных качеств, навыков совместной работы. Расширение социальных и профессиональных контактов обучающихся с помощью привлечения социальных партнеров. Ориентация обучающихся на организацию деловых отношений, принятие социальных и профессиональных норм и правил; побуждение обучающихся к осмыслению себя, реального состояния жизни и учебы, имеющихся результатов и достижений, определение перспектив, принятия ответственности за свою жизнь.

Третий этап – «Профессиональное становление» – направлен на подготовку учащихся к трудовой деятельности, определение перспектив трудоустройства, расширение профессиональных связей и возможностей, формирование профессиональных качеств, ознакомление с условиями труда на производстве, формирование трудовой культуры, навыков трудовой культуры, навыков делового общения в коллективе. Важными компонентами социально-педагогического сопровождения на этом этапе являются производственное обучение и производственная практика обучающихся старших курсов. Производственное обучение и практика проходят в производственных мастерских предприятий и заводов города. Это позволяет обучающимся применить полученные профессиональные знания, умения и навыки на практике, расширить свои представления о профессии, построить перспективы на будущее (Журавель, 2012).

Таким образом, при поступлении в высшее учебное заведение студент проходит процесс адаптации к новым, изменившимся условиям. Первокурсники оказываются в новом, незнакомом им учебном учреждении, вступают в новые социальные отношения, из роли школьника они переходят в роль студента, и поэтому к ним предъявляются совершенно другие требования. Так же существенно изменяется привычный темп и ритм жизни. Поэтому для успешной адаптации студентов-первокурсников к вузу необходимо реализовывать социально-педагогическое сопровождение, а именно психологическое консультирование, коррекционно-развивающую работу, тренинговую работу.

Список литературы

1. Андреева Д.А. О понятии адаптации. Исследование адаптации студентов к условиям учебы в вузе // Человек и общество. – 1985. – № 4. – С. 13-17.
2. Гапонов С.А. Особенности адаптации студентов вузов в процессе обучения // Психологический журнал. – 1994. – № 3. – С. 131-135.
3. Георгиева И.А. Социально-психологические факторы адаптации личности в коллективе: Автореф. дис. к. н. п. – 1985. – С. 22.
4. Григорьевская И.В. Факторы адаптации студентов в образовательной среде колледжа // Вестник ТГПУ. – 2013. – № 11. – С. 124-127.
5. Гриценко В. Социально-психологическая адаптация переселенцев в России. – 2014. – С. 46.
6. Журавель М.А. Социально-педагогическое сопровождение дезадаптированных подростков в процессе профессионального обучения // Вестник ТГПУ. – 2012. – № 11. – С. 163-165.
7. Зотов И.О., Кряжев И.К. Психологические механизмы регуляции социального поведения. – М.: Московский ун-т, 1979. – С. 219.
8. Краткий толковый психолого-психиатрический словарь. – М., 2008.
9. Маслова А.Г. Адаптация первокурсников в условиях вуза как педагогическая проблема [Электронный ресурс]//Режим доступа: http://www.iktgio.mert.ru/rus/info.php?id=9784.
10. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. – М., 1989. – С. 560.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ НАСИЛИЯ И ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ В СЕМЬЯХ ПОДРОСТКОВ

К.В. Каркунова

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

Настоящий этап социального и гуманитарного развития в России характеризуется повышенным интересом к проблемам семьи и детства. В связи с этим актуализировался ряд проблем, которые ранее стояли на периферии научных гуманитарных и социальных исследований. К одной из таких проблем относится проблема изучения насилия над детьми в семье. Это самое тяжелое социальное и нравственное последствие того духовного вакуума, который царит в обществе на протяжении многих лет. В любом обществе с утратой духовности или снижением ее уровня возрастает число неблагополучных, неполных семей и детей, оставшихся без попечения родителей прямо или косвенно (Петин, 2010).

Проблематика насилия – это обширная область, представленная во многих отраслях отечественной и зарубежной науки: в психиатрии (И.С. Кон, Р. Крафт-Эббинг, Ч. Ломброзо и др.); психологии (Н.О. Зиновьева, З. Фрейд, Э. Фромм и др.); педагогике (М. Монтессори, Ж.Ж. Руссо, и др.); социологии (Я.И. Гилинский, С.С. Тауэр и др.); социальной работе (И.А. Алексеева, Н.М. Платонова, И.Г. Новосельский и др.).

Одной из самых распространенных форм насилия над детьми является физическое насилие. Физическое насилие – это нанесение ребенку родителями или лицами, их заменяющими, воспитателями или другими какими-либо лицами физических травм, различных телесных повреждений, которые причиняют ущерб здоровью ребенка, нарушают его развитие и лишают жизни (Бородатая, 2009).

Эти действия могут осуществляться в форме избиения, истязания, сотрясения, в виде ударов, пощечин, прижигания горячими предметами, жидкостями, зажженными сигаретами, в виде укусов и с использованием самых различных предметов в качестве орудий изуверства.

В течение ряда лет проблема семейного насилия не только не была предметом комплексного междисциплинарного исследования, но и не рассматривалась через призму общественного мнения (Коннор, 2011). В средствах массовой информации насилие в семье было представлено в достаточно усеченной, трансформированной форме, часто как прерогатива

малоимущих, асоциальных, неполных семей (Платонова, 2009). Вместе с тем, как показывают современные отечественные и зарубежные исследования, данное явление происходит в любых социальных стратах, независимо от классовых, культурных, расовых, религиозных, социально-экономических факторов.

Вначале разъясним значение понятия «насилие», применяемое в современной науке. Многие авторы стремятся указать на специфику в его смысловом содержании. Наиболее близким по смыслу «насилию» является понятие «агрессия». В российской научной литературе чаще всего можно встретить определение агрессии, данное психологами. В зарубежной литературе проблемой заняты и социологи. В общем виде агрессия определяется следующим образом.

Агрессия – это присущее (врожденное) индивиду качество (или компетенция), на основании которых и с учетом способностей самого индивида к обучению развиваются способы действия, выражаемые в различных (выученных и социально обусловленных) индивидуальных и коллективных формах, от самоутверждения до жестокости. Таким образом, специалистами не отрицается, что некие формы активного поведения, воспринимаемые как агрессия, могут быть конструктивными или даже одобряемыми со стороны общества. Например, агрессивное поведение в конкурентной среде, в целях самозащиты, экспрессивное поведение во время спортивных состязаний (Мелешко, 2012).

В научном сообществе существует еще больше попыток понять различия между поведением агрессии и насилия. О насилии можно говорить в абсолютно разных и малосвязанных между собой областях. Например, значительная разница существует в восприятии «насилия над природой» и насилия в школе. В узком смысле к насилию относят «... прямое нацеленное физическое воздействие со стороны людей или вещей. В данном виде рассматривается, прежде всего, использование физической силы». Преимущество такой оценки насилия заключается в том, что акцентируются только наблюдаемые элементы поведения, поэтому облегчается возможность научного анализа явления (его операционализация).

Даже в отдельно взятой стране – России – насилие можно рассматривать в двух сосуществующих контекстах: историко-культурном и правовом. С исторической и культурной точек зрения физическое воздействие на детей или взаимодействие между ними до определенных границ (синяки, шишки, царапины) до сих пор может в зависимости от конкретной ситуации вызывать совершенно противоположное толкование – от неприятия до одобрения.

Все другие выявленные формы насилия представляют собой вербальное, психическое и структурное воздействие. В процессе наблюдений и изучения этого феномена в школе именно указанным формам стало придаваться наибольшее значение, поскольку «...оскорбления, унижения, передразнивания, презрение могут нанести более существенный ущерб, чем физическое воздействие».

Психическое насилие часто совмещается с физическим, которое протекает даже в более интенсивной степени.

Структурное насилие вызывает особый интерес в социальных науках. Первоначально термин был дан норвежским социологом Й. Гальтунгом. Под насилием в этом случае понимается любое влияние, которое ведет к ограничению возможностей осуществлять требуемые физические или психические действия.

В начале 20-го века И.А. Бердяев писал о жестокости как неизбежном атрибуте нашей жизни. Эта проблема не теряла актуальности во все времена. В своей жизни каждый так или иначе сталкивается с жестокостью. Она будоражит, возмущает, пугает.

Необходимо отметить, что понятие «жестокость» тесно связано с понятием «агрессия». И более того, жестокости без агрессии просто не может быть. Несмотря на это, они имеют ряд принципиальных отличий.

С точки зрения социологического подхода причинами агрессии являются неестественные условия жизнедеятельности человека: отдаление от природы, урбанизация, индустриализация, перенаселение городов, плохие экологические условия, возникновение элитарных групп и т.д.

Агрессия – это нравственно нейтральное понятие. Она социально приемлема в любой культуре и даже может быть поощряема. Жестокость же можно оправдать только в исключительных ситуациях.

Нами было проведено экспериментальное исследование, направленное на выявление насилия и жестокого обращения в семьях. В экспериментальном исследовании принимали участие 30 подростков (16 девочек и 14 мальчиков), учащиеся средней общеобразовательной школы города Красноярска. Средний возраст испытуемых составил 14,7±1,7 лет.

В экспериментальной работе нами использовался следующий диагностический инструментарий: проективная методика «Незаконченные предложения»; методика «Карта наблюдений»; интервью для диагностики насилия; опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним».

На основании проведения методики «Незаконченные предложения» нами были выявлены два сочетания эмоциональных (отчетливые ситуативные страхи физического насилия и признаки компульсивного поведения), когнитивных (релевантные представления о поведении и образе

действия субъекта насилия) и поведенческих (допустимость психологического и физического наказания, признание опасливого отношения к взрослым членам семьи, обоснованного их поступками) проявлений, позволяющих предположить наличие проявлений физического или сексуального насилия в семье.

В результате заполнения «Карты наблюдений» педагогом были отмечены следующие проявления, присущие подросткам: игнорируют сверстников, ведут себя подобно «настороженному животному», невнимательны, не проявляют дружелюбия. Кроме того, не нуждаются в помощи со стороны учителя, заинтересованы в одобрении со стороны взрослых, не пристают к более слабым детям. Полученные результаты свидетельствуют о том, что дети не испытывают физического и сексуального насилия со стороны членов семьи. Также была выявлена тенденция в проявлении психологического насилия со стороны семьи в адрес ребенка. Это обусловлено тем, что дети легко становятся нервными, плаксивыми, а также ими легко управлять. Можно предположить, что в большинстве случаев за них все решают их родители, не давая высказать им свое собственное мнение. В большинстве семей наблюдается норма семейных отношений. Дети проявляют себя, как старательные и заинтересованные в обучении ученики. Помимо этого они внимательны, с легкостью идут на контакт со сверстниками, а также проявляют самостоятельность при выполнении заданий.

По результатам опроса о ситуациях, в которых допустимо физическое насилие, большинство подростков отдали предпочтение следующим ответам: «когда он лжет», «когда поздно возвращается домой», «когда получает плохие отметки в школе», «когда расстраивает родителей» и «неуважительно относится к старшим».

Можно сделать вывод, что в семьях детей преобладает жесткая дисциплина, направленность родителей на успешное обучение своего отпрыска, а также привитие ребенку хороших манер.

Также нами было проведено диагностическое обследование подростков по опроснику «Поведение родителей и отношение подростков к ним».

По результатам обследования большинство подростков-девочек считают, что их мать проявляет к ним позитивный интерес. Матери часто одобряют обращение за помощью дочерей в случаях ссор или каких-либо затруднений, с одной стороны, и ограничение самостоятельности – с другой.

Подростки-мальчики часто испытывают необходимость в помощи и поддержке матери, в большинстве случаев принимают ее мнение, склонны соглашаться с ней. Такие формы поведения, как властность, подозрительность, тенденция к лидерству, отрицаются.

По результатам обследования девочки-подростки описывают автономность отцов как претензию на лидерство, причем лидерство недосягаемое, недоступное для взаимодействия с ним. Он представляется человеком, отгороженным от проблем семьи как бы невидимой стеной, существующим параллельно с остальными членами семьи. Отцу абсолютно все равно, что происходит вокруг, его действия зачастую не согласуются с потребностями и запросами близких, интересы которых полностью игнорируются.

Автономность отца в отношениях с сыном проявляется в формальном отношении к воспитанию, в излишней беспристрастности в процессе общения. Взаимодействие основывается на позициях силы и деспотичности. Отец «замечает» сына только в случаях, когда тот что-нибудь натворит, причем даже на разбор случившегося, как правило, не хватает времени. Отец слишком занят собой, чтобы вникать в жизнь и проблемы сына. О них он узнает только из его просьб помочь или посоветоваться в том или ином вопросе, не особенно утруждая себя объяснениями. Его не интересуют увлечения сына, круг его знакомств, учеба и школе, он только делает вид, что его это беспокоит. Часто он просто раздражается, когда сын обращается к нему. По его мнению, сын «сам должен все знать».

Таким образом, в ходе психологического обследования было выявлено, что к детям предъявляются завышенные требования со стороны родителей. У детей не выражены страхи, связанные со сферами отношений со сверстниками и учебой, зато преобладают страхи отчуждения и неприятия. Дети не испытывают физического и сексуального насилия со стороны членов семьи, но они значительно информированы о проявлениях данного рода насилия посредством СМИ.

Исходя из результатов обследования, была выявлена тенденция в проявлении психологического насилия со стороны семьи в адрес ребенка, но в большинстве семей наблюдается норма семейных отношений.

Кроме того, было выявлено, что для девочек-подростков отец представляется человеком, отгороженным от проблем семьи как бы невидимой стеной. Отцу абсолютно все равно, что происходит вокруг, его действия зачастую не согласуются с потребностями и запросами близких, интересы которых полностью игнорируются.

В свою очередь, подростки-мальчики часто испытывают необходимость в помощи и поддержке матери, в большинстве случаев принимают ее мнение, склонны соглашаться с ней. А их взаимодействие с отцом основывается на позициях силы и деспотичности.

Можно отметить, что в современном российском обществе доля семейного насилия остается чрезвычайно высокой.

Насилие, пережитое ребенком в любой форме, может привести и, как правило, приводит к развитию у него психологических и личностных проблем в дальнейшей жизни. Степень выраженности этих проблем – от легкой тревожности и незначительных изменений в манере поведения до нервных, фобических расстройств.

Характерным поведенческими особенностями, развивающимися у детей – жертв семейного насилия и способствующими совершению над ними преступлений в дальнейшем, являются: повышенная уступчивость к императивным действиям окружающих и чрезмерная доверчивость и экспрессивность поведения при реализации лидерских установок. Прогностическая реакция личности выражается в неспособности вовремя распознать преступные намерения и оказать адекватное сопротивление посягателю. Виктимизация и инфантилизация личности ребенка проявляется также в манере его поведения (заикание, нечеткая речь, избегание прямых взглядов и физических контактов, неприятие своего тела и страх перед обнажением даже в социально приемлемых рамках – на пляже, в раздевалке спортзала, на приеме у врача). Данные поведенческие особенности закономерно вытекают из особенностей характера, являются прямым следствием семейного насилия.

Для подростков, подвергшихся насилию в семье, характерны: превалирование агрессивных и враждебных реакций в виде физической и вербальной агрессии, раздражительности, обиды, подозрительности и чувства вины; высокий уровень психического утомления, тревоги и суммарного отклонения при снижении вегетативного коэффициента и работоспособности. У подростков, подвергшихся насилию в семье, выявлены достоверно более низкая самооценка, неудовлетворенность собой, неуверенность в своих силах и способностях. Превалируют просоциальные, прямые, пассивные, асоциальные и агрессивные типы копинг-стратегий. Выявлено напряжение практически всех психологических защитных механизмов; переживание эмоционального дискомфорта во взаимоотношениях со сверстниками; негативное отношение к школе и низкий уровень успеваемости по школьным предметам.

В ходе экспериментального исследования нами было выявлено сочетание эмоциональных, когнитивных и поведенческих проявлений, позволяющих предполагать вовлеченность двух подростков из опрошенных тридцати в ситуации прямого физического или сексуального насилия в семье. Данные о семьях позволяют предположить, что сексуальное насилие имеет скорее форму недопустимого информирования и нежелательных прикосновений. Физическое насилие носит более характер «наказания», чем прямой агрессии, что подтверждается особенностью высказываемых и проявляемых подростком страхов.

Список литературы

1. Бородатая М.Н., Осипова И.И., Злоказова М.В. и др. Социально-психологическая помощь детям – жертвам семейного насилия / Под общ.ред. Н.Н. Ершовой. – М.: Полиграф сервис, 2009. – 124 с.
2. Коннор Д. Агрессия и антисоциальное поведение у детей и подростков. – СПб.: Прайм ЕВРОЗНАК, 2011. – 288 с.
3. Мелешко Н.П., Фатеев А.Н. Семейная криминология. – Рн/Д.: Феникс, 2012. – 394 с.
4. Петин И.А. Механизм преступного насилия. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2010. – 343 с.
5. Платонова Ю.П. Насилие в семье: особенности психологической реабилитации. – СПб.: Речь, 2009. – 135 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРЕССИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ПО Э. ДЖЕКОБСОНУ КАК ПРАКТИКА СОХРАНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

О.А. Конокпоева

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

Все мы знаем, что быть здоровым человеком необходимо для полноценной жизни. Но порой забываем, что одной из составляющих здоровья является наше психологическое состояние, которое оказывает сильное влияние на общее самочувствие. Экспериментально доказана зависимость заболеваний от психологических переживаний, которых, к сожалению, в современном мире не убавляется. Человек постоянно подвергается воздействию различных факторов, несущих отрицательную энергию, поэтому очень важно наряду с сохранением своего физического здоровья следить за своим психологическим состоянием.

В настоящее время общество характеризуется особым динамизмом социальных изменений, оно становится все более информированным, технически грамотным и интеллектуально развитым. И как обратная сторона этого процесса, общество становится все более психологически нездоровым. Именно поэтому понятие «психологическое здоровье» становится таким актуальным на современном этапе.

В современной науке понятие «здоровье» не имеет общепринятого толкования, оно характеризуется многозначностью и неоднородностью состава. Его содержание формировалось на протяжении столетий. Вначале оно в основном соотносилось с физическим состоянием человека, но затем по мере развития общества и различных наук наполнилось новым содержанием.

Согласно определению, которое было приведено в преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения 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.

Важнейшей составляющей здоровья человека является психологическое здоровье, которое служит основой эффективности как профессиональной деятельности, так и общего благополучия человека и, по мнению М.Ф. Секача, должно рассматриваться как «непременное условие социальной стабильности и прогнозируемости процессов, происходящих в обществе» (Лифинцева, 2006).

Осмысление содержания понятия «психологическое здоровье» затруднено тем, что во многих научных трудах нет четкого разграничения понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье», а в некоторых публикациях наблюдается подмена одного понятия другим. Возможно, это объясняется тем, что долгое время проблема здоровья оставалась за рамками интереса психологической науки.

Термин «психическое здоровье» был введен Всемирной организацией здравоохранения в 1979 году. В англоязычных публикациях словосочетание «mental health» обозначает успешное выполнение психических функций, имеющих результатом продуктивную деятельность, установление отношений с другими людьми и способность адаптироваться к изменениям и справляться с неприятностями. С самого раннего детства психическое здоровье составляет основу интеллектуальной деятельности и коммуникативных навыков, научения, эмоционального роста, самоуважения (Баякина, 2009). В психологическом словаре под термином «психическое здоровье» понимается «состояние душевного благополучия, характерное отсутствием болезненных психических проявлений, обеспечивающее адекватную условиям действительности регуляцию поведения и деятельности».

Историческая инициатива в постановке и разработке проблемы психологического здоровья принадлежит видным западным ученым гуманистической ориентации – А. Маслоу, К. Роджерсу. В их трудах можно найти описание качеств, присущих взрослым, психологически здоровым людям. Так, А. Маслоу выделил следующие характеристики, свойственные людям, которым удалось самоактуализироваться в жизни: ориентация на реальность; принятие себя и окружающих такими, какие они есть; центрированность на проблеме, а не на себе; автономность; духовность; способность к близким отношениям с людьми; высокая креативность и др.

К. Роджерс полагал, что психологическое здоровье – это «полноценное функционирование человека». Оно предполагает глубокое и адекватное переживание своих мыслей, чувств, отсутствие тенденции к выработке неадекватных психологических защит, опору на собственные суждения в ситуациях выбора.

Отвечая на вопрос «Что такое психологическое здоровье?», В.А. Ананьев выделяет следующие черты психологически здоровой личности:

- соматическое здоровье;
- развитие самоконтроля и усвоение реакций, адекватных различным ситуациям в жизни человека;
- умение разводить реальные и идеальные цели, границы между разными подструктурами «Я» – Я–желающим и Я–долженствующим;
- умение регулировать свои поступки и поведение в границах социальных норм (Лифинцева, 2006).

О.В. Хухлаева утверждает, что психологическое здоровье можно описать как систему, включающую аксиологический, инструментальный и потребностно-мотивационный компоненты.

Аксиологический компонент представлен ценностями собственного «Я» человека и ценностями «Я» других людей. Ему соответствует как абсолютное принятие самого себя, так и принятие других людей вне зависимости от пола, возраста, культурных особенностей и т.п.

Инструментальный компонент предполагает владение человеком рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать свое сознание на себе, своем внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Ему соответствует умение человека понимать и описывать свои эмоциональные состояния и состояния других людей, возможность свободного и открытого проявления чувств без причинения вреда другим, осознание причин и последствий как своего поведения, так и поведения окружающих.

Потребностно-мотивационный компонент определяет наличие у человека потребности в саморазвитии. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, выступающий двигателем его развития (Хухлаева, 2001).

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

В современной психологии выделены следующие критерии психологического здоровья: хорошо развитая рефлексия, стрессоустойчивость, умение находить собственные ресурсы в трудной ситуации (И.В. Дубровина), полнота эмоциональных и поведенческих проявлений личности (В.С. Хомик), опора на собственную внутреннюю сущность (А.Е. Созонов, Ф. Перлз), самопринятие и умение справляться со своими эмоциональными трудностями без ущерба для окружающих, «самообъективность» как четкое представление о своих сильных и слабых сторонах, наличие систем ценностей (Г. Олпорт).

Современная наука разводит понятия «психическое здоровье» и «психологическое здоровье». Еще А.Н. Леонтьев настаивал на том, что «личность необходимо разделять, разводить с «психическим». Человек может быть вполне психически здоровым (хорошо запоминать, мыслить и т.п.) и одновременно быть личностно ущербным, больным (не координировать, не направлять свою жизнь к достижению человеческой сущности, разобщаться с ней и т.п.)».

Такого же мнения придерживались Б.С. Братусь и И.В. Дубровина. Именно И.В. Дубровина, одна из первых современных отечественных психологов, предприняла попытку разграничить понятия психического (относится к психическим процессам и механизмам) и психологического здоровья (характеризует личность в целом в непрерывной связи с проявлениями человеческого духа). По ее мнению, основу психологического здоровья составляет полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза.

О.И. Даниленко отмечала, что «психическое заболевание часто имеет более или менее выраженную органическую основу, а психологическое душевное нездоровье изначально психогенно, т.е. порождено» (Баякина, 2009).

К отклонениям в состоянии психологического здоровья могут привести воздействие неблагоприятных внешних факторов, таких как дефицит внимания в семье, гиперопека, напряженная жизнь, различные стрессовые ситуации.

Таким образом, можно сказать, что психологическое здоровье, несомненно, связано с психическим здоровьем, именно последнее создает основу для здоровья психологического. Психологическое здоровье – более широкое понятие по отношению к психическому здоровью. Нарушения психического здоровья – психозы, неврозы и другие расстройства, требующие в большинстве случаев компетентного вмешательства психиатра. Нарушения психологического здоровья – это лишь стойкие негативные изменения в работе психических процессов, склонность к дискомфортным психическим состояниям, расстройства характера, наличие аддиктивных зависимостей, проявление весьма необычных интересов и склонностей.

В связи с вышеизложенными фактами стоит вопрос о сохранении здоровья человека. Но как это сделать? Как обеспечить профессиональное долголетие, укрепить здоровье человека? Как показывает практика, большинство людей не владеют навыками укрепления и сохранения своего психологического здоровья. Сейчас появилось множество техник, обещающих восстановление и сохранение психологического здоровья – это и многочисленные тренинги личностного роста, и восточные психопрактики, и различные методы и модификации методик саморегуляции психических состояний, одной из которых является техника прогрессивной мышечной релаксации по Э. Джекобсону.

Все перечисленные выше техники объединяет то, что они направлены на формирование специфического типа состояний человека – релаксации (от лат. «relaxatio» – уменьшение напряжения, расслабление) и аутогенного погружения. Состояние релаксации характеризуется глубоким мышечным расслаблением, сопровождающимся ощущениями тепла и тяжести, отвлечением от внешних раздражителей, снятием беспокойства, тревоги, волнения, переживанием душевного комфорта. Состояние аутогенного погружения связано с ощущениями легкости, невесомости тела, переживания его «растворенности, исчезновения», с максимальной концентрацией на мире внутренних ощущений. По наблюдениям ряда исследователей, состояния релаксации и аутогенного погружения вызывают заметные сдвиги в характере протекания физиологических и психических процессов. Именно с этим обстоятельством связаны профилактические и терапевтические эффекты их применения.

Нервно-мышечная (прогрессивная) релаксация – это техника снижения нервно-мышечного напряжения, которая была разработана в 30-х гг. XX в. чикагским врачом Эдмундом Джекобсоном. Первоначально эта техника предназначалась для пациентов больниц, испытывавших напряжение, и впервые была описана в его книге «Прогрессивная релаксация», где он показал, что наши психические проблемы и наше тело взаимно связаны друг с другом: тревога и беспокойство вызывают мышечное напряжение, а напряжение мышц, в свою очередь, усиливает негативные эмоции. В результате у человека, часто переживающего стрессы, формируется так называемый «мышечный корсет», который он постоянно носит и который служит причиной психического напряжения. Т.е. при работе со своими пациентами Э. Джекобсон обратил внимание на то, что напряженные пациенты не могут быстро и в полной мере расслабиться. Это заметно, например, по таким признакам как наморщенный лоб. Занимаясь регистрацией объективных признаков эмоций, Э. Джекобсон подметил, что различному типу эмоционального реагирования соответствует

напряжение соответствующей группы мышц. Так, например, депрессивное состояние сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры; страх – спазмом мышц артикуляции и фонации.

Пытаясь избавиться от подобного остаточного мышечного напряжения, Э. Джекобсон стал обучать своих пациентов упражнениям, в которых требовалось сначала напрячь определенную группу мышц, а затем расслабить ее, переходя от одной группы мышц к другой. В основу данной техники лег один простейший физиологический принцип: после сильного напряжения мышц обязательно следует их полное расслабление (Гринберг, 2002).

Обязательным условием освоения методики является концентрация внимания на процессе напряжения, расслабления и особенно на ощущениях, возникающих при переходе мышцы от напряженного состояния к расслабленному. Необходимо максимально напрягать каждую мышцу в течение 5-10 секунд, а затем в течение 15-20 секунд концентрироваться на возникшем в ней чувстве расслабления. Важно сначала научиться распознавать чувство напряжения и затем отличать от него чувство расслабления. Методика основана на том, что попеременное напряжение и расслабление мышц позволяет сравнивать эти два состояния и облегчает обучение релаксации. Кроме того, считается, что напряжение мышц перед попыткой их расслабления может давать дополнительный импульс, позволяющий добиться более глубокого расслабления.

Таким образом, основной идеей методики является получение более полного и конкретного ощущения напряжения и способность расслабить мышцы в случае возникновения этого напряжения. Э. Джекобсон считал, что «тот, кто сможет научиться расслабляться, при столкновении со стрессором получит возможность избрать наиболее верный способ реагирования. То есть вместо рефлексивной реакции можно просто остановиться, изучить природу угрозы, взвесить последствия возможных реакций и выбрать наиболее подходящую» (Щербатых, 2006).

Сущность нервно-мышечной релаксации заключается в том, что напряжение начинается с одной группы мышц, затем к ней присоединяется другая, в то время как первая уже расслаблена, и так продолжается до тех пор, пока не достигается полного расслабления тела (именно поэтому эту технику и называют прогрессивной). Начинается она с мышц конечностей – рук и ног, постепенно продвигается к центру – голове и туловищу. Расслабление сознания в данном случае достигается через расслабление тела.

Почему-то принято считать, что методы релаксации показаны только взрослым. На самом же деле это не совсем так. Да, откровенно говоря,

сложно объяснить трехлетнему ребенку, что такое релаксация. Поэтому релаксация детей дошкольного возраста требует особого взгляда и подхода. Главное – правильно и умело этим пользоваться.

Нами был рассмотрен краткий вариант тренировки по Э. Джекобсону для детей дошкольного возраста. Эти упражнения можно выполнять в качестве отдыха и во время игровых моментов дошкольника.

Упражнение «Сосулька». Сжать кисти рук максимально на вдохе (как будто сильно-сильно сжимаете сосульку), на выдохе разжать (ощущение легкого тепла).

Упражнение «Тяни». Вытянуть руки до противоположной стены на вдохе (как будто хотите что-то достать), опустить руки на выдохе.

Упражнение «Бабочка». Свести лопатки на вдохе (как будто бабочка сложила крылышки), на выдохе лопатки развести (бабочка расправила крылышки).

Упражнение «Черепаха». Плечи поднять к ушам на вдохе (прячем голову, как черепаха в панцирь), на выдохе плечи опустить и расслабиться (черепаха высунула голову из панциря).

Упражнение «Пяточки». Носки ног максимально потянуть к коленям (покажите пяточки), на выдохе опустить.

Упражнение «Носочки». Пятки потянуть к икроножным мышцам на вдохе (вытянуть носки), на выдохе расслабить ноги и опустить.

Упражнение «Бяка-Бука». Наморщить лоб, нос, свести глаза «в кучу» на вдохе, на выдохе – вернуться в обратное положение.

Упражнение «Буратино». На вдохе улыбнуться максимально широко (улыбка Буратино), на выдохе губы сделать трубочкой и выдохнуть воздух со звуками: «У-тю-тю-тю» (Гринберг, 2002).

Для выполнения упражнений необходимо принять удобную позу: лежа на спине, найдите удобное положение для рук и ног. Руки можно положить на грудь, живот или вытянуть вдоль туловища, положение ног произвольно. Под шею можно положить небольшую подушку.

Нервно-мышечную релаксацию, как, впрочем, и любую другую технику релаксации, желательно практиковать до еды – во время процесса пищеварения увеличивается приток крови в область желудка. Это затрудняет процесс расслабления, так как для реакции релаксации характерен приток крови к конечностям.

При выполнении упражнений необходимо соблюдать следующий принцип: все упражнения с напряжением выполняются на вдохе, а все упражнения на расслабление выполняются на выдохе.

Как и всеми другими техниками релаксации, нервно-мышечной релаксацией необходимо заниматься регулярно, результаты проявятся

ярче после того, как человек приобретет достаточное количество опыта применения этой техники.

Популярность нервно-мышечной релаксации объясняется тем, что она позитивно влияет не только на физиологическое, но и на психологическое состояние человека. Т.е. она не только способствует расслаблению всей мускулатуры, а также пищеварительной и сердечно сосудистой систем, но и позитивно сказывается на психологическом состоянии и на поведении человека. При помощи этой техники можно избавиться от депрессии, тревожности, бессонницы и т.д. (Гринберг, 2002).

Прогрессивная мышечная релаксация может использоваться в различных профессиональных сферах. Педагогами, например, эта техника применяется для психологического восстановления, дабы избежать эмоционального выгорания. Спортсмены могут использовать данную технику для снижения предстартового состояния эмоционального возбуждения, которое часто возникает у них задолго до соревнований.

Также имеются факты использования прогрессивной мышечной релаксации для психологической реабилитации участников боевых действий. Ведь для того, чтобы выжить в боевой обстановке, человек должен перестроить все свое существо в соответствии с ее требованиями. У лиц, принимающих длительное участие в боевых действиях, «закрепляется памятный след новых поведенческих навыков и стереотипов, имеющих первостепенное значение для выживания и выполнения поставленных задач». Т.е. адаптация к боевым условиям закрепляет в характере некоторых воинов повышенную ранимость, недоверчивость, разочарование и страх перед будущим, нарушение социальной коммуникации и т.д. Именно использование нервно-мышечной релаксации по Э. Джекобсону позволяет участникам боевых действий избавиться от данных симптомов (Щербатых, 2006).

Подводя итог, можно отметить, что в основе теории мышечной релаксации лежит утверждение, что разум и тело человека крепко взаимосвязаны. Следовательно, для того, чтобы расслабить тело, нужно расслабить разум; а психическое расслабление ведет к расслаблению физическому, мышечному. Воплощением вот этого последнего вывода и занимается релаксация. Вот поэтому мышечная релаксация приобрела такое значение как средство противодействия ежедневному стрессу, как способ сохранения психологического здоровья.

Список литературы

1. Баякина О.А. Соотношение понятий психического и психологического здоровья личности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ssc.smr.ru/media/journals/izvestia/2009/2009_4_1195_1200.pdf (дата обращения: 10.10.14 г.).

2. Гринберг Дж. Управление стрессом. – СПб.: Питер, 2002. – 496 с.
3. Лифинцева А.А. О соотношении понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» в отечественных и зарубежных исследованиях [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.phil.gu.se/sffp/reports2/16.%20Lifintseva.pdf (дата обращения: 11.10.14 г.).
4. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. – М.: Академия, 2001. – 208 с.
5. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2006. – 256 с.

БАЗИСНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ ЖЕНЩИНЫ КАК ЛИЧНОСТНЫЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЕЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Н.С. Коробова

Челябинский государственный университет

Актуальность изучения психологической готовности к материнству обусловлена остротой демографических проблем, связанных с падением рождаемости и ростом числа абортов, увеличением количества социальных сирот и детей-отказников, широкой распространенностью среди беременных и рожениц различных эмоциональных нарушений и психических расстройств и пр.

Психологическая готовность к материнству – это специфическое личностное образование, основой которого выступает субъект-объектная ориентация в отношении к будущему ребенку (Мещерякова С.Ю., 2000). Психологическая готовность к материнству во многом определяет характер протекания беременности и родов, влияет на продолжительность грудного вскармливания и на формирование отношений привязанности между матерью и младенцем.

Психологическая готовность к материнству представляет собой многокомпонентное образование, структуру которого каждый автор понимает по-своему (Антонович, 2009). Вместе с тем большинство современных авторов в структуре психологической готовности к материнству выделяют эмоциональный компонент, определяемый как эмоциональное восприятие ситуации материнства (состояние комфорта или дискомфорта, доминирующий фон настроения, сопровождавший беременность и процесс взаимодействия с ребенком, чувство удовлетворенности или неудовлетворенности ролью матери), способность к осознанию своих эмоциональных состояний и к поддержанию оптимального уровня эмоционального возбуждения, стрессоустойчивость и т.п.

Исследованию эмоциональных состояний женщины во время беременности и в ранний послеродовый период посвящено большое количество работ отечественных и зарубежных перинатальных психологов.

Многими исследователями отмечается, что на протяжении беременности эмоциональные реакции женщины на внешние и внутренние раздражители многократно изменяются. Беременная женщина очень чувствительна и раздражительна, гораздо острее, чем прежде, реагирует на окружающий мир, с трудом справляется с собой. В короткий отрезок времени ее настроение может меняться на прямо противоположное: то она счастлива, бодра, весела, то уже в следующий момент расстроена, огорчена, опечалена. Как отмечает В.И. Брутман (Брутман, Филиппова, Хамитова, 2010), даже самая желанная беременность окрашивается противоречивым аффектом, в котором одновременно сосуществуют радость, оптимизм, надежда и настороженное ожидание, страх, печаль. Здесь и опасения, и страхи, связанные с предстоящими родами, и неуверенность в своих способностях родить и стать полноценной матерью; и страх за здоровье и судьбу будущего ребенка, обеспокоенность возможным ухудшением материального положения своей семьи, возможным ущемлением личной свободы; и, наконец, переживания своей телесной метаморфозы и связанной с этим сексуальной непривлекательности. Психические состояния беременной женщины сопровождаются изменениями функций нейрогуморальной системы, нейротрофического метаболизма, синтеза ферментов и других биохимических показателей (Коваленко-Наджуга, 1998).

По наблюдениям современных авторов, возможны различные варианты переживания идентификации беременности – от явно выраженного негативного переживания, состояния тревожности, растерянности, амбивалентного отношения до радости и эйфории (Филиппова, 2002).

После осознания факта беременности и до первого ощущения шевеления плода у женщин также возможен широкий спектр различных эмоциональных состояний – от аффективно отрицательных переживаний всех проявлений беременности, тревожных и депрессивных состояний до почти полного равнодушия и отсутствия какой-либо эмоциональной симптоматики. При этом оптимальным вариантом является преобладание радостного и позитивного отношения к факту беременности и к вынашиваемому ребенку с допустимыми периодическими, недлительными снижениями физического и эмоционального тонуса вследствие усталости и соматического недомогания. Женщина ориентируется на свои состояния с точки зрения того, какие конкретные способы можно использовать для оптимизации самочувствия, и активно их применяет (Брутман, Филиппова, Хамитова, 2010).

В третьем триместре часто возникает чувство «скорей бы уж все закончилось», но одни женщины интерпретируют его как нетерпение увидеть ребенка, а другие как избавление от неудобств беременности. Этот период отражает сложную динамику эмоционального состояния во время беременности, подготавливающую всю психику будущей матери к выполнению ее функций после родов (Брутман, Филиппова, Хамитова, 2010).

Для многих женщин характерно повышение внешней активности. Причем активность может быть связана как с подготовкой к рождению ребенка (приготовление детских вещей, выбор родильного дома и т.п.), так и с другими делами (стремление закончить учебу, сдать экзамены, провести ремонт, обменять квартиру, купить дачу или разобраться в семейных отношениях). Отсутствие интересов, связанных с ребенком, свидетельствует о сниженной ценности ребенка и материнства и высоком напряжении ценностей из других сфер (Филиппова, 2002).

Одним из последних симптомов, переживаемых женщиной в последний период беременности, является симптом нетерпения. Женщина испытывает нарастающее нетерпение и возбуждение, связанное с уже надоевшей беременностью, и непреодолимое стремление к ее окончанию. В этот же период наблюдаются характерные колебания настроения: от радости, потому что ребенок вот-вот станет реальностью, до различных сознательных и бессознательных тревог всех беременных (о возможности смерти от родов, о том, нормален ли ребенок и не повредят ли его во время родов). Некоторые женщины испытывают радостное возбуждение оттого, что смогут играть активную роль при родах и оставить вынужденно пассивную роль беременной.

Непосредственно перед родами нарастает тревога и страх (Баженова, Баз, Копыл, 1993). Некоторый страх перед родами испытывают почти все женщины. Это физиологическая реакция организма, концентрирующая все его резервы для выполнения важнейшей задачи. Но панический страх – это патологическое состояние, нарушающее нормальную работу природных механизмов рождения ребенка, поскольку родовая деятельность требует высокого уровня физической, интеллектуальной и эмоциональной активности матери.

Таким образом, особенности эмоциональной сферы женщины, связанные с вынашиванием ребенка и материнством, довольно часто становятся предметом исследования отечественных и зарубежных авторов. Однако проблема эмоционального компонента психологической готовности к материнству далека от своего разрешения. Большинство работ, посвященных данной проблеме, содержат преимущественно описания эмоциональных состояний на разных этапах беременности, в родах и в ранний

послеродовый период и роженицы, тогда как психологическая природа этих явлений изучена недостаточно. В качестве основных причин особых эмоциональных состояний женщины в этот период большинство исследователей называют изменения гормонального фона и физиологических процессов в женском организме в период беременности, родов и лактации, изменения социальной ситуации в связи с беременностью и материнством и особенности личности женщины. При этом, называя конкретные личностные свойства и образования женщины, обусловливающие ту или иную специфику ее эмоционального компонента психологической готовности к материнству, большинство исследователей, как правило, ограничиваются упоминанием отдельных эмоциональных свойств личности, определяющих устойчивость к стрессу и фрустрации и способность быть «достаточно хорошей матерью» в понимании Д.В. Винникотта (Винникот, 1998) (то есть чувствовать малыша и адекватно удовлетворять его первичные потребности, не привнося в этот процесс своих чрезмерных страхов или желаний).

На наш взгляд, личностные факторы, определяющие наряду с ситуативными факторами процесс формирования эмоционального компонента психологической готовности к материнству, заслуживают пристального внимания, поскольку от эмоционального состояния женщины в период беременности, родов и в ранний послеродовый период во многом зависит психическое и физическое благополучие самой женщины и все последующее развитие ребенка.

Неоценимый вклад в понимание природы устойчивых негативных эмоциональных состояний у беременных женщин и рожениц вносит представление С.Л. Рубинштейна о личности как о совокупности внутренних условий, через которые преломляются все внешние воздействия (Рубинштейн, 2007). С этой точки зрения, субъективное восприятие и эмоциональная оценка женщиной объективных жизненных событий во многом определяется ее внутренними свойствами, среди которых важное место занимают дисфункциональные когнитивные схемы и базисные убеждения об окружающем мире и о собственном Я (Юнг, 1991).

Базисные убеждения формируются в процессе генерализации личностью эмоционально значимого опыта при взаимодействии с окружающим миром. Первые устойчивые представления о мире и о себе складываются у ребенка на довербальном этапе развития через взаимодействие со значимым взрослым, когда ребенок начинает структурировать собственный опыт, создавая базисные убеждения о доброжелательности/недоброжелательности окружающего мира, о собственном Я как достойном/недостойном любви и заботы. В дальнейшем восприятие любых

событий жизни преломляется через имеющиеся у индивида базисные убеждения, поскольку обработка всей поступающей информации на их основе предшествует по времени произвольным рациональным процессам (Юнг, 1991).

Лица с негативными базисными убеждениями, отражающими враждебность окружающего мира и отрицательный образ собственного Я, склонны реагировать эмоционально-негативными состояниями с сопутствующими им вегетативными реакциями в ситуациях, не несущих объективной угрозы его благополучию, а в стрессогенных ситуациях менее успешны в совладании со стрессом (Ладун, 2003) и склонны к соматизации аффекта (Рогозинская, 2013).

Учитывая вышеизложенное, мы предполагаем, что базисные убеждения женщины об окружающем мире и о собственном Я являются одним из важных личностных факторов, определяющих динамику и успешность процесса формирования эмоционального компонента психологической готовности к материнству. На наш взгляд, именно зрелость системы базисных убеждений женщины является необходимым условием формирования у нее эмоционального компонента психологической готовности к материнству. О зрелости системы базисных убеждений свидетельствуют умеренно выраженные показатели чувства базисного доверия к окружающему миру, убеждения в собственной способности контролировать события своей жизни и представления о собственном Я, как достойном заботы и внимания и представляющем ценность для окружающего мира.

Негативные базисные представления женщины о недоброжелательности и враждебности окружающего мира, о его несправедливости, о непрогнозируемости и непредсказуемости происходящих в нем событий, о неконтролируемости мира кем-либо (чем-либо) свыше, о собственной неспособности контролировать события своей жизни, а также о собственном Я, как недостойном заботы и внимания и не представляющем ценность для окружающего мира, будут устойчиво проявляться в ее эмоциональных состояниях в виде чрезмерной аффектации (тревожности, агрессивности и пр.) или эмоциональной отстраненности и холодности.

Опираясь на современные представления о зарождении психики в дородовый период и о диаде «мать-ребенок», как о единой нейрогуморальной психофизиологической системе (Добрякова, 2010), мы предполагаем, что доминирующие у женщины в период вынашивания ею ребенка базисные убеждения, опосредованные ее эмоциональными состояниями и сопутствующими им вегетативными реакциями, соответствующим образом отражаются на всем внутриутробном развитии ребенка.

Кроме того, и после рождения ребенка свое мировосприятие женщина будет осознано или неосознанно транслировать и своему ребенку. А поскольку мать, по словам К.Г. Юнга, – это «первый мир ребенка» (Юнг, 1991), то результатом такого материнского отношения к окружающему миру к собственному Я может стать формирование у ребенка базового доверия или недоверия к миру и убеждения в собственной ценности или малоценности для окружающего мира.

Список литературы

1. Антонович О.С. Формирование психологической готовности родителей к взаимоотношению с будущим ребенком: Автореф. дис. … канд. психол. н. – Самара, 2009. – 24 с.
2. Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. – 1993. – № 4. – С. 35-42.
3. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. – 2000.
4. Винникот Д.В. Маленькие дети и их матери. – М.: Класс, 1998. – 110 с.
5. Гурьянова Т.А. Развитие психологической готовности к материнству на стадии планирования беременности, во время беременности и после родов: Дис. … канд. психол. наук. – Барнаул., 2004. – 176 с.
6. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2010. – 272 с.
7. Коваленко-Маджуга Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов: Автореф. дисс. канд. психол. наук. – СПб., 1998. – 20 с.
8. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. – 2000. – № 5. – С. 18-27.
9. Падун М.А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2003. – 24 с.
10. Рагозинская В.Г. Особенности актуальных эмоционально-негативных состояний, базисных убеждений и раннего микросоциального опыта у больных психосоматическими заболеваниями // Психосоматическая медицина: Материалы VIII Международного конгресса. – СПб.: Человек, 2013. – С. 46-48.
11. Рубинштейн С.Л. Общая психология: Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2007. – 720 с.
12. Скоромная Ю.Е. Субъективная готовность к материнству как психологический феномен: Автореф. дис. … канд. психол. н. – М., 2006. – 24 с.
13. Станкевич Л.Н., Батуев А.С. Психофизиологические и поведенческие корреляты диадического компонента материнско-детской привязанности // Валеология. – № 3. – 2002. – С. 101-108.
14. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М.: Институт психотерапии, 2002.
15. Шулакова Е.Ю. Формирование психологической готовности девушек к здоровому образу жизни и осознанному материнству: Автореф. дис. … канд. психол. наук. – Нижний Новгород, 2002. – 25 с.
16. Юнг К.Г. Архетип и символ. – М.: Ренессанс, 1991. – 65 с.
17. Epstein S. Cognitnve experimental self-theory / In L.A. Pervin (Ed.) Handbook of personality: Theory and research. – New York: Guilford, 1990.
18. Janoff-Bulman R. Shattlered assumptions: Toward a new psychology of trauma. – NY: Free Press, 1992.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНИК МУЗЫКОТЕРАПИИ СТУДЕНТАМИ В ПЕРИОД СЕССИИ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

А.А. Логинова, М.А. Мартынова

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

Ни для кого не секрет, что в период сессии студенты особенно напряжены, некоторые даже находятся в состоянии эмоционального и морального истощения. В настоящее время в практической психологии предложено огромное количество техник, которые могут быть использованы для управления эмоциональными состояниями как в стрессовых, так и в обычных ситуациях. Многие из них могут быть рекомендованы и студентам, в том числе и техники музыкотерапии. Поэтому в данной статье будет рассмотрен вопрос о том, как же все-таки знание и применение этих техник может помочь студентам в управлении эмоциональным состоянием в период сессии.

Лечебное воздействие музыки на организм человека известно еще с древних времен. Первые обращения к описанию и изучению этого феномена можно обнаружить уже в работах античных философов. С именем Пифагора связана традиция «сравнивать общественную жизнь как с музыкальным ладом, так и с оркестром, в котором каждому человеку, подобно инструменту в оркестре, отведена своя роль» (Петрушин, 2006). Пифагором, по свидетельству его учеников, были найдены мелодии против неумеренных страстей, против уныния, раздражения и других душевных недугов. По мнению другого греческого мыслителя – Платона – могущественность и сила государства напрямую зависли от того, какая музыка, в каких ладах и ритмах в нем звучит. Аристотель, развивая представления философов о важности музыки в жизни общества, обращал внимание на способность музыки выступать средством гармонизации индивида с общественной жизнью. Он подробно описал музыкальные лады, ведущие к изменению психики в том или ином направлении.

В Древнем Китае музыка входила в число наук, обязательных для изучения, и составляла важнейший элемент воспитания. В Индии, как и в Китае, древние врачи широко использовали музыку в качестве лечебного средства: вибрации, которые возникали в организме при пропевании определенных мантр, приводили к улучшению состояния пациентов и использовались для лечения многих болезней (Грушко, 2008).

Музыкотерапия представляет собой метод, использующий музыку в качестве средства коррекции. Многочисленные методики музыкотерапии предусматривают как целостное и изолированное использование музыки в качестве основного и ведущего фактора воздействия, так и дополнение музыкальным сопровождением других коррекционных приемов для усиления их воздействия и повышения эффективности. Существуют две основные формы музыкотерапии: активная и пассивная (рецептивная). Активная музыкотерапия представляет собой терапевтически (психотерапевтически) направленную, активную музыкальную деятельность, заключающуюся в воспроизведении музыкального материала с помощью собственного голоса или каких-либо музыкальных инструментов. Пассивная предполагает процесс восприятия (слушания) музыки с психотерапевтической целью (Баранов, 2012).

Любой процесс деятельности, в том числе и учебной, имеет тенденцию принимать ритмическую форму. Именно таким ритмическим раздражителем является музыка.

Музыка выступает и как средство для отвлечения от беспокоящих человека мыслей, и как средство успокоения и даже лечения. Большое значение играет музыка как средство борьбы с переутомлением. Музыка может задавать определенный ритм перед началом работы, настраивать на глубокий отдых во время перерыва.

Проведенные учеными наблюдения над людьми с различной музыкальной подготовкой показали, что сильное физиологическое воздействие на организм производят только хорошо известные классические и народные мелодии. Поэтому, используя музыку в качестве вспомогательного лечебного средства, нужно учитывать соответствующие вкусы отдельных людей. Среди музыкальных инструментов можно выделить лидеров по воздействию на состояние человека. Наибольшее влияние оказывает органная музыка.

Музыка в учебе и труде, также как и во время отдыха, способна возбудить и успокоить, ободрить и развеселить, воодушевить и вдохновить. Обладая большой силой психофизиологического воздействия, она способна придать покой и движение, легкость и тяжесть, возбудить то или иное эмоциональное впечатление (Чернова, Файзулаева, 2010).

В современной психотерапевтической и психологической практике музыкотерапия широко используется в управлении эмоциональным состоянием.

Чтобы разобраться, какие техники музыкотерапии и как можно применять студентам для управления собственным эмоциональным состоянием, необходимо рассмотреть, что такое эмоции, и какие эмоции преобладают у студентов в период сессии.

Итак, эмоции (от лат. emovere – волновать, возбуждать) – это отражение отношения субъекта к значимым объектам окружающего мира; это субъективная форма существования потребностей: эмоции сигнализируют субъекту о потребностной значимости объектов и побуждают направить на них деятельность. Они отражают отношение субъекта к миру и к самому себе, удовлетворенность или неудовлетворенность потребности, а также возможность/невозможность ее удовлетворения в будущем.

Близким по содержанию к понятию «эмоции» является термин «эмоциональное состояние». Под ним понимают психическое состояние, которое возникает в процессе жизнедеятельности субъекта и определяет не только уровень информационно-энергетического обмена, но и направленность поведения.

Если говорить о том, что представляет собой эмоциональное состояние, то следует отметить, что любое из них включает в себя следующие компоненты:

1. Переживание как отражение субъектом своих собственных состояний, а не отражение свойств внешних эмоциогенных объектов. Оно не содержит образа отражаемого и проявляется в форме удовольствия или неудовольствия, напряжения или разрешения, возбуждения или успокоения.

2. Физиологический компонент эмоционального состояния проявляется в изменении функционирования разных органов и систем организма. Конкретно, эмоции могут проявляться через изменения вегетативных показателей (частота сердечных сокращений, артериальное давление, частота дыхания, изменения сопротивления кожи, сужение и расширение сосудов, температура кожи, диаметр зрачка); секреторные реакции – слезы, пот, слюноотделение, внутренняя секреция половых желез; расстройства пищеварительной системы, сокращение и расслабление сфинктеров, электрическая активность мозга, химический и гормональный состав крови, мочи, слюны. Физиологические изменения точнее отражают эмоциональное состояние, чем мышечные реакции.

3. Мышечные реакции. Мышечное напряжение, гипертонус мышц (скованность движений) могут свидетельствовать о наличии неразрешенных эмоций.

4. Экспрессивный компонент. Средства экспрессии делятся на мимические, психомоторные и звуковые. К мимическим средствам экспрессии относятся спонтанные и произвольные мимические реакции, которые отражают эмоциональные проявления. Психомоторные средства экспрессии включают подпрыгивания, обнимание, поглаживание и целование, закрывание лица руками. К числу звуковых средств принадлежат смех и плач.

5. Когнитивная оценка полезности или вредности текущих событий. От этой оценки зависит побуждение действовать либо к, либо от определенного стимула или ситуации.

Какие же эмоции испытывает каждый человек? По мнению К. Изарда, существует десять базовых эмоций, имеющих самостоятельное значение: интерес, радость, печаль, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина, удивление. Каждая из них обладает своими функциями, переживается по-разному и по-разному влияет на поведение человека. Удивление является нейтральной эмоцией, радость и интерес – положительными, а остальные отрицательными. Рассмотрим наиболее преобладающие эмоции у студентов в период сессии. Мы предполагаем, что в это время студенты в большей мере склонны переживать такие эмоции как радость, печаль, страх, стыд, вина.

Радость возникает не только по поводу достижения цели, но и по поводу предвидения удовлетворенного желания, как следствие мысленного свершившегося желаемого события. Чтобы испытать радость, человек должен сначала преодолеть препятствия на пути к достижению цели. Радость и счастье являются не самоцелью, а побочным эффектом достижения цели. Радостные переживания полезны для организма. Расслабление тела позволяет восстановить затраченную энергию.

Печаль (депрессия, горе) – это эмоции, возникающие в трудных жизненных ситуациях в ответ на стрессогенные события. Они могут способствовать личностному росту человека, мобилизуя его деятельность, направленную на достижение целей и удовлетворение значимых для него потребностей.

Страх – это эмоция, отражающая защитную биологическую реакцию человека при переживании им реальной или мнимой опасности для его здоровья и благополучия. Первичной функцией страха является организация поведения, направленного на устранение угрозы, избегание опасности. Тревога как вариация эмоции страха – эмоция, связанная с прогнозированием неудачи, опасности или ожидания чего-то важного в условиях неопределенности, при удовлетворении социальных потребностей. Умеренный уровень тревоги позволяет предвидеть возможные препятствия и трудности на пути достижения успеха и запланировать способы их преодоления. Средний уровень тревожности – обязательное условие активной деятельности. Усиление тревоги является необходимым следствием развития самосознания.

Стыд представляет собой осознание собственной неумелости, непригодности или неадекватности в некой ситуации или при исполнении некоего задания, сопровождаемое негативным переживанием – огорчением,

беспокойством или тревогой. Благодаря стыду человек учится учитывать социальные оценки, мнения и чувства окружающих. Стыд делает человека восприимчивым к эмоциям и оценкам окружающих, к критике. Стыд играет роль внутреннего наказания и мотиватора поведения. Во избежание стыда человек начинает развивать свои физические и нравственные качества, приобретать знания и умения, соблюдает правила приличия и гигиены, культурно развивается.

Вина является эмоциональным отражением совести как ответственного отношения к своему поведения и следования своим убеждениям. Переживание вины является результатом проступка, вступившего в противоречие с собственными моральными, этическими и религиозными нормами. Она запускает такой защитный механизм, как желание отменить совершенный проступок и активирует попытки нейтрализовать нанесенный ущерб. Вина вместе со стыдом лежит в основе социальной ответственности и становится расплатой за проступки. Также она стимулирует человека восстановить нормальный ход вещей, исправить ситуацию (Саенко, 2010).

Учеба в вузе – один из видов деятельности, при которой человек ощущает огромную умственную и нервно-эмоциональную нагрузку. При изучении бюджета времени студентов установлено, что их рабочий день достигает 12 часов, а в период экзаменационной сессии удлиняется до 15 часов. В это время студенты испытывают особое напряжение. Данные ряда авторов говорят о неблагополучном влиянии экзаменов на нервную и сердечнососудистую систему. Сильные эмоциональные переживания оставляют неизгладимый след. В некоторых случаях это может привести к функциональным нарушениям психической деятельности (Макаров, 2010).

Многочисленные исследования эмоциональных состояний студентов в период сессии показали, что для подавляющего большинства студентов 1–4-го курсов в период «до сессии» характерно состояние без депрессии, тогда как в период сессии превалирующим является состояние субдепрессии. Также установлено, что у основной массы студентов 1–4-го курсов в период «до сессии» выявляется низкий уровень тревожности, тогда как во время сессии – высокий и очень высокий уровни тревожности (Назарова, Макарова, 2011).

В связи с этим весьма актуальным становится потребность в формировании у студентов навыков управления собственными эмоциональными состояниями в ситуации, приближенной к экстремальной. Эту задачу может решить психологический тренинг в сопровождении с музыкотерапией. На нем могут быть использованы следующие основные методы, приемы и техники управления эмоциональными состояниями: метод

визуализации, метод релаксации, метод самовнушения, групповое обсуждение проблемы, тестирование, проективный рисунок, анализ жизненных ситуаций, гештальттехника, прием вербализации (Макаров, 2010).

Для проведения музыкотерапии подбор произведений приобретает особое значение при моделировании настроения. Для этого не рекомендуется использовать модные шлягеры или популярные новинки. Достаточно длинное и универсальное эмоциональное воздействие без эффектов «пресыщения» оказывают лишь классические произведения П.И. Чайковского, С.В. Рахманинова, И.С. Баха, Ф. Шопена, К. Глюка, Л. Бетховена и др.

В большинстве исследований указывается, что достаточно провести 8-10 сеансов направленного прослушивания музыки, чтобы получить наглядное улучшение психического состояния человека. Рекомендуется последовательно прослушивать два-три специально подобранных комплекса, состоящих из трех произведений, вызывающих в итоге сводную реакцию.

Для моделирования настроения студентов при проведении музыкотерапии можно порекомендовать следующие музыкальные произведения:

– при переутомлении и нервном истощении – «Утро» Э. Грига, «Полонез» М. Огинского;
– при угнетенном меланхолическом настроении – «К радости» Л. Бетховена, «Аве Мария» Ф. Шуберта;
– при выраженной раздражимости, гневности – «Хор пилигримов» Р. Вагнера, «Сентиментальный вальс» П.И. Чайковского;
– при снижении сосредоточенности, внимания – «Времена года» П.И. Чайковского, «Лунный свет» К. Дебюсси, «Грезы» Р. Шумана.

Программа тонизирующего воздействия реализуется с помощью «Чардаша» Ф. Монти, «Аделита» Г. Персела, «Шербургские зонтики» М. Леграна и др. (Чернова, Файзулаева, 2010).

Изучением музыкотерапии занимались различные ученые в разное время. У этой области практической психологии большой потенциал. Научные исследования в этой области доказывают, что музыкотерапия важна и необходима человеку для его развития, благоприятного эмоционального состояния. Поэтому в качестве рекомендации студентам можно предложить не только в период эмоционального напряжения, но и в повседневной жизни слушать классическую музыку.

Список литературы

1. Баранов Ю.А. Музыкотерапия как вид терапии // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2012. – № 17. – С. 125-129.

2. Грушко Н.В. Использование музыки как средства психокоррекции личностных проблем творческим самовыражением // Вестник Омского университета. Серия: Психология. – 2008 – № 2. – С. 77-81.
3. Макаров Ю.В. Психологический тренинг как средство снятия эмоционального напряжения у студентов в период экзаменационных сессий // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2010. – № 136. – С. 56-64.
4. Назарова В.В., Макарова О.В. Особенности эмоционального состояния студентов в период сессии //Актуальные проблемы психологии: теория и практика: Материалы международной научно-практической конференции (30 мая 2011 г.). [Электронный ресурс]. – URL: http://sibac.info/12987 (дата обращения 29.10.2014).
5. Петрушин В.И. Музыкальная психология. – М.: Академический Проект, 2006. – 400 с.
6. Саенко Ю.В. Регуляция эмоций. – М., 2010. – 232 с.
7. Чернова Н.Н., Файзулаева М.П. Музыкальная психотерапия в реабилитации учащихся и студентов // Вестник Казанского государственного университета культуры и искусств. – 2010. – № 2. – С. 97-99.

ОСОБЕННОСТИ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ФЕНОМЕНОМ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ

М. К. Лукьянова[1], Ю. В. Морозова[2]

[1]Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации
[2]Общеобразовательное учреждение гимназия № 11 имени А.Н. Кулакова

Каждый человек хоть раз в жизни испытывал на себе чувство, когда он не мог выйти из гнетущего состояния, не понимал, почему не может взять себя в руки, или не удавалось прекратить действия, которые не являлись эффективными или, напротив, инициировать то, что является жизненно важным. Каждый хоть раз чувствовал себя слабым, безвольным и беспомощным. Во всех этих случаях имеет место быть феномен выученной беспомощности.

Выученная беспомощность означает неадаптивное, пассивное поведение человека, которое проявляется в большинстве ситуаций как доминантный паттерн. По большому счету, выученная беспомощность представляет собой нарушение мотивационной и волевой сферы человека, возникшее в результате пережитой им, как правило, неоднократно, неподконтрольности ситуации, связанной с независимостью результата от прилагаемых человеком усилий. Но просто так этот феномен не возникает, он начинает закладываться еще с детства.

В деятельности учеников это приводит к снижению активности, неуверенности в себе, уходу от проблемных ситуаций, отсутствию инициативы в деятельности, избеганию ответственности за свое поведение, а также к снижению учебной успеваемости.

Выученная беспомощность (learned helplessness) – особенность поведения, приобретаемая при систематическом негативном воздействии, избежать которого нельзя. Характеризуется тем, что наступает торможение моторной активности, ослабляется биологическая мотивация, теряется способность к научению, появляются соматические расстройства. Имеет тенденцию к генерализации, возникнув в одной сфере жизнедеятельности, переносится на другие – происходит отказ от попыток решения задач, которые могут быть решены на основе внутренних ресурсов (Селигман М., Маер С., 1967).

Д.А. Циринг в своих работах отмечала, что самостоятельность в контексте концепции личностной беспомощности является качеством субъекта, представляющим собой целостное образование, включающее в себя особенности когнитивной, мотивационной, волевой и эмоциональной сфер личности, в частности, ответственность, настойчивость, оптимистичность, креативность, уверенность в себе, гибкость, мотивацию достижения, внутренний локус субъективного контроля и другие, определяющие в своем единстве его высокий уровень субъектности, то есть высокую способность преобразовывать действительность и собственную жизнь (Циринг Д.А., 2006).

В структуру личностной беспомощности входят мотивационный, когнитивный, эмоциональный и волевой компоненты, которые неразрывно связаны между собой. Более низкая сформированность волевых качеств личности при личностной беспомощности обусловлена тем, что когнитивные особенности, характеризующие личностную беспомощность, затрудняют постановку целей, поскольку учет последствий оказывается искаженным в связи с пессимистическим атрибутивным стилем, снижением креативности, ригидностью мышления. Экстратенсивная мотивация и экстернальный локус контроля делают человека зависимым от других людей, обстоятельств. Пессимистический прогноз разрушает смысл предпринимаемых действий, что ослабляет силу мотивов, затрудняет процесс принятия решений и влечет за собой отказ от намерения и исполнения действия. Это подтверждается как данными, полученными автором работы, так и другими исследователями (Е.В. Веденеева, Е.В. Забелина, Ю.В. Яковлева).

Нарушение мотивационной и волевой сферы влияет и на формирование эмоционального поведения. Беспомощные юноши и девушки

ощущают себя пассивными объектами действия других людей и внешних обстоятельств, то есть у них преобладает экстернальный локус контроля в оценке происходящих с ними событий. В связи с этим у них также нарушается и эмоциональная сфера поведения. Так как девушкам и юношам с нарушениями мотивационной сферы при выученной беспомощности характерно экстеральный локус контроля, мотивация избегания неудач, низкая самооценка, низкий уровень притязаний, страх отвержения и экстратенсивная мотивация, то их общий эмоциональный фон очень снижен. Их настроение пессимистическое, они не видят лучшего исхода своих действий.

Нарушение эмоциональной сферы поведения влияет на когнитивную сферу. При нарушении эмоциональной сферы для юношей и девушек характерна замкнутость, равнодушие, склонность к чувству вины, низкий контроль эмоций, депрессивность, астения и фрустрированность. Нарушение эмоциональной сферы и в связи с этим общий сниженный фон настроения непосредственно влияет на познавательную функцию и когнитивную сферу в общем.

Когнитивное развитие – развитие всех видов мыслительных процессов, таких как восприятие, память, формирование понятий, решение задач, воображение и логика. Теория когнитивного развития была разработана швейцарским философом и психологом Жаном Пиаже. Теория считается «конструктивистской», в том смысле что, в отличие от нативистских теорий (которые описывают когнитивное развитие как разворачивание врожденных знаний и способностей) или эмпирических теорий (которые описывают когнитивное развитие как постепенное приобретение знания через опыт), она утверждает что мы самостоятельно конструируем наши когнитивные способности с помощью собственных действий в окружающей среде (Пиаже Ж., 1994).

Теория деятельностного происхождения мотивационной сферы человека, созданная А.Н. Леонтьевым (60-е гг. XX в.) является наиболее разработанной, завершенной концепцией мотивации. Согласно ей, мотивационная сфера человека имеет свои источники в практической деятельности. В самой деятельности можно обнаружить составляющие, которые соответствуют элементам мотивационной сферы функционально и генетически. В основе динамических изменений, которые происходят с мотивационной сферой человека, лежит развитие системы деятельности. Также большое значение в изменении деятельности, в изменении ее динамики играет мотив. Мотив окрашивает структурные единицы деятельности, и от того, каким мотивом побуждается деятельность, нередко зависят ее эффективность и качественные особенности протекания.

Мотивы деятельности определяют значимость ее для личности, а также психологический облик самого человека. Вводя понятие личностного смысла деятельности, А.Н. Леонтьев приходит к выводу о том, что «формирование личности человека находит свое психологическое выражение в развитии ее мотивационной сферы» (Леонтьев А.Н.,1960).

Таким образом, можно сделать вывод, что важную роль в развитии выученной беспомощности играет недостаточная сформированность волевой и эмоциональной сферы, которые влекут за собой эмоциональные проблемы и проблемы в когнитивной сфере.

В психологических периодизациях Д.Б. Эльконина и А.Н. Леонтьева ведущей деятельностью в юности (15-18 лет) признается учебно-профессиональная деятельность. Несмотря на то, что во многих случаях юноша продолжает оставаться школьником, учебная деятельность в старших классах должна приобрести новую направленность и новое содержание, ориентированное на будущее (Эльконин Д.Б., 1989).

Характерный уровень когнитивного развития в младшем подростковом и старшем подростковом возрасте – формально-логическое, формально-операциональное мышление. Это абстрактное, теоретическое, гипотетико-дедуктивное мышление, не связанное с конкретными условиями внешней среды, существующими в данный момент. К концу младшего подросткового возраста общие умственные способности уже сформированы, однако на протяжении старшего подросткового они продолжают совершенствоваться. Совершенствуется владение сложными интеллектуальными операциями анализа и синтеза, теоретического обобщения и абстрагирования, аргументирования и доказательства. В дальнейшем интеллектуальное развитие предполагает выход на качественно новый уровень, связанный с развитием творческих способностей и предполагающий не просто усвоение информации, а проявление интеллектуальной инициативы и создание чего-то нового: речь идет о способности увидеть проблему, поставить и переформулировать вопросы, находить нестандартные решения.

Активно развивается в старшем подростковом возрасте эмоциональная сфера. Направленность на будущее, ощущение расцвета физических и интеллектуальных возможностей, открывающихся горизонтов создают у юношей и девушек оптимистическое самочувствие, повышенный жизненный тонус. Общее эмоциональное самочувствие становится более ровным, чем у младших подростков. Эмоциональная сфера в юности становится значительно богаче по содержанию и тоньше по оттенкам переживаний, повышается эмоциональная восприимчивость и способность к сопереживанию.

Развитие волевой и мотивационной сферы приобретают более устойчивый характер. Предварительное самоопределение, построение жизненных планов на будущее – центральное психологическое новообразование старшего подросткового возраста. Происходит существенная перестройка волевой сферы, проявляется самостоятельность, решительность, критичность и самокритичность, выражено неприятие лицемерия, ханжества, грубости. Развитие волевой сферы в юности тесно связано с индивидуально-личностными свойствами человека, с его самосознанием, с его самооценкой. Все это детерминировано (обусловлено) усилением личностного контроля, самоуправления, новой стадией развития интеллекта, открытием своего внутреннего мира и самостоятельности.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что выученная беспомощность может пагубно отразиться на учебной деятельности подростков. Ведь развитие волевой и мотивационной сферы активно влияют на когнитивную сферу, что позволяет подросткам нормально учиться и развиваться. Если же у подростков ослаблена воля, мотивация к учебе, и слабо развита самостоятельность, это на прямую влияет и на учебную деятельность, и на межличностные отношения подростков и на развитие детей в целом.

Нами было организованно и проведено исследование на базе МАОУ гимназия № 11. Было опрошено 40 детей старшего школьного возраста. Целью исследования стало выявление особенностей развития волевой сферы детей с феноменом выученной беспомощности. Гипотеза состояла в том, что уровень развития волевой сферы детей с феноменом выученной беспомощности старшего школьного возраста ниже, чем уровень развития данного качества у сверстников, не относящихся к данной категории.

В ходе нашего исследования мы использовали ряд методик, направленных на диагностику волевой сферы (методика определения силы воли (разработка Р.С. Немова)); на диагностику эмоциональной сферы и мотивационной сферы, направленной на отношение к успеху и учебе (методика диагностики мотивации учения и эмоционального отношения учеников средних и старших классов школы; опросник мотивации успеха и боязни неудачи (А.А. Реан); также на диагностику когнитивной сферы, которая дает нам возможность оценить логическое мышление учеников, выделение абстрактных связей, и уровня сформированности когнитивной сферы в целом (методика «количественные отношения»; «сложные аналогии»; тест на логическое мышление (М. Войнаровский)).

15 % детей считают уровень своей воли низким. У этих детей преобладают III–IV уровень мотивации учения и эмоционального отношения к познавательной деятельности. Для таких детей характерна сниженная

познавательная мотивация, переживание «школьной скуки», отрицательное эмоциональное отношение к учебе. Также для них характерна направленность мотивации на неудачи, боязнь неудач. В когнитивной сфере средние и ниже среднего показатели.

Остальные 85 % детей оценили себя как людей с твердой волей, ответственными за свои поступки и поведение. У этих детей преобладает I и II уровень мотивации учения и эмоционального отношения к познавательной деятельности. Такие дети выражают продуктивную мотивацию с выраженным преобладанием познавательной мотивации учения и положительным эмоциональным отношением к нему. Большинству детей из данной группы свойственна самостоятельность, ответственность, заинтересованность в учебе, мотивация на успех.

Таким образом, мы видим, что у детей в старшем школьном возрасте с феноменом выученной беспомощности не до конца сформирована волевая и мотивационная сфера, это может непосредственно влиять и на когнитивные способности учеников, что впоследствии может привести к проблемам в учебе, познавательной деятельности.

В ходе проведения диагностической работы мы можем дать некоторые общие рекомендации к коррекции феномена выученной беспомощности. Несомненно, нужно делать акцент на волевой и мотивационной сфере учеников. Это можно производить с помощью системы тренингов. направленных на повышение волевой сферы, развитие самостоятельности, снижение эмоционального напряжения, снижение уровня тревожности у подростков и повышение мотивации к достижению своих целей. Также будет полезным проведение бесед с учениками и включение их в активную деятельность.

Использование данных диагностических программ позволило выявить специфические особенности проявления выученной беспомощности, характерные для старшего подросткового возраста.

Данное исследование открыло новые перспективы изучению проблемы феномена выученной беспомощности. Диагностика выученной беспомощности показала необходимость разработки целенаправленной коррекционной программы, направленной на профилактику выученной беспомощности в представленной возрастной категории.

Список литературы

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: Учеб. пособие для вузов / Г.С. Абрамова – Екатеринбург: Деловая книга, 2002. – С. 165-167. – 672 с.
2. Выготский Л.С. Проблема воли и ее развитие в детском возрасте / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1982. – С. 454-465.
3. Селиванов В.И. Психология волевой активности / В.И. Селиванов. – Рязань, 1974. – С. 51-52.

4. Ильин Е.П. Психология воли / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2000. – С. 118-121.
5. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл; Академия, 2004. – 346 с.
6. Фролов Ю.И. Психология подростка. Хрестоматия / Ю.И. Фролов – М.: Российское педагогическое агентство, 1997. – С. 232-285.
7. Выготский Л.С. Детская психология / Л.С. Выготский – М.: Педагогика, 1984. – С. 19-432 с.
8. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды / Д.Б. Эльконин – М.: Педагогика, 1989. – С. 64-560 с.
9. Никифорова Г.С. Психология здоровья: новое научное направление / Г.С. Никифорова – СПб.: Питер, 2003. – С. 28-30.
10. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста./ Ф. Райс – СПб.: Питер, 2000. – С. 98-101.

НРАВСТВЕННАЯ СФЕРА ЛИЧНОСТИ ДОШКОЛЬНИКА ПРИ РОДИТЕЛЬСКИХ ТИПАХ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ

Л.И. Марченко

Сибирская академия права экономики и управления, г. Иркутск

Состояние общественной нравственности зависит от нравственной культуры и уровня нравственного развития каждого человека, которые закладываются в детстве. Дошкольный возраст является самоценным периодом развития, в котором складывается детская личность; формируется правилосообразное нормативное поведение.

Развитие личности, как процесс «социализации индивида», осуществляется в определенных условиях семьи, ближайшего окружения, в определенных социально-политических, экономических условиях региона, страны, в этнокультурных, национальных традициях того народа, представителем которого он является. Это макроситуация личностного развития.

В то же время на каждой фазе жизненного пути, как подчеркивал Л.С. Выготский, складываются определенные социальные ситуации развития, как своеобразное отношение ребенка к окружающей его социальной действительности.

По Л.С. Выготскому, социальная ситуация развития определяет целиком и полностью те формы и тот путь, следуя которому, ребенок приобретает новые свойства личности, черпая их из социальной действительности, как из основного источника развития, и тот путь, по которому социальное становится индивидуальным (С.Л. Выготский, 2000, с. 19-20).

Социальная ситуация развития, включающая систему отношений, различные уровни социального взаимодействия, различные типы и формы деятельности, рассматривается в качестве основного условия личностного развития.

Формирование нравственной сферы личности дошкольника – это сложный, многопрофильный процесс развития и направленного совершенствования как биологических, так и социальных качеств людей в соответствии с потребностями и интересами определенного общественного строя.

Таким образом, дошкольное детство – это период первоначального фактического складывая личности, период развития личностных механизмов поведения.

Получая от воспитательного микросоциума позитивные нравственные образцы, нравственные ценности, интериоризируя их через осознание, чувства и переживания, ребенок осваивает нравственный опыт, нравственную культуру общества.

Дошкольный возраст является периодом, где происходит интенсивное освоение первичных этических норм поведения и формирования моральных переживаний. Значимое переживание определяет существенные сдвиги в духовном мире ребенка, закрепляет их и приводит к формированию новых черт личности. Целостность личности наиболее четко выступает именно в ее нравственном развитии.

В эмоциональной сфере это:

– развитие и понимание эмоций как положительных, так и отрицательных;
– развитие социальных эмоций;
– формирование моральных переживаний и т.д.

В мотивационной сфере это:

– индивидуальная мотивационная система;
– зарождение истинно мотивационных форм поведения;
– проявление эмпатии и самоконтроля определяют морально-нравственную ориентацию и поведение ребенка на данном этапе.

В когнитивной сфере это:

– развитие «Я-концепция»;
– представления о том, каким человеком он может стать (потенциальное «Я-образ»).

А.В. Запорожец и Д.Б. Эльконин отвергают представление о том, что детям дошкольного возраста недоступна никакая другая этика, кроме этики эгоцентризма. Представления о дошкольнике, как асоциальном существе чуждом каких бы то ни было этических норм, которому

недоступны моральные чувства и который руководствуется в своей жизни только чувством собственного удовольствия, опровергается ими полностью (А.В. Запорожец, 1986, с. 256).

В отечественной психологии развитие нравственной сферы ребенка рассматривается как процесс усвоения заданных обществом образцов поведения, в результате которого эти образцы становятся мотивами поведения. Формирующее воздействие должно быть направлено на нравственное сознание, нравственные чувства и нравственное поведение ребенка.

Специфика нравственного развития состоит в том, что оно подчиняется действию общественно-исторических законов путем присвоения выработанных обществом форм и способов деятельности и поведения. Нравственное развитие детей осуществляется как диалектический процесс, состоящий из формирования и разрешения различных противоречий.

В качестве движущих сил выступают, с одной стороны, те внутренние противоречия, с которыми ребенок сталкивается в процессе взросления, а с другой, внешние стимулы, побуждающие его изменяться. На каждом возрастном этапе ребенок усваивает социальный опыт, который приводит в действие функциональные системы (качественные сочетания нравственных знаний, чувств и привычек).

В онтогенезе личности происходит идентификация с именем, со специальными образцами, развивающими притязания на признание с образом «Я» в прошлом, настоящем и будущем; с теми общественными ценностями, которые обеспечивают бытие личности в социальном пространстве и дают ей возможность присвоить общественные нормативы прав и обязанностей.

Ребенок усваивает связь между действием и наказанием (ранний возраст). Он понимает, что каждый поступок имеет последствия: логическое понимание (младший дошкольный возраст); ребенок может сам оценить свои поступки, причину их побудившую: оценка и покаяние (старший дошкольный возраст) (Е. Волосова, 1991, с. 59).

Нравственное развитие – присвоение ребенком моральных норм, их обобщение и превращение во внутренние «моральные инстанции», реализуемые поведением. Нравственное развитие не является изолированным процессом. Оно связано с процессом социального и психического развития ребёнка, становлением целостной личности (М.В. Гамезо, 1999, с. 168).

Однако на пути нравственного становления личности встречаются многочисленные препятствия, которые приводят к отклонениям в нравственном развитии. Такие дети отличаются слабостью нравственно-этических знаний, несформированностью нравственных привычек,

невоспитанностью нравственных чувств и отсутствием единства между сознанием и поведением. Эти характеристики коррелируют с нарушениями поведения, общения и игровой деятельностью.

Дошкольный возраст характеризуется зависимостью от взрослого. Прохождение этого этапа становления личности определяется тем, какие отношения складываются у ребенка с взрослым. Личностные качества родителей становятся достоянием детей (М.И. Лисина, 1974, с. 126).

В общении с взрослыми у ребенка формируется оценка себя и других, и появляется способность сочувствовать другим людям, переживать чужие горести и радости как собственные. В общении с взрослыми он впервые осознает, что нужно учитывать не только свою, но и чужую точку зрения. С благоприятных взаимоотношений ребенка с взрослым начинается ориентация ребенка на других.

Личности родителей играют существенную роль в жизни каждого человека. В тяжелую минуту жизни мы мысленно обращаемся к родителям, особенно к матери. Необходимая потребность маленького ребенка – родительская любовь, являющаяся источником и гарантией благополучия ребенка, поддержания его телесного и душевного здоровья. Создание у ребенка уверенности в том, что его любят и о нем заботятся, будет первой и основной задачей родителей.

Дошкольный возраст характеризуется тесной эмоциональной привязанностью ребенка к родителям, особенно к матери, в виде потребности в любви и уважении. В этом возрасте ребенок еще не способен ориентироваться в тонкостях межличностного общения, не способен понимать причины конфликтов между родителями, не владеет средствами для выражения собственных чувств и переживаний. Поэтому ссоры между родителями воспринимаются ребенком как тревожное событие, где он чувствует себя виноватым в этом конфликте и объясняет все тем, что он плохой, не оправдывает надежд родителей и не достоин их любви. Таким образом, частые конфликты, громкие ссоры между родителями вызывают у детей-дошкольников постоянное чувство беспокойство, неуверенности в себе, эмоционального напряжения и могут стать источником их психического нездоровья (М.И. Лисина, 1974, с. 167).

Из всего выше сказанного, можно говорить о том, что материнская любовь возникает и развивается на основе детского опыта взаимодействия ребенка с собственной матерью, на то, какие связи устанавливаются между матерью и ребенком после его рождения, в результате ее заботы и его ответной реакции, на основе игры в детстве (Р.А. Рамих, 1997, с. 98).

Первоначально в психоаналитических и других направлениях психологии личности изучалась роль матери в образовании ранних структур,

например, М.И. Лисиной, Е.О. Смирновой, А. Фрейдом, К. Хорни. Также проводилось исследования, связанные с нарушением психического развития, – А.Я. Варгой, Э.Г. Эйдемиллером и др.

Согласно Э. Фромму, любовь матери безусловна. Связь матери и ребенка это по самой своей природе неравенство, где один полностью нуждается в помощи, а другой дает ее. Из-за альтруистического, бескорыстного характера материнская любовь считается высшим видом любви и наиболее священной изо всех эмоциональных связей. Представляется все же, что действительным достижением материнской любви является не любовь к младенцу, а ее любовь к растущему ребенку. Действительно, огромное большинство матерей – любящие матери, пока ребенок мал и полностью зависим от них. Большинство матерей хотят детей, они счастливы с новорожденным ребенком и погружены в заботу о нем. И это несмотря на то, что они ничего не получают от ребенка в ответ, кроме улыбки или выражения удовольствия на лице. Эта установка на любовь отчасти коренится в инстинктивной природе, которую можно обнаружить у самок как животных, так и людей. Но наряду с важностью инстинктивного фактора существуют еще специфически человеческие психологические факторы, ответственные за этот тип материнской любви. Один из них может быть обнаружен в нарциссистском элементе материнской любви. Ввиду того, что ребенок воспринимается как часть ее самой, любовь и слепое обожание матери могут быть удовлетворением ее нарциссизма. Другие мотивации могут быть обнаружены в материнском желании власти или обладания. Ребенок, существо беспомощное и полностью зависимое от ее воли это естественный объект удовлетворения для женщины, властной и обладающей собственническими чертами. Хотя эти мотивации встречаются часто, они, вероятно, все же менее важны и менее всеобщи, чем мотивация, которая может быть названа потребностью трансцендирования. Потребность в трансцендировании – одна из основных потребностей человека, коренящаяся в его самосознании. Он не удовлетворен своей ролью в сотворенном мире, он не может воспринимать себя в качестве игральной кости, наугад брошенной из кубка. Ему необходимо чувствовать себя творцом, выйти за пределы пассивной роли сотворенного существа. Есть много путей достижения удовлетворения творением; наиболее естественный и легкий путь достижения – это материнская забота и любовь к ее творению. Она выходит за пределы себя в ребенке, ее любовь к нему придает значение и смысл ее собственной жизни (Э. Фромм, 2001, с. 201).

Материнская любовь обеспечивает идентификацию как механизм развития личности. Анализируя работы В.С. Мухиной, можно увидеть 2 вида идентификации:

1) интериоризационная идентификация – обеспечивает само «присвоение» и «вчувствование» в другого.

2) экстрариозационная идентификация – обеспечивает перенос своих чувств и мотивов на другого.

Матери легче и быстрее налаживают эмоциональный контакт с ребенком. В когнитивных репрезентациях матери, формирующихся в процессе жизни, представлена картина того, какой должна быть любящая мать и каким образом она должна проявлять свою любовь к ребенку (В.С. Мухина, 2000, С. 346).

Действительно, дети эмоционально ближе к матери, чем к отцу. Материнская любовь реализует положительные характеристики родительского чувства, как искренность, уважение, альтруизм.

Таким образом, значение любви матери для ребенка велико. Взаимоотношения с отцом не столь интенсивны, как с матерью. Мать играет всеохраняющую и вселюбящую роль. Мать любит ребенка таким, какой он есть. Кроме того, любовь матери в большей степени обусловлена по биологическим причинам (по сравнению с любовью отца), а доминирует в ней эмоционально-чувственный компонент, тогда как у отцов преобладает социальная составляющая (рациональный компонент) родительской любви (Р.В. Овчарова, 2003, с. 278).

Т.М. Афанасьева считает, что мать является самым первым воспитателем и самым первым наставником ребенка, именно от нее зависят счастье и будущее величие, обходительность и образованность, справедливость, разум и вера ее маленьких детей.

Отсутствие или недостаток материнской ласки, любви очень часто является причиной появления у ребенка отрицательных и тяжелых психических состояний, начиная от чувства незащищенности и кончая озлобленностью. Ведь мама – это и защита ребенка, и забота о нем, и внимание, и беспокойство, и многое другое.

Материнство необходимо оценивать по особой мерке, прежде всего, не как физиологический акт, но как явление нравственного порядка. Здоровой женщине дана возможность стать родительницей, но не каждой – хорошей матерью. И все же мать – начало нашего характера.

В идеале мать – ведущая, наставница, руководительница жизни. А дети – исполнители ее воли и наказов всегда и во всем. Но мы ценим ту мать, что, не теряя ни любви, ни авторитета у своих детей, становится их помощницей, принимает их правду и веру, даже если они отличаются от ее устоявшихся воззрений и привычек (Т.М. Афанасьева, 2002, с. 67).

Таким образом, дошкольный возраст характеризуется тесной эмоциональной привязанностью ребенка к родителям, особенно к матери, в виде потребности в любви и уважении.

Стиль материнского отношения и особенности собственного нравственного опыта матери являются, с одной стороны, средой для формирования социально- приемлемых в данной культуре способов нравственных проявлений ребенка, а с другой – предельными рамками для таких проявлений, которые представляет ему мать.

Поэтому очень многое в развитии ребенка и в его дальнейшей жизни зависит от матери, от ее поведения, от ее отношения к ребенку, от того, сколько внимания мать уделяет ребенку и как сильно он ощущает её любовь.

Список литературы

1. Афанасьева Т.М. Завтрашние родители. – М.: Педагогика-Пресс, 2002. – 99 с.
2. Волосова Е. Эмоциональное воспитание ребенка в повседневной жизни / Е. Волосова // Дошк. Воспитание. – 1991. – № 11. – С. 58-60.
3. Выготский Л.С. Игра и ее значение в психическом развитии ребенка / Л.С. Выготский // Психология дошкольника / Сост. Т.А. Урунтаева. – М.: Академия, 2000. – С. 19-35.
4. Гамезо М.В. Возрастная и педагогическая психология / М.В. Гамезо, Л.М. Орлова. – М.: Изд-во МГПУ, 1999. – 233 с.
5. Запорожец А.В. Избранные психологические труды: в 2 т. – Т.1. Психическое развитие ребенка / Под ред. В.В. Давыдова, В.П. Зинченко. – М.: Педагогика, 1986. – 318 с.
6. Лисина М.И. Общение и его влияние на развитие психики дошкольника. – М., 1974. – 225 с.
7. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: – М.: Академия, 2000. – 456 с.
8. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. – М.: Издательство Института Психологии, 2003. – 319 с.
9. Рамих Р.А. Материнство как социокультурный феномен. – Ростов-на-Дону, 1997. – 227 с.
10. Фромм Э. Искусство любить / Под ред. Д.А.Леонтьева. – 2-е изд. – СПб.: 2001. – 224 с.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ПРИЧИНЫ, УСЛОВИЯ И ФАКТОРЫ

К.А. Онянова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Девиантное поведение, понимаемое как нарушение социальных норм, приобрело в последние годы массовый характер и поставило эту проблему в центр внимания социологов, социальных психологов, медиков, работников правоохранительных органов.

Объяснение причин, условий и факторов, детерминирующих это социальное явление, стало насущной задачей. Ее рассмотрение предполагает поиск ответов на ряд фундаментальных вопросов, среди которых вопросы о сущности категории «норма» (социальная норма) и об отклонениях от нее. В стабильно функционирующем и устойчиво развивающемся обществе ответ на этот вопрос более или менее ясен. Социальная норма – это необходимый и относительно устойчивый элемент социальной практики, выполняющий роль инструмента социального регулирования и контроля. «Социальная норма, – отмечает Я.И. Гилинский, – определяет исторически сложившийся в конкретном обществе предел, меру, интервал допустимого (дозволенного или обязательного) поведения, деятельности людей, социальных групп, социальных организаций».

Социальная норма находит свое воплощение (поддержку) в законах, традициях, обычаях, т.е. во всем том, что стало привычкой, прочно вошло в быт, в образ жизни большинства населения, поддерживается общественным мнением, играет роль «естественного регулятора» общественных и межличностных отношений. Английский мыслитель Клайв С. Льюис склонен видеть в моральных нормах своего рода «инструкции», «обеспечивающие правильную работу человеческой машины» (Осипова, 2005).

Но в реформируемом обществе, где разрушены одни нормы и не созданы даже на уровне теории другие, проблема формирования, толкования и применения нормы становится чрезвычайно сложным делом. Можно понять полное горечи высказывание А. Солженицына: «Какая это реформа, если результат ее – презрение к труду и отвращение к нему, если труд стал позорным, а жульничество стало доблестным?» (Осипова, 2008).

Конечно, российское общество не может долго оставаться в таком положении. Девиантное поведение значительной массы населения воплощает сегодня наиболее опасные для страны разрушительные тенденции.

Во все времена общество пыталось подавлять, устранять нежелательные формы человеческой жизнедеятельности и их носителей. Методы и средства определялись социально-экономическими отношениями, общественным сознанием, интересами правящей элиты. Проблемы социального «зла» всегда привлекали внимание ученых. Философы и юристы, медики и педагоги, психологи и биологи рассматривали и оценивали различные виды социальной патологии: преступность, пьянство и алкоголизм, наркотизм, проституцию, самоубийства и т.п.

В становлении социологии, как науки, исследование негативных явлений (Г. Тард и Э. Дюркгейм, А. Кетле и Г. Зиммель, П. Сорокин и Р. Мертон) сыграло свою роль.

В недрах социологии зародилась и сформировалась специальная (частная) социологическая теория – социология девиантного (отклоняющегося) поведения и социального контроля. Именно под таким названием функционирует один из 40 исследовательских комитетов Международной социологической ассоциации. У истоков социологии девиантного поведения стоял Э. Дюркгейм, а конституированию в качестве самостоятельного научного направления она обязана, прежде всего, Р. Мертону и А. Коэну.

В бывшем СССР отклоняющееся поведение длительное время изучалось преимущественно в рамках специальных дисциплин: криминологии, наркологии, суицидологии и т.д. Социологические же исследования начали в Ленинграде в конце 60-х – начале 70-х гг. В.С. Афанасьев, А.Г. Здравомыслов, И.В. Маточкин, Я.И. Гилинский. В развитии и институализации социологии девиантного поведения большая заслуга принадлежит академику В.Н. Кудрявцеву.

Динамизм социальных процессов в период перестройки, кризисная ситуация во многих сферах общественной жизни неизбежно приводят к увеличению девиаций, проявляющихся в поведенческих формах, отклоняющихся от норм. Наряду с ростом позитивных девиаций (политическая активность населения, экономическая предприимчивость, научное и художественное творчество) усиливаются девиации негативные – насильственная и корыстная преступность, алкоголизация и наркотизация населения, подростковая делинквентность, аморальность. Растет социальная незащищенность граждан. В этих условиях объективно повышается спрос (не всегда и не всеми субъектами социального управления осознаваемый) на научные исследования девиаций, их форм, структуры, динамики взаимосвязей. Тем более, что социальная патология – чуткий барометр общественной жизни.

Специальные социологические теории исследуют отдельные социальные феномены как подсистемы конкретной общественной системы, зависимости объекта изучения от социального целого и взаимосвязи с другими социальными процессами (подсистемами).

Предметом подобных теорий могут быть социальные явления и институты в определенной сфере общественного бытия (труд, политика, быт, досуг) или же «сквозные», присущие различным сферам.

Функционально частные социологические теории служат методологией познания отдельных социологических процессов, общностей, институтов и методологической основой эмпирических исследований.

Социология девиантного поведения относится к «сквозным» теориям.

Специфика ее предмета состоит в том, что круг изучаемых явлений исторически изменчив и зависит от сложившихся в данный момент в конкретном обществе социальных норм.

Однако прежде чем сформулировать суть девиантного поведения, сделаем небольшое «метафизическое» отступление.

Существование каждой системы (физической, биологической, социальной) есть динамическое состояние, единство процессов сохранения и изменения. Девиации (флуктуации в неживой природе, мутации – в живой) являются всеобщей формой, механизмом, способом изменчивости, а, следовательно, и жизнедеятельности, развития каждой системы. Чем выше уровень ее организации (организованности), чем система динамичнее, тем больше значат изменения как средство сохранения (по выражению И. Пригожина – «порядок через флуктуации»).

Поскольку функционирование социальных систем неразрывно связано с человеческой жизнедеятельностью (предметной коллективной сознательной деятельностью общественного человека), социальные девиации реализуются в конечном счете также путем девиантного поведения.

Под девиантным (лат. deviatio – уклонение) поведением понимаются: 1) поступок, действия человека, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам (стандартам, шаблонам); 2) социальное явление, выраженное в массовых формах человеческой деятельности, не соответствующих официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам (стандартам, шаблонам).

В первом значении девиантное поведение – преимущественно предмет психологии, педагогики, психиатрии. Во втором значении – предмет социологии и социальной психологии. Разумеется, такое дисциплинарное разграничение относительно.

Исходным для понимания отклонений служит понятие «норма».

В теории организации сложилось единое – для естественных и общественных наук – понимание нормы как предела, меры допустимого (в целях сохранения и изменения системы). Для физических и биологических систем – это допустимые пределы структурных и функциональных изменений, при которых обеспечивается сохранность объекта и не возникает препятствий для его развития. Это естественная (адаптивная) норма, отражающая объективные закономерности сохранения и изменения системы.

Социальная норма определяет исторически сложившийся в конкретном обществе предел, меру, интервал допустимого (дозволенного или обязательного) поведения, деятельности людей, социальных групп,

социальных организаций. В отличие от естественных норм физических и биологических процессов социальные нормы складываются как результат адекватного или искаженного отражения в сознании и поступках людей объективных закономерностей функционирования общества. Поэтому они либо соответствуют законам общественного развития, являясь «естественными», либо недостаточно адекватны им, а то и вступают в противоречие из-за искаженного – классово ограниченного, религиозного, субъективистского, мифологизированного – отражения объективных закономерностей. В таком случае аномальной становится «норма», «нормальны» же отклонения от нее.

Вот почему социальные отклонения могут иметь для общества различные значения. Позитивные служат средством прогрессивного развития системы, повышения уровня ее организованности, преодоления устаревших, консервативных или реакционных стандартов поведения. Это социальное творчество: научное, техническое, художественное, общественно-политическое. Негативные – дисфункциональны, дезорганизуют систему, подрывая подчас ее основы. Это социальная патология: преступность, алкоголизм, наркомания, проституция, суицид.

Границы между позитивным и негативным девиантным поведением подвижны во времени и пространстве социумов. Кроме того, одновременно существуют различные «нормативные субкультуры» (от научных сообществ и художественной «богемы» до сообществ наркоманов и преступников).

В социологии девиантного поведения выделяются несколько направлений, объясняющих причины возникновения такого поведения. Так, Р. Мертон, используя выдвинутое Э. Дюркгеймом понятие «аномия» (состояние общества, когда старые нормы и ценности уже не соответствуют реальным отношениям, а новые еще не утвердились), причиной отклоняющегося поведения считает несогласованность между целями, выдвигаемыми обществом, и средствами, которое оно предлагает для их достижения. Другое направление сложилось в рамках теории конфликта. Согласно этой точке зрения, культурные образцы поведения являются отклоняющимися, если они основаны на нормах другой культуры. Например, преступник рассматривается как носитель определенной субкультуры, конфликтной по отношению к господствующему в данном обществе типу культуры.

В современной отечественной социологии несомненный интерес представляет позиция Я.И. Гилинского, считающего источником девиации наличие в обществе социального неравенства, высокой степени различий в возможностях удовлетворения потребностей для разных социальных групп. Каждая из позиций имеет право на существование,

т.к. дает срез реально действующих общественных отношений. В то же время их авторов объединяет стремление найти единый источник причинности для различных форм девиаций.

Общей закономерностью отклоняющегося поведения выступает факт относительно устойчивой взаимосвязи между различными формами девиаций. Эти взаимосвязи могут носить вид индукции нескольких форм социальной патологии, когда одно явление усиливает другое. К примеру, алкоголизм способствует усилению хулиганства. В других случаях, наоборот, установлена обратная корреляционная зависимость (уровни убийств и самоубийств).

Существует и зависимость всех форм проявления девиации от экономических, социальных, демографических, культурологических и многих других факторов. Особую остроту эта проблема приобрела сегодня в нашей стране, где все сферы общественной жизни претерпевают серьезные изменения, происходит девальвация прежних норм поведения. Устоявшиеся способы деятельности не приносят желаемых результатов. Рассогласование между ожидаемым и реальностью повышает напряженность в обществе и готовность человека изменить модель своего поведения, выйти за пределы сложившейся нормы. В условиях острой социально-экономической ситуации существенные изменения претерпевают и сами нормы. Зачастую отключаются культурные ограничители, ослабевает вся система социального контроля.

Профессор В.Н. Иванов выделяет такие причины девиации, как те изменения в социальных отношениях общества, которые получили отражение в понятии «маргинализация», т.е. его неустойчивость, «промежуточность», «переходность», распространение различного рода социальных патологий.

«Главный признак маргинализации, – пишет Е. Стариков, – разрыв социальных связей, причем в «классическом» случае последовательно рвутся экономические, социальные и духовные связи» (Ланцова, Шурупова, 2003). Экономические связи рвутся в первую очередь и в первую же очередь восстанавливаются. Медленнее всего восстанавливаются духовные связи, ибо они зависят от известной «переоценки ценностей».

Одной из характерных социального поведения маргиналов является снижение уровня социальных ожиданий и социальных потребностей. Одним из самых тяжелых последствий этого для общества является его примитивизация, проявляющаяся в производстве, в быту, в духовной жизни. Основным социальным источником усиления маргинализации общества является растущая безработица в ее явных и скрытых формах.

Каковы перспективы самой маргинализации общества? В самом общем виде на этот вопрос можно ответить следующим образом. Под влиянием происходящих в обществе изменений, вызванных рыночными реформами, часть маргиналов будет продолжать движение по нисходящей, т.е. опускаться на социальное дно (люмпенизироваться). Вторая часть маргиналов находит постепнно способы адаптации к новым реальностям, обретает новый социальный статус, новые социальные связи и качества. Они заполняют новые ниши в социальной структуре общества, начинают играть более активную, самостоятельную роль в общественной жизни.

Другая группа причин связана с распространением различного рода социальных патологий. В частности, ростом психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, ухудшением генетического фонда населения. Нельзя не отметить, что среди различных видов социальных отклонений широкое распространение получил в последнее время социальный паразитизм в форме бродяжничества, попрошайничества и проституции. Для него характерна прогрессирующая устойчивость, превращающая подобное социальное отклонение в образ жизни (отказ от участия в общественно полезном труде, ориентация сугубо на нетрудовые доходы). Опасность этого паразитизма опасна в любой форме. Так, например, люди, занимающиеся бродяжничеством и попрошайничеством, нередко выступают в роли посредников в распространении наркотиков, совершают кражи, помогают сбыть краденое.

Список литературы

1. Габиани А.А. На краю пропасти: наркомания и наркоманы. М., 2010. С. 156
2. Гилинский Я.И., Смолинский Л.Г. Социодинамика самоубийств // Социс. 2008. № 5. С. 62
3. Иванов В.Н. Девиантное поведение: причины и масштабы // Социально-политический журнал. 2005. № 2.
4. Ланцова Л.А., Шурупова М.Ф. Социологическая теория девиантного поведения // Социально-политический журнал. 2003. № 4.
5. Осипова О.С. Девиантное поведение: благо или зло? // Социс. 2008. № 9.

ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНЯТИЮ АГРЕССИВНОСТИ И АГРЕССИИ

К.В. Островская

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Слово «агрессия» (aggression) происходит от слова adgradi (где ad – на, gradus – шаг), которое в буквальном смысле означает «двигаться на»,

«наступать». Ближайшими словами-родственниками этого понятия являются «прогресс» (движение вперед, развитие) и «регресс» (движение назад). В первоначальном смысле «быть агрессивным» означало нечто вроде «двигаться в направлении цели без промедления, без страха и сомнения». Агрессия – это осознанные действия, которыми причиняют или намерены причинить ущерб другому человеку, группе людей или животному.

Исследователи агрессии имеют разные точки зрения на то, что она собой представляет, и следует ли ее расценивать как положительное или как отрицательное явление (Лютова, 2003).

Э. Фромм определяет агрессию как причинение ущерба не только живому, но и любому неживому объекту. Агрессивное поведение человека является, прежде всего, реакцией на физический и психический дискомфорт, стрессы, фрустрации (фрустрация – психическое состояние, вызываемое объективно непреодолимыми или субъективно так воспринимаемыми препятствиями, возникающими на пути к достижению цели. Проявляется в виде гаммы эмоций). Кроме того, агрессивное поведение может выступать в качестве средства достижения какой-либо цели, в том числе повышения собственного статуса за счет самоутверждения. Это общий подход к пониманию агрессии, однако для более объективного понимания проблемы нужно рассмотреть подробно.

З. Фрейд связывает агрессивность с влечением к смерти. Агрессивность, по его мнению, представляет собой некий постоянно присутствующий в организме подвижный импульс, обусловленный самой природой человека. Это инстинкт либо саморазрушения, либо разрушения другого индивида (Пасечник, 2008).

К. Лоренц считает, что влечение к агрессии встроено в психику человека, и для своего проявления она не нуждается во внешней угрозе или внутренней фрустрации. Она возникает спонтанно и нуждается в разрядке. Биологическую природу агрессивности, по его мнению, подчеркивают успехи селекционеров, выводящих как агрессивные породы собак, петухов и прочее, так и неагрессивные (такие как сенбернар, ньюфаундленд).

Того же мнения придерживается и Э. Фромм, отмечая: «Механизм оборонительной агрессии «вмонтирован» в мозг человека и животного и призван сохранять их жизненно важные интересы от угроз... Необходимо строго различать агрессию биологическую, адаптивную, способствующую поддержанию жизни, доброкачественную, от злокачественной агрессии, не связанной с сохранением жизни» (Кудрявцева, 2005).

Л. Берковиц отказался от постулирования обязательной связи агрессии с фрустрацией и ввел две промежуточные переменные. Так, в качестве звеньев, связывающих фрустрацию и агрессию, выступают,

во-первых, гнев, озлобление (они возникают, когда достижение целей блокируется извне) и, во-вторых, готовность действовать агрессивно, что существенно зависит от «пусковых раздражителей», которые связываются с источником фрустрации (Пасечник, 2008).

В теории, предложенной А. Бандурой, агрессия рассматривается как некое специфическое социальное поведение, которое усваивается и поддерживается в основном точно так же, как и многие другие формы социального поведения. Согласно Бандуре, исчерпывающий анализ агрессивного поведения требует учета трех моментов: 1) способов усвоения подобных действий, 2) факторов, провоцирующих их появление и 3) условий, при которых они закрепляются (Лютова, 2003).

Поэтому существенное значение здесь уделяется обучению, влиянию первичных посредников социализации, а именно родителей, на обучение детей агрессивному поведению. В частности, было доказано, что поведение родителей может выступать в качестве модели агрессии и что у агрессивных родителей обычно бывают агрессивные дети (Кудрявцева, 2005).

Г. Корнадт отмечает, что агрессия связана с гневом, вызванным препятствием на пути к достижению цели, угрозой или причинением боли, а торможение агрессии – с ожиданием негативных последствий ее проявления.

Он считает, что процесс социализации состоит в развитии ответных реакций, принятых в обществе, в котором живет индивид.

Научение определенным навыкам в системе «сигнал – ответ» требует, во-первых, вознаграждения или подкрепления, а во-вторых, наличия некоторого мотивационного процесса или драйва; при этом под драйвом понимается сильный стимул, который побуждает организм к действию. В рамках этой концепции детскую агрессию рассматривают как результат специфического социального научения.

Итак, следует принять, что агрессия в человеке заложена биологически. Это механизм, позволивший homo sapiens в очень давние времена выжить среди более приспособленных и сильных животных. В последующем, решив эти задачи, агрессия не исчезла, а по мере развития человека и образования общества, попала под контроль социальных норм и функций (Кудрявцева, 2005). Сам термин «агрессия» в целом имеет нейтральное значение. По сути, агрессия может быть как позитивной, служащей жизненным интересам и выживанию, так и негативной, ориентированной на удовлетворение агрессивного влечения самого по себе (Кудрявцева, 2005).

В структурном виде агрессия проявляется в виде агрессивного поведения или агрессивных действий. «Это одна из форм реагирования на различные неблагоприятные в физическом и психологическом отношении

жизненные ситуации, вызывающие стресс, фрустрацию и тому подобные состояния. Психологически выступает одним из основных способов решения проблем, связанных с сохранением индивидуальности и тождественности, с защитой и ростом чувства собственной ценности, самооценки, уровня притязаний, а также сохранением и усилением контроля над существенным для субъекта окружением». Агрессивные действия выступают в качестве:

1. средства достижения какой-либо значимой цели.
2. способа психологической разрядки.
3. способа удовлетворения потребностей в самореализации и самоутверждении (Кудрявцева, 2005).

Агрессивность надо рассматривать как готовность, предрасположенность человека к реализации агрессивной модели поведения. В этом случае агрессия есть модель поведения, обеспечивающая адаптацию человека, одним из способов удовлетворения актуальных потребностей в кризисной ситуации развития и жизнедеятельности (стресса, депривации, фрустрации).

Агрессивное поведение складывается из трех компонентов: познавательного, эмоционального, волевого. Познавательный компонент заключает в себе понимание ситуации, выделение объекта и обоснование мотива для проявления агрессии. Эмоциональный компонент представляет собой легкое возникновение отрицательных эмоций: гнева, отвращения, презрения, злости. Наконец, волевой компонент – это целеустремленность, настойчивость, решительность и инициативность (качества сами по себе вполне положительные). Степень выражения компонентов в этой триаде может варьироваться. Все они связаны с физиологическими свойствами личности – темпераментом, интраверсией и экстраверсией и прочим (Кудрявцева, 2005).

Агрессия принимает самые разнообразные формы – явные или латентные. Несмотря на то, что термин «агрессия» обычно употребляется для обозначения разрушительных намерений, его распространяют и на более позитивные проявления, например, активность, порождаемую честолюбием. Подобные действия обозначают как самоутверждение, чтобы подчеркнуть, что они побуждаются невраждебной мотивацией. Они проявляются в форме конкуренции, стремления к достижениям, иронии, спортивных состязаниях и так далее.

Наиболее же привычными проявлениями агрессии считаются конфликтность, злословие, давление, принуждение, негативное оценивание, угрозы или применение физической силы. Скрытые формы агрессии выражаются в уходе от контактов, бездействии с целью навредить кому-то, причинение вреда себе и самоубийстве (Лютова, 2003).

В современной психологии различают понятия «агрессия» и агрессивность». Первое обычно рассматривается как отдельные действия, поступки, второе – как относительно устойчивое свойство личности, выражающееся в готовности к агрессии, а также в склонности воспринимать и интерпретировать поведение другого как враждебное. Люнгитюдные исследования показывают, что агрессивность закладывается в детстве, становится устойчивой чертой характера и сохраняется на протяжении всей его дальнейшей жизни (Бреслав, 2007).

Далее мы рассмотрим типологию агрессивного поведения.

Все мы, естественно, относимся к проявлению агрессии негативно, однако при этом переносим наше отрицательное отношение с конкретных проявлений агрессии на понятие «агрессия» в целом. Между тем это не совсем правильно: многие исследователи отмечают, что агрессия – естественное свойство человека, неотъемлемая часть его жизни, а вовсе не социальная или клиническая патология.

Наше отрицательное отношение к агрессии вызвано тем, что мы постоянно путаем два понятия – агрессию и насилие. Насилие – не только и не столько проявление биологических поведенческих стереотипов, сколько специфический человеческий феномен: оно выходит за пределы целесообразности и является целевым, осознанным воздействием на других. Основной мотив насильственного поведения – самоутверждение за счет другого (Кудрявцева, 2005).

Агрессия есть активная форма выражения эмоции гнева, которая проявляется через причинение ущерба человеку или предмету. Гнев – одна из основных и важнейших эмоций человека. Агрессии не бывает без эмоции гнева. Эмоция гнева служит активатором агрессии (Бреслав, 2007).

В современном обществе большую тревогу и озабоченность педагогов вызывает детское деструктивное поведение. Психологи издавна изучают причины негативного поведения людей, приемы и методы для его предотвращения. А всякое ли проявление агрессии вредит человеку? Не исчезнут ли вместе активность личности, ее интерес к жизни, настойчивость, целеустремленность (Лютова, 2003)?

Ведь еще Э. Фромм рассматривал два совершенно разных вида агрессии. Это оборонительная, «доброкачественная» агрессия, которая служит делу выживания человека. Она имеет биологические корни и затухает, как только исчезает опасность или угроза жизни. Другой вид представляет «злокачественная» агрессия – это деструктивность и жестокость, которые свойственны только человеку и определяются различными психологическими и социальными фактами.

Но, к сожалению, в качестве основных методов борьбы с детской жестокостью и насилием взрослые используют запрет и подавление. При этом уничтожаются оба вида агрессивности, что делает ребенка незащищенным, а потому подверженным обидам, унижению, даже избиению.

Порой, констатируя, что поведение негативно, педагоги ориентируются на результат: есть разрушение – есть агрессия. На самом деле нормальная детская активность часто сопровождается непроизвольными действиями: ребенок может что-то сломать, испортить, доставить боль близкому человеку.

Следует различать активность и агрессивность, которые дифференцируются по целям: первая несет в себе созидание, а вторая – разрушение. Первая всегда сопровождается положительными эмоциями, например, радость познания. Вторая – отрицательными (злостью, ненавистью). Различны и проявляющиеся эмоции: при активности это разочарование, сочувствие, вина, при агрессивности – удовольствие.

Злокачественная агрессивность, безусловно, требует педагогического вмешательства, так как провоцирует появление других негативных эмоций и поведения. Например, «черной» зависти по отношению к чужому успеху, благополучию, радости, побуждающей субъекта совершать злономерные действия. Зависть из эмоции может превратиться в разрушающее качество личности, направленное на негативное отношение даже к нравящемуся объекту (Бреслав, 2007).

В настоящее время существует множество видов классификаций агрессии. Большинство исследователей предлагает дихотомический способ деления. В качестве одного из полюсов большинство из них выделяет инструментальную агрессию – поведение, при котором агрессия является только средством и направлена на достижение какой-либо цели, получение результата, а не нанесение вреда. Такой вид агрессии выделяет Р. Байрон и Д. Ричардсон, К. Додж и Дж. Койе. Агрессия второго вида обычно определяется как враждебная – это ответ на реальную, предполагаемую или вымышленную угрозу для преднамеренного причинения вреда (Кудрявцева, 2005).

По направлению на объект разделяют:

– внешнюю (гетеро) агрессию, характеризующуюся открытым проявлением агрессии в адрес конкретных лиц (прямая агрессии) либо на безличные обстоятельства, предметы или социальное окружение (смещенная агрессия). Человек набрасывается с кулаками на своего обидчика или «срывает злость» на окружающих, издевается над животными, портит вещи обидчика и прочее;

– внутреннюю (ауто) агрессию, характеризующуюся выражением обвинений или требований, адресованных самому себе. Человек мучается «угрызением совести», занимается самонаказанием, а иногда самоистязанием (грызет ногти, кусает, царапает, бьет себя по голове и тому подобное).

По причине появления выделяют:

– реактивную агрессию, представляющую собой ответную реакцию на какой-то внешний раздражитель (ссора, конфликт);
– спонтанную агрессию, появляющуюся без видимой причины, обычно под влиянием каких-то внутренних импульсов (накопление отрицательных эмоций, неспровоцированная агрессия при психических заболеваниях) (Кудрявцева, 2005).

По форме проявления различают:

– вербальную агрессию – выражение негативных чувств в словесной форме: угрозы, оскорбления, содержание которых прямо говорит о наличии отрицательных эмоций и возможности нанесения морального и материального ущерба противнику;
– физическую агрессию – использование физической силы против другого человека или объекта [2];
– экспрессивную агрессию – проявляется невербальными средствами: жестами, мимикой, интонацией голоса и прочее. В таких случаях человек делает угрожающую гримасу, машет кулаком или грозит пальцем в сторону противника, громко извергает ненормативную лексику.

По целенаправленности выделяют:

– инструментальную агрессию – совершается как средство достижения результата: спортсмен, добивающийся победы, ребенок, громко требующий от матери, чтобы она купила ему игрушку и прочее (Кудрявцева, 2005).
– целевую (мотивационную) – выражается в действиях, целью которых является причинение вреда объекту агрессии (Бреслав, 2007).

По открытости проявлений существует:

– прямая агрессия – направляется непосредственно на объект, вызывающий раздражение, тревогу или возбуждение: открытое хамство, применение физической силы или угрозы расправы и прочее (Кудрявцева, 2005).
– косвенная агрессия – действия, направленные окольным путем на другое лицо, хоть как-то связанное с обидчиком (например, когда

несправедливо наказанный учителем школьник бьет учительского любимчика) или ни на кого не направленные (бросание предметов на пол, топанье ногами).

Такая классификация имеет практическую ценность, поскольку человек обычно проявляет сразу несколько видов агрессии, причем они постоянно меняются, переходя друг в друга (Кудрявцева, 2005).

Таким образом, обобщая все перечисленные классификации, можно говорить о том, что к любому проявлению агрессии ведут такие факторы, как ситуация и раздражители, возраст, индивидуальные особенности, внешние физические и социальные условия. Агрессия как внутренняя побудительная тенденция – это неотъемлемая часть личностной динамики, то есть агрессивное поведение личности подразумевает любые действия с выраженным мотивом доминирования.

Агрессивность человека и его склонность к агрессивному поведению существенно детерминируются особенностями его индивидуального развития. Но решающую роль в формировании агрессивного поведения личности, по мнению большинства исследователей данного вопроса, играет ее непосредственное социальное окружение.

Список литературы

1. Агрессивное поведение у детей. [Электронный ресурс] // Мой компас:http: [web-сайт]. 16.12.2008. // <moikompas.ru/compas/agressia_deti> (26.06.2011).
2. Бреслав Г.Э. Психологическая коррекция детской и подростковой агрессивности: Учеб. пособие для специалистов и дилетантов / Г.Э. Бреслав. – СПб.: Речь, 2007. – 144 с.
3. Кудрявцева Л. Типология агрессии у детей и подростков / Л. Кудрявцева // Народное образование. – 2005. – № 8. – С. 193-195.
4. Лютова Е.К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми: комплексная программа / Е.К. Лютова, Г.Б. Монина. – СПб.: Речь, 2003. – 190 с.
5. Пасечник Л. Агрессивное поведение дошкольника / Л. Пасечник // Дошкольное воспитание. – 2008. – № 5. – С. 73-78
6. Пасечник Л. Агрессивное поведение дошкольника / Л. Пасечник // Дошкольное воспитание. – 2008. – № 6. – С. 84-89
7. Практическая психология образования: Учеб. пособие, 4-е изд. / Под ред. И.В. Дубровиной. – СПб.: Питер, 2007. – 592 с.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМ ТРЕВОЖНОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Т.Ю. Павличенко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

В течение последних десятилетий немногие психические проблемы подвергались таким активным экспериментальным, эмпирическим и теоретическим исследованиям, как тревожность.

В современной психологии принято различать «тревогу» и «тревожность», хотя еще полвека назад это различие было неочевидным. Сейчас подобная терминологическая дифференциация характерна как для отечественной, так и для зарубежной психологии (Н.Д. Левитов, А.М. Прихожан, Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин, Х. Хекхаузен и др.).

В самом общем смысле тревога определяется как переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, предчувствием грозящей опасности (Прихожан, 2000).

Понятие тревоги было введено в психологию З. Фрейдом, который разводил страх как таковой, конкретный страх и неопределенный, безотчетный страх – тревогу, носящую глубинный, иррациональный, внутренний характер. В философии подобное разграничение было предложено С. Кьеркегором, и в настоящее время чрезвычайно актуально в философско-психологической системе экзистенциализма (Р. Мэй, П. Тиллих и др.). Дифференциация тревоги и страха по принципу, предложенному З. Фрейдом, поддерживается и многими современными исследователями. Считается, что, в отличие от страха как реакции на конкретную угрозу, тревога представляет собой генерализованный, диффузный или беспредметный страх (Ч.Д. Спилбергер, Н.Д. Левитов и др.).

В отличие от тревоги тревожность в современной психологии рассматривается как психическое свойство и определяется как склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги (Микляева, 2007).

В зарубежной психологии наиболее распространен взгляд на тревожность как свойство личности, а также как один из многих факторов, определяющих структуру личности, представленный в работах Г. Айзенка и У. Шелдона.

В отечественной психологии тревожность традиционно рассматривалась как проявление неблагополучия, вызванное нервно-психическими

и тяжелыми соматическими заболеваниями, либо представляющее собой последствие перенесенной психической травмы (Арапелов, Аршинов, Жданов, 2008).

В настоящее время отношение к явлению тревожности в российской психологии существенно изменилось. Современный подход к феномену тревожности основывается на том, что последнюю не следует рассматривать как изначально негативную черту личности; она представляет собой сигнал неадекватности структуры деятельности субъекта по отношению к ситуации. Для каждого человека характерен свой оптимальный уровень тревожности, так называемая полезная тревожность, которая является необходимым условием развития личности (Арапелов, Аршинов, Жданов, 2008).

К настоящему времени тревожность изучается как один из основных параметров индивидуальных различий. При этом ее принадлежность к тому или иному уровню психической организации человека до сих пор считается спорным вопросом; ее можно трактовать и как индивидное, и как личностное свойство человека.

Первая точка зрения принадлежит В.С. Мерлину и его последователям, которые анализируют тревожность как обобщенную характеристику психической деятельности, связанную с инертностью нервных процессов, то есть как психодинамическое свойство темперамента.

Трактовка тревожности как личностного свойства во многом опирается на идеи психоаналитиков «новой волны» (К. Хорни, Г. Салливана и др.), согласно которым она является следствием фрустрации межличностной надежности со стороны ближайшего окружения

Так, Хорни и Салливен, которые считают тревожность не только основным свойством личности, но и фактором, определяющим ее развитие, тем не менее подчеркивают ее социальное происхождение и зависимость от условий формирования в раннем детстве.

Наоборот, Фромм, который подходит к проблеме психического дискомфорта с позиции исторического развития общества, в то же время считает, что тревога возникает в результате нарушения «естественных социальных связей», «первичных уз». А что такое естественные социальные узы? Это природные, то есть не социальные. Тогда тревога является результатом вторжения социального в биологическое. Подобное рассматривает Фрейд, но только вместо разрушения естественных влечений, по его мнению, происходит разрушение «естественных связей».

Соответственно к настоящему моменту механизмы формирования тревожности остаются неопределенными, и проблема обращения к этому психическому свойству в практике психологической помощи во многом

сводится к тому, является ли она врожденной, генетически обусловленной чертой, или складывается под влиянием различных жизненных обстоятельств. Попытку примирить эти, в сущности, противоположные позиции предприняла А.М. Прихожан, описавшая два типа тревожности:

- беспредметную тревожность, когда человек не может соотнести возникающие у него переживания с конкретными объектами;
- тревожность как склонность к ожиданию неблагополучия в различных видах деятельности и общения.

При этом первый вариант тревожности обусловлен особенностями нервной системы, то есть нейрофизиологическими свойствами организма, и является врожденным, в то время как второй связан с особенностями формирования личности в течение жизни.

Подводя итог анализу результатов исследований, посвященных проблеме тревожности, можно отметить следующие существенные моменты.

- В современной психологии тревога понимается как психическое состояние, а тревожность – как психическое свойство, детерминированное генетически, онтогенетически или ситуационно.
- Тревожность обладает силой самоподкрепления и может приводить к формированию «выученной беспомощности».
- Тревога и тревожность не всегда осознаются субъектом и могут регулировать его поведение на неосознаваемом уровне. Наблюдение тревожного поведения «со стороны» также зачастую затруднительно в силу того, что тревожность может маскироваться под другие поведенческие проявления.

Проблема тревожности является одной из наиболее актуальных проблем в современной психологии. Среди негативных переживаний человека тревожность занимает особое место, часто она приводит к снижению работоспособности, продуктивности деятельности, к трудностям в общении. Человек с повышенной тревожностью впоследствии может столкнуться с различными соматическими заболеваниями.

Разобраться в феномене тревоги, а также в причинах ее возникновения достаточно сложно. В состоянии тревоги мы, как правило, переживаем не одну эмоцию, а некоторую комбинацию различных эмоций, каждая из которых оказывает влияние на наши социальные взаимоотношения, на наше соматическое состояние, на восприятие, мышление, поведение. При этом следует учитывать, что состояние тревоги у разных людей может вызываться разными эмоциями. Ключевой эмоцией в субъективном переживании тревоги является страх.

Страх – самая главная составляющая тревожности, она имеет свои особенности. Функционально страх служит предупреждением о предстоящей опасности, позволяет сосредоточить внимание на ее источнике, побуждает искать пути ее избежания. В случае, когда он достигает силы аффекта, он способен навязать стереотипы поведения – бегство, оцепенение, защитную агрессию.

Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельности личности. У каждого человека существует свой оптимальный или желательный уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность (Арапелов, Аршинов, Жданов, 2008). Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Однако повышенный уровень тревожности является субъективным проявлением неблагополучия личности. Проявления тревожности в различных ситуациях не одинаковы. В одних случаях люди склоны вести себя тревожно всегда и везде, в других они обнаруживают свою тревожность лишь время от времени, в зависимости от складывающихся обстоятельств (Арапелов, Аршинов, Жданов, 2008).

Ситуативно-устойчивые проявления тревожности принято называть личностными и связывать с наличием у человека соответствующей личностной черты – так называемая «личностная тревожность». Это устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающий, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личностная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные, связанные со специфическими ситуациями угрозы его престижу, самооценке, самоуважению (Мей, 2001). Ситуативно-изменчивые проявления тревожности именуют ситуативными, а особенность личности, проявляющей такого рода тревожность, обозначают как «ситуационная тревожность». Это состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Такое состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичным во времени.

В целом можно отметить, что, вероятнее всего, у одних людей существуют генетически обусловленные предпосылки к формированию тревожности, а у других данное психическое свойство является приобретенным в индивидуальном жизненном опыте.

Исследования А.М. Прихожан показали, что существуют различные формы тревожности, т.е. особые способы ее переживания, осознания, вербализации и преодоления. Среди них можно выделить следующие варианты переживания и преодоления тревожности:

1) открытая тревожность – сознательно переживаемая и проявляющаяся в деятельности в виде состояния тревоги. Она может существовать в различных формах:

– как острая, нерегулируемая или слаборегулируемая тревожность, чаще всего дезорганизующая деятельность человека;
– регулируемая и компенсируемая тревожность, которая может использоваться человеком в качестве стимула для выполнения соответствующей работы;
– культивируемая тревожность, связанная с поиском «вторичных выгод» от собственной тревожности, что требует определенной личностной зрелости.

2) скрытая тревожность – в разной степени неосознаваемая, проявляющаяся либо в чрезмерном спокойствии, нечувствительности к реальному неблагополучию, либо косвенным путем через специфические формы поведения: неадекватное спокойствие, уход от ситуации.

Проявления тревожности могут носить соматический и поведенческий характер. Соматические проявления касаются изменений во внутренних органах, системах организма: ускоренное сердцебиение, неровное дыхание, дрожание конечностей, скованность движений. Может повышаться артериальное давление, возникать расстройство желудка.

На поведенческом уровне проявления повышенной тревожности еще более разнообразны и непредвиденны. Они могут колебаться от полной апатии и безынициативности к демонстративной агрессии. Часто это происходит при заниженной самооценке. Заниженная самооценка в большинстве случаев присуща людям с личностной тревожностью, застревающим и педантичным типами акцентуации характера. В результате возникает пониженный фон настроения, закрепляется комплекс неполноценности (Арапелов, Аршинов, Жданов, 2008). Стойкая излишне низкая самооценка влечет за собой чрезмерную зависимость от других, несамостоятельность, искаженное восприятие окружающих.

Бессознательно маскируя свою тревожность, человек провоцирует негативное к себе отношение, что усложняет и без того тяжелое внутреннее состояние.

Одно из более частых проявлений тревожности – апатия и вялость. Конфликт между противоречивыми стремлениями разрешается за счет

отказа от любых стремлений. Апатия часто является следствием безуспешности других механизмов преодолеть тревожность. Маска апатии еще более обманчива, чем маска агрессии. Демонстративная инертность, отсутствие живых эмоциональных реакций мешают распознать тревогу и внутренние противоречия, которые привели к развитию состояния тревожности.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что современные исследования тревожности направлены на различие ситуативной тревожности, связанной с конкретной внешней ситуацией, и личностной тревожности, являющейся стабильным свойством личности, а также на разработку методов анализа тревожности как результата взаимодействия личности и ее окружения.

Список литературы

1. Аракелов Г.Г., Аршинова В.В., Жданова Г.Е. Стресс-факторы, влияющие на формирование психосоциальной устойчивости личности в период студенчества // Психологическая наука и образование. – 2008 – № 2. – С. 52-59.
2. Волков Б.С. Психология юности и молодости: Учебное пособие. – М.: Академический Проект: Трикста, 2006. – 256 с.
3. Микляева А.В., Румянцева П.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. – СПб.: Речь, 2007. – 284 с.
4. Мэй Р. Смысл тревоги. – М., 2001.
5. Прихожан А.М. Тревожность у детей подросткового возраста: психологическая природа и возрастная динамика. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2000.
6. Тревога и тревожность / Сост. и общая редакция В.М. Астапова. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.

ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МАЛОМ ГОРОДЕ И МЕГАПОЛИСЕ

Т.И. Пахирка

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

В современной действительности социокультурное пространство обретает статус сложного, многоуровневого пространства, характеризующегося нестабильностью, неустойчивостью и динамизмом. Поток постоянно изменяющихся, перекрывающих друг друга образцов, норм и правил самореализации и жизнетворчества, в сочетании с равнодушием или открытым неприятием человеком многих из них проблематизируют

сам факт наличия некоего константного «Я», устойчивой «Я-концепции» и актуализируют исследования индивидуальной и групповой идентичности.

Учет факторов и механизмов социокультурной идентификации в региональном аспекте выступает необходимым условием успешной модернизации современного российского общества, сохранения его единства и социальной стабильности. Особенно актуальна эта проблема для регионов Сибири, которые традиционно являются специфическими поликультурными сообществами.

Становление идентичности в юности имеет уникальное значение с точки зрения психологии личности, социальной психологии и т.д., поскольку это период вхождения личности в широкий социальный мир, отличающийся появлением большого количества новых социальных ролей. В юношеском возрасте социально-психологический характер приобретает не только социальная идентичность: активное соотнесение Я с социальными группами, но и достижение личностной идентичности; необходимость поддержания целостности, тождественности личности, вызванная расширяющимся многообразием социального пространства. Именно в юношеском возрасте происходит интеграция социальной и личностной идентичности, как двух сторон целостного социально-психологического феномена. С целью изучения особенностей идентичности студентов малого города и мегаполиса нами было реализовано эмпирическое исследование. Выборка исследования представлена студентами 2–4-го курса очной формы обучения Лесосибирского педагогического института – филиала ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет» в количестве 146 человек, а также студентами Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева, количество выборки равнозначное, средний возраст исследуемых равен 19–20-ти годам.

В качестве диагностического инструментария для изучения идентичности нами была использована методика «Личностная и социальная идентичность» (З.Ф. Урбанович, 2001).

Анализируя результаты исследования по данной методике у исследуемых нами студентов Лесосибирского педагогического института, можно сделать вывод о том, что идентичность (позитивный результат) выявлены у 53,72 % исследуемых (79 студентов). Соответственно у 46,28 % исследуемых студентов Лесосибирского педагогического института выявлена негативная идентичность. Также позитивная идентичность выявлена у студентов КГПУ им. В.П. Астафьева в количестве 102 студентов,

что составляет 69,9 % исследуемых. Негативная идентичность выявлена у 30,1 % исследуемых. При более детальном анализе результатов исследования мы имеем возможность констатировать следующие факты.

В ходе исследования для разделения по профилю мы суммировали все баллы по шкалам и результат выше среднего (46,б) считался позитивным.

Анализируя результаты исследуемых, для которых характерен позитивный профиль идентичности, мы проранжировали представленные 8 позиций отдельно у исследуемых малого города и мегаполиса.

На основании данных исследования можно отметить, что существуют различия в профиле позитивной идентичности, у исследуемых в зависимости от места их обучения. Для исследуемых малого города в большей степени важны такие стороны их взаимодействия с окружающей реальностью, как семья, окружающие, их материальное положение и внутренний мир. Для исследуемых очень важно, чтобы в семье были благополучные взаимоотношения, будь то с родителями, либо респонденты уже состоят в браке и говорят о своем супруге, как о самом значимом в жизни. Они ценят отношения с окружающими, для исследуемых очень важно мнение окружения и то, какое место они занимают в данной группе. Для исследуемых важно их 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. Внутренний (субъективный) мир – психическая реальность, организованное содержание человеческой психики, потребностно-эмоционально-информационная субстанция, вся сознательная духовная жизнь человека, источник его духовной энергии.

Анализируя профиль исследуемых мегаполиса, отметим, 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 (у них есть на него планы) и им важно быть в гармонии с собой. Они в большей степени адаптированы к реальности социального мира, они осознают, что для ощущения успешности и повышения самооценки важны как личностные качества, так и объективные показатели социальной позиции. Также для них характерно увеличение осознанности представлений о себе и своем будущем, повышение эмоциональной насыщенности этих представлений, расширение их круга, студенты нацелены на будущее. У них сформированы конкретные представления о своем будущем, в котором представлены основные ценности, транслируемые социумом; для них характерно наличие реалистичных представлений о собственном будущем;

наличие социокультурного аспекта в представлениях о будущем. 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 счет самосознания может быть и образ самого внутреннего мира. Формируются представления об окружающем мире, «наполненность» внутреннего мира зависит от многих факторов – от личностных качеств человека до уровня заинтересованности и вовлеченности субъектом произведений искусства и культуры, а социальная среда, в которой находятся исследуемые, предоставляет такие возможности.

Так же для получения данных об особенностях идентичности исследуемых мы использовали метод анкетного опроса.

По результатам проведенного анкетирования можно отметить, что в исследуемой нами выборке студентов Лесосибирского педагогического института 42,16 % (62 респондента) исследуемых родились и выросли в близлежащих к г. Лесосибирску населенных пунктах (п. Абалаково, п. Мотыгино, п. Северо-Енисейск, п. Стрелка и др.). В исследуемой нами выборке студентов Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева 40,12 % (59 респондентов) исследуемых родились и выросли в близлежащих к г. Красноярску населенных пунктах (п. Большая мурта, д. Шапкино, п. Назарово и др.), и также есть студенты из г. Лесосибирска. Интересен тот факт, что для этих исследуемых характерно наличие позитивной идентичности как для студентов Лесосибирского педагогического института, так и для исследуемых студентов КГПУ им. В.П. Астафьева.

Анализируя данные исследования, мы делаем вывод о том, что для исследуемых студентов Лесосибирского педагогического института, у которых выявлена позитивная социальная и личностная идентичность, потенциально широкие возможности самореализации обнаруживаются при расширении социокультурного просранства по траектории: деревня, поселок – малый город. А в случае с исследуемыми студентами Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева, для которых также характерно наличие позитивной социальной и личностной идентичности, данное расширение социокультурного пространства происходит в больших масштабах соответственно: малый город – мегаполис.

В диссертационном исследовании В.Б. Чупиной (2004), выполненном под руководством И.О. Логиновой, говорится, что социокультурная среда представляет собой «совокупность социальных условий жизнедеятельности человека», предоставляющих возможность действовать

в соответствии со структурой и функциями среды (Чупина, 2004, с. 9), выбирая из разнообразного спектра возможностей те, которые могут быть реализованы. Развитая, богатая культура несет в себе необъятное множество самых разнообразных программ и предлагает каждому огромный выбор возможностей. Вопрос, однако, в том, насколько человек способен к свободному выбору из возможных альтернатив и созиданию, и насколько он оказывается в состоянии твердо и последовательно осуществлять то, к чему толкает его свободный выбор (Чупина, 2004, с. 43).

Список литературы

1. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Пер. с англ. / общ. ред. А.В. Толстых. – М.: Флинта, 2006. – 352 с.
2. Микляева А.В., Румянцева П.В. Социальная идентичность личности: содержание, структура, механизмы формирования: – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – С. 8-47.
3. Агеев В.С. Социальная идентичность личности. Социальная психология: / Сост. Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая. – М.: Аспект Пресс, 2003. – 475 с.

СПЕЦИФИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА ПО ПРОФИЛАКТИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Т.С. Распуткина

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

В последнее время наблюдается тенденция к росту асоциальных форм самовыражения, что во многом связано с деформацией ценностно-нормативной системы общества. На этом фоне происходит распространение среди большой части антиобщественных взглядов, представлений и установок, допускающих или провоцирующих нарушения норм морали и права. Значительная часть детей оказалась в положении изгоев общества (бродяги, нищие, наркоманы, алкоголики и др.), стали объектами преступных сделок (усыновления, квартирные махинации, нарко- и порнобизнес).

Одной из важнейших проблем на сегодняшний день остается правовая незащищенность детей. Высокий уровень подростковой преступности, наркомании, токсикомании, проституции, который растет в несколько раз быстрее, чем взрослый, усугубляет процесс маргинализации детей, подростков, молодежи.

Расширение спектра асоциальных форм поведения происходит под воздействием таких факторов, как информационная среда, возрастные особенности подростков. Также фактором роста девиаций у подростков является семья, несмотря на то, что это один из основных институтов социализации личности. Роль семьи в социализации разрушается за счет правовой, экономической, моральной незащищенности современной русской семьи. Эти и многие другие факторы дают начало для формирования у молодых людей поведения, неприемлемого для социума.

Следует отметить, что формы проявления девиаций у подростков опасны не только для самих детей, но и для окружающих. И чтобы хотя бы сократить численность юных правонарушителей и не сгубить тех, кто еще не попал в оборот пороков человечества, нужны срочные меры по профилактике девиантного поведения.

Профилактика девиантного поведения – это комплекс мероприятий, направленных на его предупреждение. А.И. Селецкий и С.А. Тарарухин все профилактические мероприятия условно делят на общие и специальные. К общим мероприятиям относятся: политические (направленные на борьбу за власть и влияние на людей) и социально-экономические (направленные на дальнейшее повышение благосостояния людей, улучшение их образования, труда и быта, прогресс науки, культуры и всего того, что способствует формированию нового человека, всестороннему развитию личности). Специальные мероприятия, базируясь на общих, тем не менее, имеют некоторые особенности при различных формах девиантного поведения.

Профилактика девиантных форм поведения должна основываться на принципах системности, научности, социальной активности и, следовательно, быть этиологичной, комплексной, дифференцированной и поэтапной, а главное – носить систематический и наступательный характер. Этиологичность профилактики заключается в воздействии на основные факторы (социальные, психологические, биологические), способствующие формированию девиантного поведения.

В педагогике отмечается, что профилактика девиантного поведения должна строиться, прежде всего, с учетом психологических особенностей, мотивации интересов подростка. Как правило, в основе девиантного поведения лежит конфликтная ситуация, побуждающая подростка к неадекватной реакции и антисоциальному поведению, сопротивлению требованиям воспитателей. Девиантное поведение чаще всего проявляется у трудновоспитуемых и педагогически запущенных детей и подростков, поэтому меры предупреждения девиантного поведения во многом совпадают с профилактикой трудновоспитуемости и педагогической запущенности.

Основные усилия профилактической деятельности должны быть направлены на ликвидацию неблагоприятных условий воспитания несовершеннолетних и негативные влияния со стороны ближайшего окружения.

Для решения этих задач социально-педагогическая деятельность, направленная на создание условий, нейтрализующих и корректирующих негативные воздействия среды, может включать следующие направления:

1) выявление распространенности различных типов и форм девиантного поведения детей и подростков, провоцирующих их факторов, а также изучение потребностей учащихся и их родителей в образовании и воспитании;

2) анализ результатов изучения мнений учеников, родителей и разработка на их основе программы по коррекции отклонений в развитии личности и поведении учащихся с учетом выявленной специфики;

3) создание в школе психолого-педагогических условий, свободных от внешних факторов риска, отчасти может решаться посредством ряда компетентных управленческих решений, развития эффективного взаимодействия с семьей, ученика, учредителями дополнительного образования и др.

Формирование личности школьников, их социальной компетентности, коррекцию их негативных поведенческих проявлений важно начинать с развития у них позитивного образа «Я», чувства самоуважения, развития способности критически мыслить, умения ставить социально значимые цели и принимать ответственные решения. Для того, чтобы ребенок умел делать здоровый выбор, его следует обучить умению владеть эмоциями, справляться со стрессами, тревожностью, конфликтами, научить неагрессивным способам реагирования на критику, самозащиты, сопротивления давлению со стороны других людей, умению противостоять вредным привычкам, одновременно формируя у него ценности, позволяющие делать здоровый выбор и решать возникающие проблемы социально-позитивными средствами.

Согласно точке зрения С.В. Березина и К.С. Лисецкого, предупреждение отклонений в поведении подростков требует их обучения навыкам социального поведения, умению делать здоровый выбор, чтобы стать социально компетентными людьми. Для решения этих задач социально-педагогическая деятельность, направленная на создание условий, нейтрализующих и корректирующих негативные воздействия среды, может включать следующие направления: выявление распространенности различных типов и форм девиантного поведения детей и подростков, провоцирующих его факторов, разработка на основе программы по профилактике отклонений в развитии личности и поведении учащихся с учетом выявленной специфики; создание в школе психолого-педагогических

условий, свободных от внешних факторов риска, развития эффективного взаимодействия с семьей, ученика, учредителями дополнительного образования и др.

Формирование социально позитивно ориентированной личности включает в себя широкий круг мероприятий, среди которых с позиции профилактики девиантного поведения наиболее важное значение имеют нравственно-правовое, противоалкогольное (противонаркоманическое) воспитание.

Социально-педагогическая деятельность, направленная на создание условий, нейтрализующих и корректирующих негативные воздействия среды, может включать следующие направления: выявление распространенности различных типов и форм девиантного поведения детей и подростков, провоцирующих их факторов, а также изучение потребностей учащихся и их родителей в образовании и воспитании; анализ результатов изучения мнений учеников, родителей и разработка на их основе программы по коррекции отклонений в развитии личности и поведении учащихся с учетом выявленной специфики; создание в школе психолого-педагогических условий, свободных от внешних факторов риска, отчасти может решаться посредством ряда компетентных управленческих решений, развития эффективного взаимодействия с семьей, ученика, учредителями дополнительного образования и др.

Профилактическая работа социального педагога с подростками, демонстрирующими отклонения в поведении, ориентирована на социальное оздоровление внутреннего мира подростка. Социальный педагог должен владеть приемами экстренной диагностики ситуации, в которую попал данный ребенок в семье, школе, коллективе; выявления причин возникновения социально-личностно-эмоциональных нарушений.

По мнению М.А. Галагузовой, социальный педагог должен знать следующие категории детей, которые подвержены детско-подростковой дезадаптации: дети школьного возраста, не посещающие школу; дети-сироты; социальные сироты; подростки, употребляющие наркотики и токсические средства; подростки сексуально распущенного поведения; подростки, совершившие противоправные действия.

Эффективность профилактических мероприятий зависит от следующих составляющих:

1) направленности на ускорение источников дискомфорта в ребенке, социальной и природной, и одновременно на создание условий для приобретения несовершеннолетним необходимого опыта для решения возникающих перед ним проблем;

2) обучение ребенка новым навыкам, которые помогают достичь поставленных целей или сохранить здоровье;

3) помощь взрослых и специалистов будет способствовать решению еще не возникших проблем, предупреждению их возникновене.

По мнению Р.В. Овчаровой, работа по профилактике отклонений в развитии личности и поведении детей и подростков будет эффективна, если будет осуществляться на основе следующих принципов:

1) успешности учебной деятельности;

2) эмоционально положительной, удовлетворяющей учащихся системы их взаимоотношений со сверстниками, учителями, родителями;

3) психологической защищенности, что связано с гарантированной социальной защищенностью, включающей знание учащимися прав и обязанностей; их неукоснительное соблюдение учителями и другими субъектами учебного и воспитательного процессов; психологическое и социальное равенство учащихся, исключающее какую-либо дискриминацию их по любому признаку; соблюдение прав учащихся на индивидуальное своеобразие и самоопределение.

По мнению Т.А. Шишковец, на успешность профилактической работы существенное влияние может оказать реализация следующих направлений работы социального педагога:

– перевод социальной ситуации в педагогическую (организация нравственной, воспитывающей среды в микросоциуме; объединение усилий всех субъектов социального воспитания с целью создания условий для личностного развития ребенка, при которых он сможет осознать взаимосвязь и взаимозависимость своих потребностей, стремлений, конкретной работы над собой и ожидаемых достижений, а также поставленных перед собой целей);
– воспитание нравственно-правовой убежденности;
– формирование адекватной самооценки, способности критически относиться к самому себе;
– развитие эмоциональной сферы личности: формирование воли, умения управлять собой, адекватно реагировать на педагогические воздействия;
– включение в социально значимые виды деятельности, создание ситуации успеха в избранном ребенком виде деятельности;
– организация педагогического влияния на мнения окружающих (семья, сверстники, педагоги, другие взрослые);
– предупреждение невротических расстройств и патологических влечений (акцентуации характера, неврозы, суицид, клептомания и т.д.);

– обеспечение благоприятного социально-психологического климата;

– способствование заполнению пробелов в знаниях.

Цель социально-педагогической деятельности может быть реализована, по мнению И.Н. Закатовой, путем решения следующих профилактических задач:

1) создание форм активной действенной социально-педагогической помощи и защиты для конкретного ребенка;

2) формирование у подростка позитивных ценностных ориентаций в процессе социально-педагогической и коррекционной работы;

3) вовлечение подростков в социально полезную деятельность, формирование у них разносторонних интересов и увлечений;

4) воспитание активной личности, привитие ей качеств гражданина, семьянина, формирование положительной самооценки;

5) укрепление физического и психического здоровья ребенка путем осуществления комплекса медицинских, психолого-педагогических и других мероприятий;

6) формирование основ правовой культуры ребенка;

7) формирование навыков «выживания» в условиях кризиса современного общества.

В ходе профилактики основными функциями социального педагога являются:

1) социально-педагогическая, заключающаяся в оказании помощи ребенку и семье в процессе социального взаимодействия, в налаживании социальных связей и отношений, создании благополучной социальной среды для развития ребенка, осуществлении контроля за ребенком;

2) социально-обучающая функция, направленная на овладение ребенком знаниями о формах девиантного поведения, а также необходимыми социальными умениями и навыками противостояния в асоциальную деятельность;

3) правозащитная, предусматривающая соблюдение и защиту прав ребенка, склонного к алкоголизму.

Итак, анализ проблемы девиантного поведения подростков, мнений различных ученых, проведенных ими исследований, а также существующих средств профилактики девиантного поведения подростков позволил нам сделать следующие выводы.

Профилактика девиантного поведения – это комплекс мероприятий, направленных на его предупреждение. Выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику девиантного поведения.

Работа социального педагога с подростками, демонстрирующими девиантное поведение, ориентирована на социальное оздоровление

внутреннего мира подростка. Процесс профилактической работы представляет собой достаточно продолжительный по времени процесс оказания психологической помощи ребенку и создания условий для оптимизации развития личности.

Список литературы

1. Гологузова М.А. Социальная педагогика. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 416 с.
2. Закатова И.Н. Система работы с «трудными» подростками. – М., 1996. – 275 с.
3. Комаров К.Э. Трудные дети. Инструкция по взаимодействию. – М.: Генезис, 2009. – 224 с.
4. Невский И.А. Учителю о детях с отклонениями в поведении. – М.: Социальное здоровье России, 1993. – 203 с.
5. Селецкий А.И., Тарарухин С.А. Несовершеннолетние с отклоняющимся поведением. – Киев: Здоровье, 1997.
6. Хомич А.В. Психология девиантного поведения. – Ростов-н/Д, 2006.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ И СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТУДЕНТОВ РАЗНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ

И.В. Родичкина

Астраханский государственный университет

В статье рассматриваются возможная взаимосвязь учебно-профессиональной мотивации и смысложизненные ориентации студентов. Ведущими условиями являются анализ литературных источников по проблеме изучения учебно-профессиональной мотивации и смысложизненных ориентаций студентов.

Актуальность исследования. Проблема изучения учебно-профессиональной мотивации становится особенно актуальной в процессе обучения в вузе, поскольку одной из важнейших задач обучения является формирование будущего специалиста-профессионала. Учебно-профессиональная мотивация в жизни студента играет немаловажную роль, но стимул учебно-профессиональной мотивации бывает разным: для кого-то повышенная стипендия, для кого-то – просто интересно учиться, а для кого-то – смысл жизни (Леонтьев, 2002).

Но такое же влияние оказывают смысложизненные ориентации, связанные с профессией психолога, которые позволяют оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни. Чаще всего студенты заочного отделения более осознанно подходят к выбору профессии, т.к. многие

уже работают, тем самым повышают профессиональные знания и навыки. Единственной проблемой может быть недостаток знаний по психологии, мало занятий во время сессии (Бугрименко, 2006).

Все более актуальной становится проблема выявления взаимосвязи и взаимообусловленности двух компонентов: профессиональной направленности и смысложизненных ориентаций человека (студентов). Выбор профессии – основа самоутверждения человека в обществе, одно из главных решений человека (Климов, 2006). Правильный выбор профессии определяет дальнейшую судьбу человека, определяет его успешность как в профессиональной деятельности, так и в жизни. Успешность во многом зависит от наличия у человека способностей и склонностей к этому роду профессиональной деятельности, от его профессиональной направленности. Проблема профессионализма особенно актуальна в профессии психолога, так как от уровня его квалификации зависит психологическое благополучие других людей (Быкова, 2008).

Студенты очного отделения мало знакомы с профессией, у них чаще всего интерес профессии и смысложизненные ориентации могут не совпадать с выбором профессии.

В плане личностного становления период обучения в вузе является достаточно значимым, так как именно на этом этапе происходит процесс формирования личности в профессиональной деятельности, развития ее профессиональных способностей и самосовершенствования, определяется жизненная позиция человека, формируется отношение к деятельности как учебной, так и профессиональной (Климов, 2006).

Методы исследования. Использовали теоретические методы: анализ, синтез, методы обобщения; эмпирические методы: наблюдение, тестирование, методы опроса.

В работе использовали следующие методики: Методика для диагностики учебной мотивации студентов А.А. Реана, В.А. Бадмаевой (характеризующие мотивы учения: коммуникативные, профессиональные, учебно-познавательные, широкие социальные мотивы, а также мотивы творческой самореализации, избегания неудачи и престижа); Тест СЖО Д.А. Леонтьева (позволяющий оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни); Методика диагностики системы ценностных ориентации личности Е.Б. Фанталовой (целью методики является изучение системы ценностных ориентаций подростка); Измерение мотивации достижения А. Мехрабиана (предназначен для диагностики двух обобщенных устойчивых мотивов личности: мотива стремления к успеху и мотива избегания неудачи).

В своем исследовании опирались на принцип развития и принцип детерминизма, когда устанавливаются причинно-следственные связи между учебно-профессиональной мотивацией и смысложизненными ориентациями студентов. В исследовании по изучению учебно-профессиональной мотивации и смысложизненных ориентаций личности опирались на работы А. Маслоу, В.А. Бадмаева, Д.А. Леонтьева, Д. Аткинсона, Д. Макклеланда, А.К. Марковой, Ю.М. Орлова, М.Ш. Магомед-Эминова, к проблеме профессиональной направленности, опирались на работы Е.А. Климова, Н.С. Пряжникова.

На основании анализа литературных источников можно констатировать, что учебно-профессиональная мотивация выступает фактором формирования образа будущей профессиональной деятельности личности, поскольку является фундаментом, на котором строится профессиональное развитие личности (Пряжников, 2007). Основные характеристики учебно-профессиональной мотивации можно сформулировать следующим образом: учебно-профессиональная мотивация выступает системообразующим свойством, определяющим весь психологический склад человека, как субъекта труда; ориентирует деятельность человека в профессиональном пространстве; побуждает к активности в профессионально-трудовой сфере, когда человек не только приобщается к продуктам труда, созданным другими людьми, но и сам участвует в преобразовании действительности; придает деятельности в профессиональной сфере устойчивость к внешним факторам; отражает и обусловливает цели, мотивы труда и отношение к действительности, опосредованные трудовым процессом (Леонтьев, 2002). Именно в студенческом возрасте, когда формируется мировоззрение, происходит становление направленности личности. Под влиянием мировоззрения возникает достаточно устойчивая иерархическая структура мотивационной сферы. Принципиальное отличие внутренней позиции студента от внутренней позиции подростка – это обращенность в будущее, все настоящее выступает для них в свете этой основной направленности их личности.

Важным личностным образованием являются смысложизненные ориентации личности. Понятие «смысложизненные ориентации» имеет отношение к определению конечной цели существования, предназначения человечества, человека как биологического вида – одно из основных мировоззренческих понятий. Представления о смысле жизни складываются в процессе деятельности людей и зависят от их социального положения, содержания решаемых проблем, образа жизни, миропонимания, конкретной исторической ситуации. В благоприятных условиях человек может видеть смысл своей жизни в достижении счастья и благополучия;

во враждебной среде существования жизнь может утратить для него свою ценность и смысл. Смысложизненные ориентации студентов имеют достаточно сложную динамику, носящую нелинейный характер, обусловленную гендерным и учебно-организационным факторами с наличием кризиса обучения. Наличие кризисных явлений в системе смысложизненных ориентации студентов и кризиса профессионального несоответствия свидетельствует о тесной связи смысложизненных ориентаций с учебно-профессиональными установками (Быкова, 2008).

Исследование учебно-профессиональной мотивации студентов является задачей, имеющей большое значение для повышения эффективности вузовского образования. Мотивационно-потребностные компоненты учебной и учебно-профессиональной деятельности рассматривались многими отечественными и зарубежными учеными (Л.И. Божович, Р.С. Вайсман, А.Н. Леонтьев, Г.И. Щукина, Н.В. Нестерова, А.Н. Печников, Г.А. Мухина, В. Апельт, В.Я. Кикоть, В.А. Якунин, И.П. Ильин, П.М. Якобсон и др.). В большинстве работ исследователи сосредотачивали свое внимание на влиянии, которое оказывают педагог и содержание учебных материалов на формирование мотивации учащихся к учебной деятельности. Наиболее изученной на данный момент является учебная мотивация школьников. Меньше внимания уделяется изучению учебно-профессиональной мотивации студентов вуза.

В отечественной психолого-педагогической науке исследования проблемы мотивации сгруппированы вокруг общего методологического подхода – деятельностного. Вслед за А.Н. Леонтьевым современная отечественная психология связывает понятие «деятельность» с понятием «мотив», который представляет собой «…то объективное, что отвечает потребности, побуждает и направляет деятельность». Деятельностный подход опирается на принцип единства человеческой психики и деятельности и задает системность в изучении потребностно-мотивационной сферы человека. В деятельностном подходе мотив является целостным способом организации активности индивида, интегральным побудителем и регулятором деятельности, в том числе и учебно-профессиональной.

Значительный объем исследований, раскрывающих особенности учебно-профессиональной мотивации, связан с мотивацией учебной. Последняя определяется как частный вид мотивации, включенный в учебную деятельность. Как и любой другой вид, учебная мотивация определяется рядом специфических для той деятельности, в которую она включается, факторов. Она определяется, во-первых, самой образовательной системой, образовательным учреждением; во-вторых, организацией образовательного процесса; в-третьих, личностными особенностями

обучающегося; в-четвертых, личностными особенностями педагога, прежде всего, связанными с его отношением к обучающимся и к своей профессии в целом; в-пятых, спецификой учебного предмета.

Большое значение для успешности вузовского образования имеет факт доминирования в мотивационном профиле студента преимущественно внешней или внутренней учебно-профессиональной мотивации. Так, например, исследование А.Г. Бугрименко (А.Г. Бугрименко, 2006) показало, что учебно-профессиональная деятельность внутренне и внешне мотивированных студентов педагогического вуза существенно различается. Преимущественно внутренне мотивированные студенты более погружены, включены в учебный процесс. Для них характерна мотивация самоопределяемой деятельности: они более активны, сознательны, произвольны в планировании своего профессионального образования. Они уделяют равное внимание как общеобразовательным, так и узкопрофессиональным предметам. Студенты с преобладанием внешней мотивации в меньшей степени произвольны в организации учебного процесса, меньше погружены в учебную деятельность, поскольку ими движут не столько познавательные или профессиональные мотивы, сколько внешние по отношению к процессу и результату учебной деятельности факторы.

Учебно-профессиональная мотивация студентов в значительной мере определяется также и социально-психологическими факторами их профессионального становления, прежде всего,особенностями взаимоотношений субъектов образовательного процесса (студентов, преподавателей, представителей администрации).

Полученные И.Г. Жуковой экспериментальные данные дают основание утверждать, что существует особый вид направленности личности – смысложизненная направленность, в которой ведущее место занимают мотивы поиска смысла собственной жизни, построения собственной судьбы, мотивы, ориентирующие и на ближайшую перспективу, и на отдельное будущее, охватывающее все жизненное пространство личности.

Смысложизненные ориентации студентов зависят от особенностей социальной ситуации развития, от личностной зрелости. В период обучения в вузе смысложизненные ориентации студентов тесно связаны с проблемой профессиональной направленности и самоопределения.

Таким образом, в данной работе мы будем придерживаться трактовки учебно-профессиональной мотивации, сформулированные в работах Д.А. Леонтьева, А.К. Марковой. Учебно-профессиональная мотивация выступает фактором формирования образа будущей профессиональной деятельности личности, поскольку является фундаментом, на котором строится профессиональное развитие личности.

Такие характеристики, как учебные мотивы – коммуникативные, избегания, престижа, профессиональные, творческой самореализации, учебно-познавательные, социальные мотивы по А.А. Реану, В.А. Бадмаевой; цели в жизни – процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни – результативность жизни или удовлетворенность самореализацией – локус контроля-Я (Я – хозяин жизни) – локус контроля-жизнь или управляемость жизни по Д.А. Леонтьеву; иерархия жизненных сфер с позиции их ценности для студентов и иерархия жизненных сфер с позиции их доступности для студентов, по Е.Б. Фанталовой, могут свидетельствать о тесной связи смысложизненных ориентаций с учебно-профессиональными установками студентов разной формы обучения.

На наш взгляд, необходимым является расширение базы практической деятельности в обучении студентов психологического факультета по специализациям. Помимо этого, надо предоставить студентам возможность как можно больше интегрироваться в практическую деятельность с целью усовершенствования имеющихся навыков и умений, например, участие в качестве соведущего в тренинговых группах. Непосредственное включение в будущую профессиональную деятельность позволит успешно решить задачи мотивации профессионального развития на данном возрастном этапе.

Список литературы

1. Акопов Г.В. Исследование динамики смысложизненных ориентаций // Психологические, философские и религиозные аспекты смысла жизни / Акопов Г. В., Быкова Н.Л. – Материалы III-V симпозиумов. – М.: Ось-89, 2001. С. 164-171.
2. Бакшаева Н.А., Вербицкий А.А. Психология мотивации студентов. – М., 2006.
3. Быкова Н.Л. Специфика смысложизненных ориентаций различных групп учащейся молодежи в ситуации субъективации жизненных целей: Автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н. Л. Быкова. – Самара, 2008. – 95 с.
4. Бугрименко А.Г. Внутренняя и внешняя учебная мотивация у студентов педагогического вуза // Психологическая наука и образование. – 2006. – № 4.
5. Горлова Н.В. К вопросу об особенностях психологической готовности к профессиональной деятельности на начальном и завершающем этапах профессионального образования // Современные проблемы психологии развития и образования человека / Под. ред. В.Н. Скворцова. СПб., 2010.
5. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы: – СПб., 2004.
6. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. – М., 2000.
7. Леонтьев Д.А. Факторная структура теста смысложизненных ориентаций / Д.А. Леонтьев, М.О. Калашников, О.Э. Калашникова // Психологический журнал. – 2002. Т. 14 – № 1. – С. 150-155.
8. Маркова А.К. Формирование мотивации учения в школьном возрасте. – М.,1983.
9. Овчинников М.В. Структура и динамика мотивации учения студентов педагогического вуза: Автореф. дис. … канд. психол. наук. – М., 2008.

ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ЛЮДЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА УЧЕТЕ В ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

М.И. Романова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Онкология – раздел медицины, изучающий опухоли (причем не только злокачественные, как иногда считается, но и доброкачественные), их этиологию и патогенез, механизмы и закономерности возникновения и развития, методы профилактики и лечения.

Рак представляет собой болезнь делящихся клеток. Считается, что большинство видов рака происходит из трансформированных стволовых недодифференцированных клеток, обладающих способностью к пролиферации.

Главный фактор риска злокачественных новообразований – возраст; две трети больных старше 65 лет. Вероятность онкологических заболеваний резко увеличивается с возрастом: до достижения 39 лет заболевает 1 из 58 мужчин и 1 из 52 женщин; в возрасте 40-59 лет – 1 из 13 мужчин и 1 из 11 женщин, в возрасте 60-79 лет – 1 из 3 мужчин и 1 из 4 женщин.

Общие принципы выбора заболевшим человеком тех или иных типов психического реагирования на заболевания, закономерности формирования отношения к болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния пациентов, у которых возникли болезни.

Актуальность проблемы психологического благополучия личности определяется ее высокой значимостью для решения важнейших вопросов конструктивного развития и функционирования личности, с одной стороны, и недостаточностью теоретических и эмпирических исследований в данной научной области, с другой. Теоретическую базу для понимания феномена психологического благополучия заложили исследования Н. Брэдбёрна (Bradburn, 1969). Он вводит понятие «психологическое благополучие» и отождествляет его с субъективным ощущением счастья и общей удовлетворенностью жизнью. Помимо этого сам автор ссылается на аристотелевское описание понятия «эвдемония» (eudaimonia), как отражающее суть психологического благополучия [4]. Важным вкладом в проблему понимания феномена психологического благополучия стали работы Э. Динера (Diener, 1984; 1995). Этот автор вводит понятие «субъективного благополучия». По сути, содержание этого термина

очень близко к тому толкованию психологического благополучия, которое было предложено в концепции Брэдбёрна. Субъективное благополучие, по мнению исследователя, состоит из трех основных компонентов: удовлетворение, приятные эмоции (pleasant affect) и неприятные эмоции (unpleasant affect), все эти три компонента вместе формируют единый показатель субъективного благополучия. Другим автором, предложившим свою теорию психологического благополучия, стала американская исследовательница, доктор психологии Кэрол Рифф (Ryff, 1989; 1995, 1996). Во многом продолжая традиции, заложенные Н. Брэдбёрном, она, однако, критически пересматривает его взгляд на психологическое благополучие как баланс между позитивным и негативным аффектами. Подобный подход позволил ей обобщить и выделить шесть основных компонентов психологического благополучия: самопринятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цель в жизни, личностный рост.

Описанная теория послужила базисом, на основании которого был создан оригинальный метод психотерапии (well-being therapy). А оригинальный опросник «The scales of psychological well-being» (Шкалы психологического благополучия) получил широкое признание и активно применяется в научных исследованиях связанных с изучением различных сфер психологического благополучия. В логике нашего теоретического и эмпирического исследования мы рассмотрим категорию психологического благополучия относительно людей, находящихся на учете в онкологическом диспансере.

С целью изучения психологического благополучия людей, находящихся на учете в онкологическом диспансере, нами было организовано психодиагностическое исследование. В качестве диагностического инструментария мы использовали методику «Шкалы психологического благополучия» Кэрол Рифф. В исследовании приняло участие 20 респондентов, средний возраст которых 44 года.

По данным шкалы «Позитивные отношения с окружающими» можно констатировать тот факт, что 73,6 % респондентов продемонстрировали значение ниже нормы. Низкие баллы трактуются как отсутствие достаточного количества близких, доверительных отношений. Трудности в проявлении теплоты, открытости и заботы о других людях. Переживание собственной изолированности и фрустрации в межличностных отношениях, нежелание идти на компромиссы для поддержания важных связей с другими людьми. У 19,8 % исследуемых выявлены средние баллы, что свидетельствует о получении удовлетворения от теплых, доверительных отношений с другими людьми, способности к сильной эмпатии,

привязанности и близости, заботе о благополучии других, понимании необходимость идти на уступки во взаимоотношениях. Высокие баллы выявлены у 6,6 % от выборки. При этом значения выше нормы интерпретируются в данной методике также, как и нормативные.

По шкале «Автономия» в исследуемой нами выборке для 70,3 % исследуемых, у которых выявлены средние баллы, характерно самоопределение и независимость, они саморегулируют свое поведение, оценивают себя, исходя из личных стандартов, способны противостоять социальному давлению, мыслить и вести себя независимо, самостоятельно принимать решения. У 13,2 % исследуемых выявлены низкие баллы, это свидетельствует о том, что такие исследуемые озабочены ожиданиями и оценками других людей, при принятии важных решений они опираются на суждения других, их мышление и поведение подвержено социальному давлению. Высокий балл продемонстрировали 16,5 % от выборки.

По шкале «Управление средой» для 62,7 % исследуемых, получивших низкие баллы, трудно справляться с повседневными делами. Они чувствуют, что неспособны улучшить или изменить окружающие обстоятельства, не осознают возможности, предоставляемые окружающей средой. У них отсутствует чувство контроля над внешним миром. В исследуемой нами выборке у 27,4 % исследуемых выявлены средние баллы. Им свойственно обладание чувством мастерства и компетентности в овладении средой. Они осуществляют разнообразные виды деятельности, способны выбирать или создавать подходящий контекст для реализации личных потребностей и ценностей. Лишь 9,9 % исследуемых продемонстрировали высокие баллы.

По данным шкалы «Личностный рост» можно констатировать тот факт, что в исследуемой нами выборке у 19,8 % респондентов выявлены средние баллы, это свидетельствует о том, что они обладают чувством продолжающегося развития и реализации своего потенциала, видят свой рост и экспансию. Они открыты новому опыту, наблюдают все большее совершенствование себя и своего поведения с течением времени. Для 66 % исследуемых, у которых выявлены низкие баллы, свойственно чувство личностной стагнации, скуки и незаинтересованности в жизни. У них отсутствует ощущение улучшения и экспансии со временем, они чувствуют себя неспособными приобретать новые установки и способы поведения. У 13,2 % от выборки выявлены высокие баллы.

По данным шкалы «Цели жизни» можно констатировать тот факт, что для 23,1 % исследуемых, у которых выявлены средние баллы, характерно то, что они имеют цели в жизни и чувство направленности, осмысленности своего прошлого и настоящего, у них есть основания и причины

для того, чтобы жить. Из всей выборки для 70,3 % респондентов, получивших низкие баллы, нет чувства осмысленности жизни, недостаток чувства направленности. Они не видят целей и в своем прошлом, у них отсутствуют воззрения и убеждения, придающие жизни смысл. Высокие баллы выявлены у 6,6 % от выборки.

По данным шкалы «Самопринятие» можно констатировать тот факт, что для 33 % исследуемых, у которых выявлены средние баллы, характерно то, что они обладают позитивным отношением к себе и своему прошлому. Эти исследуемые осознают и принимают разные стороны своего Я, включая как положительные, так и отрицательные качества. В исследуемой нами выборке низкие баллы выявлены у 50,5 % исследуемых, что свидетельствует об их неудовлетворенности собой и разочаровании своим прошлым. Они обеспокоены определенными личностными качествами, не желают быть тем, кем являются. Из всей выборки у 16,5 % респондентов выявлены высокие баллы.

Таким образом, в результате проведенного нами исследования можно прийти к выводам о том, что большинству исследуемых свойствены низкий уровень самопринятия, личностного роста, управления средой, целей в жизни, позитивного отношения с окружающими, и средний уровень автономии. Они испытывают трудности в проявлении теплоты, открытости и заботы о других людях, чувствуют, что неспособны улучшить или изменить окружающие обстоятельства, ощущают себя неспособными приобретать новые установки и способы поведения. У них отсутствуют воззрения и убеждения, придающие жизни смысл. Им свойственно чувство личностной стагнации, скуки и незаинтересованности в жизни, переживают неудовлетворенность собой и разочарование своим прошлым. Они обеспокоены определенными личностными качествами, не желают быть тем, кем являются. На основании данных эмпирического исследования, анализа теоретических источников по проблеме психологического благополучия нами разработана программа психологического сопровождения формирования компонентов данного феномена, которую мы планируем реализовать с исследуемыми нами пациентами.

Список литературы

1. Аринушкина Н.С. Об определении и типах идентичности // Мир психологии. – 2004. – № 2. – С. 48-53.
2. Лебедева Н.М. Введение в этническую и кросс-культурную психологию. – М.: Старый сад, 1998.
3. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология: практикум. – М., 2006.
4. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология – М.: Институт психологии РАН, Академический проект, 1999.
5. Шнейдер Л.Б. Личностная, гендерная и профессиональная идентичность: теория и методы диагностики. – М.: МПСИ, 2007. 124 с.

МЕТОД SAND-ART И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Ю.В. Сидельникова

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

Песочная терапия продолжает становиться все популярнее среди психологов, педагогов и социальных работников. Она включает много различных способов игры в песке. На сегодняшний день существует несколько направлений песочной терапии. Возможности метода расширяются, появляются его многочисленные модификации.

Песочная терапия ориентирована на присущий каждому человеку внутренний потенциал здоровья и силы. Ее акцент – на естественном проявлении мыслей, чувств и настроений в творчестве, принятие человека таким, какой он есть, вместе со свойственными ему способами самоисцеления и гармонизации. Это удовлетворяет потребность современного человека в наиболее естественных, комплексных способах лечения, в которых равную роль играют разум и чувства, тело и дух, мужские и женские качества, способность к интроспекции и активному действию. Песок обладает замечательным свойством «заземлять» негативную психическую энергию, поэтому в процессе образовательной работы происходит и гармонизация психоэмоционального состояния ребенка (Разумова).

Песочная терапия может быть самостоятельным методом терапии, а также может сочетаться с арт-терапией, символ-драмой, гештальт-терапией. Ее эффективность состоит в том, что в ней используются такие легкодоступные природные материалы, как песок и вода. Они обладают уникальными свойствами и способностью вызывать образы определенного характера, которыми не обладают другие материалы. Человек, руки которого прикасаются к песку, инстинктивно пытается придать определенную форму своим чувствам и мыслям. Так песочная терапия становится уникальным способом общения с миром и самим собой; способом снятия внутреннего напряжения, воплощения его на бессознательно-символическом уровне, что повышает уверенность в себе и открывает новые пути развития.

Фигурки, использованные в песочнице, могут символизировать реальных людей и явления той среды, в которую включен человек. В песочной среде могут драматизироваться реальные жизненные ситуации, относительно которых человек испытывает определенные трудности. Разыгрывание в песочнице конкретных жизненных ситуаций позволяет

человеку изменить отношение к ним и найти правильные для себя решения, выстроить новые взаимоотношения с самим собой и окружающим миром (Зинкевич-Евстигнеева, 2002).

Карл Густав Юнг открыл песок для научного осмысления в контексте психотерапевтической помощи взрослым. Долгое время «sand play» существовала исключительно в юнгианской парадигме благодаря его основательнице Доре Калфф. Созданные клиентом песочные композиции не интерпретировались, ибо процесс создания картин из песка стимулировал фантазию клиента. Что, в свою очередь, позволяло обнаружить скрытые части «Я», понять существо и особенности его переживаний. Основное действие песочной терапии было направлено на понимание клиентом собственных внутренних процессов как разрушительного, так и созидательного порядка.

Итак, благодаря Карлу Густаву Юнгу и Доре Калфф создание песочных картин переместилось в психологическую, психотерапевтическую плоскость и успешно в ней существует в настоящий момент. Причем представители различных концепций имеют возможность использовать песочницу в своей парадигме.

В России песочная терапия получила распространение сравнительно недавно. Ее применение в нашей стране имеет некоторые особенности. Отсутствие или труднодоступность литературы по песочной терапии, а также редкие приезды зарубежных песочных терапевтов пробудили собственные креативные силы русских психологов и педагогов. «Донаучный период» песочной терапии в России проявился в использовании песочницы как дополнительного инструмента, как среды для коррекционно-развивающих занятий (Разумова).

Метод песочной терапии можно использовать в работе с детьми от трех лет (а также как один из этапов в работе с подростками и взрослыми) со следующим спектром проблем: 1) различные формы нарушений поведения; 2) сложности во взаимоотношениях со взрослыми (родителями, воспитателями, учителями) и сверстниками; 3) психосоматические заболевания; 4) повышенная тревожность, страхи; 5) сложности, связанные с изменениями в семейной (развод, появление младшего ребенка и т.д.) и в социальных ситуациях (детский сад, школа); 6) неврозы. Он может быть эффективным при коррекции таких эмоциональных проблем у детей, как реакции агрессии, тревоги, страха, депрессии.

Агрессия включает такие эмоциональные компоненты, как гнев, раздражение; агрессивное поведение: нападения, удары, укусы; вербально-когнитивный компонент: высмеивание, обзывание и т.д., которые проявляются и меняются по мере взросления личности. Агрессия проявляется

у личности в возрасте от года до четырех лет, причем тенденция развития следует от взрывных, ненаправленных вспышек к направленным атакам и от физического насилия к символическому выражению агрессии.

Страх – это переживание конкретной психотравмирующей ситуации, часто происходящей неожиданно для личности. Тревога – это переживание ожидаемой психотравмирующей ситуации, которая может произойти в будущем, содержащее в себе мобилизующий компонент. Таким образом, страх как эмоциональная реакция появляется при реальных событиях, тревога сопровождает ожидание данных событий (Зинкевич-Евстигнеева, 2002).

Депрессивная реакция, которая включает чувство печали, одиночества, волнения, может проявляться при психотравмирующей ситуации и рассматриваться как отклонение в пределах нормы. Признаки депрессии у маленьких детей от года до 3-4 лет могут включать задержку или утрату возрастных достижений, таких как приучение к опрятности, правильный режим сна, интеллектуальный рост. У них появляется печальное выражение лица, они отводят глаза при близком контакте.

Основополагающая идея песочной терапии: «Игра с песком предоставляет ребенку возможность избавиться от психологических травм с помощью перенесения вовне, на плоскость песочницы, фантазий и формирования ощущения связи и контроля над своими внутренними побуждениями, особенно с архетипом самости, и их выражение в символической форме в значительной мере облегчает здоровое функционирование психики». Для детей это игровой способ рассказать о своих проблемах, показать свои страхи и избавиться от них, преодолеть эмоциональное напряжение.

Игра в песок позволяет психологу найти доступ во внутренний мир ребенка; также это является естественным методом исцеления психики, который стимулирует процесс самопознания. Песочная терапия не требует от ребенка каких-то особых умений, как в случаях рисования или рассказывания историй (Разумова).

В песочнице делается дополнительный акцент на тактильную чувствительность, «мануальный интеллект» ребенка. Перенос традиционных развивающих заданий в песочницу дает дополнительный эффект. С одной стороны, существенно повышается мотивация ребенка к занятиям, с другой, более интенсивно и гармонично происходит развитие познавательных процессов.

В песочных картинах есть еще один важнейший психотерапевтический ресурс – возможность созидательного изменения формы, сюжета, событий, взаимоотношений. Человек, играющий в песочнице

с миниатюрными фигурками, воплощает фигуру Волшебника, который вступает во взаимодействие с природными и социальными силами. Поскольку игра происходит в контексте сказочного мира, человеку предоставляется возможность творческого изменения беспокоящей его в данный момент ситуации или состояния. Преобразуя ситуацию в песочнице, человек получает опыт самостоятельного разрешения трудностей и внутреннего, и внешнего плана.

В ходе песочной терапии психолог может предложить ребенку смоделировать какой-либо сюжет на заданную тему или жизненную ситуацию, в которой могут наблюдаться явные проблемы. Примерные темы: «Мой детский сад», «Моя семья», «Я и мои друзья», «Моя школа» (эмоциональные и поведенческие проблемы).

С точки зрения юнгианской психологии, в течение курса песочной терапии происходит самолечение, самоисцеление клиента. Каждый сеанс длится 40 минут. Когда ребенок закончил свою работу, психотерапевт фиксирует картину мира, который построил ребенок: фотографирует или зарисовывает песочницу. Созданный ребенком ландшафт не сохраняется да следующего занятия (Сакович, 2006).

Необыкновенно приятный на ощупь песок дает возможность расслабиться, снять стрессы, внутреннее напряжение, уходят проблемы. Есть еще один метод работы с песком – песочная анимация, или рисование песком (метод Sand-art – песочная терапия).

Песочная анимация – искусство рисования песком, которое дает новое направление, покорившее сердца многих людей по всему миру и приобретает все большую популярность. Изобретателем песочной анимации принято считать канадско-американского режиссёра Кэролин Лиф. В 1969 г. она продемонстрировала публике песочный сюжет «Песок, или Питер и Волк» (Песочная анимация).

Необходимым условием организации метода является наличие стола-планшета с подсветкой и специального песка.

Можно выделить причины, из-за которых следует научиться рисовать песком:

1. Рисование на песке не требует больших материальных затрат. Из всех необходимых реквизитов потребуется только чистый просеянный песок и стекло. Даже подойдет манная крупа или кофе, а за неимением стекла можно пользоваться любой горизонтальной поверхностью.

2. Красота и пластичность. Легко изменяющиеся детали изображения, готовый образ плавно и динамично перетекает в следующий.

3. Вырисовывая образы и предметы на песке, происходит манипуляция сыпучими материалами, человек избавляется от отрицательных эмоций.

5. Возраст художника неограничен, рисовать могут даже годовалые дети.

6. Эстетичность. Выполненные ребенком рисунки песком позволяют проявить свою фантазию.

7. Пластичность. Для того чтобы изменить рисунок, не нужен ластик, достаточно просто провести пальцем по стеклу (Сакович, 2006).

Рисуя песком, кидая его на светящийся стол или, наоборот, сметая пальцами, всей ладонью, оставляя следы на песочном холсте – такое занятие снимает стрессы, позволяет справиться со страхами, переживаниями, позволяет бороться с напряжением взрослым и детям, развивает внимание, память, воображение, тренирует мелкую моторику рук.

Песочная анимация развивает ручную моторику ребенка, сенсорно-перцептивную сферу, познавательную сферу (восприятие, внимание, память, образно-логическое мышление, пространственные представления), рефлексию, процессы психоэмоциональной саморегуляции ребенка. Формирует творческий потенциал, навыки конструктивного общения со сверстниками и взрослыми, способность саморегуляции и адаптации в новых условиях, установку на положительное отношение к себе.

Метод Sand-art совершенствует и восстанавливает коммуникативные навыки ребенка, эмоциональный и социальный интеллект, отвечающий за понимание себя и других, творческое начало, энергетику. Стабилизирует и гармонизирует эмоциональное и волевое состояние, психоэмоциональное состояние, избавляет от страха ошибок, неуверенности в своих силах, от сомнений, стрессогенных факторов, депрессивных состояний (арт-терапия В Гранд Марин).

Песочная анимация, или рисование песком – это прекрасный и при этом расслабляющий процесс, который позволяет раскрыть свой внутренний мир. Рисование песком позитивно влияет на эмоциональное самочувствие детей и дает возможность спокойной эмоциональной разгрузки, выраженной через песочный рисунок. Снятие эмоционального напряжения через ощущение тактильных прикосновений к песку, дополненное расслабляющими мелодиями, позволяет достичь душевного спокойствия, снять нервное напряжение, развить творческий потенциал, выразить внутренние ощущения, это делает его средством для развития и саморазвития ребенка (Сакович, 2006).

Создание картины песком – увлекательный процесс, он затрагивает все сферы чувств, пробуждает творчество, расслабляет и вдохновляет одновременно.

Таким образом, песочная терапия является эффективным способом терапии, помогающей ребенку найти выход из стрессовой ситуации,

справиться со своими страхами и переживаниями, манипулируя сыпучими материалами, а именно песком, помогает избавиться от отрицательных эмоций. Ребенок может нарисовать на песке свой страх или проблему и тут же стереть ее, таким образом отыскав решение своей проблемы. Песочная анимация или рисование песком – это прекрасный и при этом расслабляющий процесс, который позволяет раскрыть свой внутренний мир, развить позитивное эмоциональное самочувствие у ребенка, дает возможность преодоления страхов и эмоциональной разгрузки, снятия стресса, расслабления, служит средством развития и саморазвития ребенка.

Список литературы

1. Арт-терапия В Гранд Марин. Новый метод песочной анимации – «Путешествие в сказку». [Электронный ресурс] – URL: http://grand-marine.com.ua/metod-pesochnoj-animatsii-puteshestvie-v-skazku/.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Песочная терапия на современном этапе // Газета «Школьный психолог». – 2002. – № 33. [Электронный ресурс] – URL: http://psy.1september.ru/article.php?ID=200203311.
3. Песочная терапия. [Электронный ресурс] – URL: http://www.therapy.by/therapy/pesochnaya_terapiya/.
4. Песочная анимация, рисование песком (метод Sand-art). [Электронный ресурс] – URL:http://cholga.ucoz.ru/blog/pesochnaja_animacija_risovanie_peskom_metod_sand_art/2014-05-05-11.
5. Разумова М.В. Песочная терапия и гештальт-подход. [Электронный ресурс] – URL: http://www.b17.ru/article/2585/.
6. Сакович Н. SANDPLAY с маленькой буквы «s» // Газета «Школьный психолог». – 2006. – № 9. [Электронный ресурс] – URL: http://psy.1september.ru/article.php?ID=200600907.
7. Эмоциональные и поведенческие проблемы у детей и подростков. [Электронный ресурс] – URL: http://ahilles-clinic.ru/emotionalAndBehavioralProblems.php.

ПОЗИТИВНАЯ ЭТНИЧЕСКАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ КАК УСЛОВИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЧНОСТИ И ЕЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ПОЛИКУЛЬТУРНОМ ОБЩЕСТВЕ

Д.Д. Сидоренко

Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева

Современная российская ситуация вызывает к жизни деформацию национальных отношений, что необычайно актуализирует проблему формирования этнической идентичности личности. Соединяя в себе интересы и чувства народа, этническая идентичность является одним из

факторов гуманизации межличностного и межнационального общения. Этническая идентичность может являться таким фактором, если является позитивной. Для нее характерно наличие позитивного образа собственной этнической группы в сочетании с позитивным ценностным отношением к другим этническим группам.

Между тем в ряде исследований отмечается, что этническая идентичность у многих русских, живущих в России, либо негативная, либо конфликтная. Люди, не принимающие своей этнической идентичности, испытывают дискомфорт и напряжение. И это при том, что без положительного самоотношения к собственной этнической идентичности невозможно формирование патриотизма, толерантности к другим этносам, эффективного межэтнического взаимодействия.

Как совокупность этнических представлений, чувств, установок, ценностей, этническая идентичность определяет систему этносоциальных отношений, выбор и регуляцию того или иного типа поведения в поликультурной среде.

Учеными называется целый ряд причин актуальности проблематики формирования этнической идентичности.

Во-первых, в современных условиях, как и раньше, культурные формы жизнедеятельности с необходимостью предполагают принадлежность человека не только к какой-либо социокультурной группе, но и к этнической общности. Среди многочисленных социокультурных групп наиболее стабильными являются устойчивые во времени этносы. Благодаря этому этнос является для человека самой надежной группой, которая может обеспечить ему необходимую безопасность и поддержку в жизни.

Во-вторых, следствием бурных и разносторонних культурных контактов становится ощущение нестабильности окружающего мира. Когда окружающий мир перестает быть понятным, начинается поиск того, что помогло бы восстановить его целостность и упорядоченность, защитило бы от трудностей. В этих обстоятельствах все больше людей начинают искать поддержку в проверенных временем ценностях своего этноса, которые в данных обстоятельствах оказываются самыми надежными и понятными. Результатом становится усиление чувства внутригруппового единства и солидарности. Через осознание своей принадлежности к этносам люди стремятся найти выход из состояния социальной беспомощности, почувствовать себя частью общности, которая обеспечит им ценностную ориентацию в динамическом мире и защитит от больших невзгод.

В-третьих, закономерностью развития любой культуры всегда была преемственность в передаче и сохранении ее ценностей, так как человечеству необходимо самовоспроизводиться и саморегулироваться. Это во все времена происходило внутри этносов путем связи между поколениями. Если бы этого не было, то человечество не развивалось бы.

В целом этническая идентичность – это не только принятие определенных групповых представлений, готовность к сходному образу мыслей и разделяемые этнические чувства. Она также означает построение системы отношений и действий в различных межэтнических контактах. С ее помощью человек определяет свое место в полиэтническом обществе и усваивает способы поведения внутри и вне своей группы. Таким образом, этническая идентичность выполняет ряд психологически важных функций: ориентирующую, защитную, самоопределения. Человеку всегда необходимо ощущать себя частью «мы», и этнос – значимая группа, в осознании принадлежности к которой человек ищет опору в жизни.

Еще одним основанием научного интереса к проблеме развития этнической идентичности стала сложившаяся в обществе неблагоприятная ситуация. В психологической литературе обсуждается актуальная для российского общества проблема этнического маргинализма, который выражается в личностной позиции непричастности и ментальной, ценностной непринадлежности к этническим ценностям, неактуальности этничности, или наоборот, в проявлении характеристик самосознания «наступательного» типа, отражающих стремление представителей группы к этническому доминированию.

В России отмечается рост радикализма национальных движений, наблюдаются факты национальной нетерпимости. В эти процессы оказываются вовлеченными дети, будь то коренные жители страны или выходцы из стран бывшего СССР. Поскольку именно в детстве закладываются основы отношений к своей собственной и к другим этническим группам, особую значимость приобретает изучение закономерностей функционирования этнической идентичности в школьном возрасте. Очевидный интерес в этом плане представляет подростковый возраст, когда, согласно Э. Эриксону, происходит идентификация личности. Это относится и к этнической идентификации, результатом которой выступает этническая идентичность. Этническая идентификация подростков сегодня все более осознается как важнейший объект междисциплинарного психолого-педагогического исследования.

В современном мире, когда наряду с самоопределением наций происходят интеграционные процессы, принципиально важно, чтобы дети,

подростки и юноши были воспитаны в духе культуры межэтнических контактов, сохраняя исторически обусловленную национальную неповторимость, национальное достоинство, этническую идентичность.

Долгое время в отечественной науке этнические феномены рассматривались преимущественно историками и этнографами. Ими осуществлен глубокий анализ формирования национального сознания и самосознания народов, особенностей их функционирования и межэтнического взаимодействия на разных этапах развития общества и др.

Растущий интерес к феноменам этнического сегодня все больше проявляет психология. Исследуются методологические проблемы этнопсихологии (В.Г. Крысько, В.Н. Павленко, Ю.П. Платонова, Л.Г. Почебут, Э.А. Саракуев, Г.У. Солдатова, С.А. Таглин и др.), механизмы межэтнического взаимодействия (В.С. Агеев, Т.Г. Стефаненко), актуальный этнопсихологический статус (А.Г. Асмолов, С.Н. Ениколопов, Е.И. Шлягина), структура этнической идентичности (А.О. Бороноев, Е.М. Галкина, О.Л. Романова, В.Ф. Петренко и др.).

Идентичность – это сложный феномен, «многослойная» психическая реальность, включающая различные уровни сознания, индивидуальные и коллективные, онтогенетические и социогенетические основания (Стефаненко, 1999). Она постоянно доопределяется и изменяется в результате субъективной прагматической ориентации в постоянно меняющейся среде, а ее переживание актуализируется в личной и социальной сфере человеческой жизни. Ученые понимают этническую идентичность как компонент социальной идентичности и определяют ее как осознание своей принадлежности к этнической группе, личностно значимое переживание этой принадлежности, связанное с оценкой членства в ней, а также наделение себя определенными объективными и субъективными (психологическими) признаками этой группы (Аринушкина Н.С., Шнейдер Л.Б., 2004).

В процессе своего становления этническая идентичность проходит ряд этапов, соотносимых с этапами психического развития ребенка. Отмечается, что в процессе формирования этнической идентичности ребенок проходит ряд этапов от диффузной до реализованной идентичности. И результатом этого процесса является эмоционально-оценочное осознание своей принадлежности к этнической группе в подростковом возрасте.

Но этническая идентичность подростка – не статичное, а динамичное образование: процесс ее становления не окончен. Осознание детьми своей этнической принадлежности варьирует от того, живут ли они в полиэтнической или моноэтнической среде. Межэтническая среда дает

индивиду больше возможностей для приобретения знаний об особенностях своей и других этнических групп, формирует коммуникативные навыки. Отсутствие опыта межэтнического общения обуславливает меньший интерес к собственной этничности. У индивидов, живущих в условиях сильно отличающихся по своим этническим признакам культуры, этническая идентичность наиболее сильно выражена, а у индивидов, живущих среди группы, близкой в культурном отношении, осознание собственной этничности не становится жизненно важной проблемой.

Что касается этнической принадлежности, то в наши дни большинство исследователей считает ее скорее приписываемым, нежели наследуемым качеством. Принадлежность к народу определяется не биологической наследственностью, а сознательным приобщением к культурным ценностям и святыням, которые образуют содержание истории народа.

У большинства людей проблемы выбора не возникают, но многих, прежде всего членов групп меньшинства и выходцев из межэтнических браков, эта проблема затрагивает. В процессе этнической идентификации у них, кроме критерия приписывания, большую роль играет и критерий внутреннего выбора.

В полиэтническом обществе люди демонстративно поддерживают позитивную групповую идентичность, проявляя предубеждения по отношению к представителям других этнических групп, и уклоняются от тесного взаимодействия с ними.

Моноэтническая идентичность с чужой этнической группой ведет к полной ассимиляции, т.е. принятию норм, обычаев, языка чужой группы, вплоть до полного растворения в ней.

Множественная идентичность позволяет человеку использовать опыт одной группы для адаптации в другой, овладевать богатством еще одной культуры без ущерба для ценностей собственной. Это благотворно сказывается на личности, росте выходцев из межэтнического брака.

Существует и маргинальная этническая идентичность. В этом случае человек колеблется между двумя культурами, не овладевая ни одной из них. Такие люди, путаясь в идентичностях, часто испытывают внутриличностные конфликты. Они могут быть агрессивно настроенными националистами в пользу своей или в пользу чужой группы в зависимости от того, какая из них имеет более высокий статус в обществе.

Но случаев ассимиляции, маргинализации и биэтнической идентичности меньше, чем попыток любыми путями поддержать свою этническую идентичность.

Иными словами, при сравнении своей этнической группы с другими люди чаще всего стремятся сохранить или восстановить позитивную групповую идентичность. У членов группы доминантного большинства обычно не возникает с этим особых трудностей.

Рассмотрим структуру феномена этнической идентичности. В психологии этническая идентичность рассматривается как одна из черт личности, являющейся социальной по своим последствиям. В структуре этнической идентичности, как считает Т.Г. Стефаненко, выделяются два основных компонента:

– когнитивный (знания, представления об особенностях собственной группы и осознание себя ее членом на основе этнодифференцирующих признаков),
– аффективный (чувство принадлежности к группе, оценка ее качеств, отношение к членству в ней).

Л.М. Дробижева выделяет еще и поведенческий компонент. В данном случае поведенческий компонент этнической идентичности понимается как механизм проявления себя как члена этнической группы, «построение системы отношений и действий в различных этноконтакных ситуациях».

Если по поводу того, что основными компонентами этнической идентичности считаются когнитивный и аффективные элементы споров не возникает, то по поводу того, что считать составными частями этих компонент, ведутся дискуссии.

В состав когнитивного компонента вводится множество различных составляющих элементов, такие как этнические ориентации, групповые концепции и др. (Стефаненко, 2006). Но самыми важными, как утверждает Т.Г. Стефаненко, являются: 1) этническая осведомленность, и 2) этническое самоназвание.

Основой этнической идентичности является умение индивида различать «чужих» и «своих». Это различение возможно только в том случае, если индивид будет обладать необходимым объемом знаний о признаках своей и чужих этнических групп, основываясь на которых он и будет проводить разграничения. Это могут быть как элементы материальной культуры народа, элементы духовной культуры, исторические факты, так и антропологические признаки.

Остановимся на видах этнической идентичности:

1. Моноэтническая идентичность (характерна для большинства индивидов), совпадающая с официальной этнопринадлежностью. Как и другие варианты идентичности, она проявляется в многочисленных

уровнях интенсивности. При благоприятных социально-исторических условиях позитивная этническая идентичность сопровождается чувствами гордости, достоинства, оптимизма, уверенности, удовлетворения, патриотизма. Кроме того, в многочисленных исследованиях доказано, что существует «тесная внутренняя связь между позитивной групповой (этнической) идентичностью и аутгрупповой (межэтнической) толерантностью». В то же время гиперидентичность со «своим» этносом в полиэтническом обществе сопровождается этноцентристскими стереотипами, предубеждениями по отношению к представителям других этнических групп и уклонению от тесного взаимодействия с ними. Моноэтническая идентичность с чужой этнической группой или смена этнической идентичности возможны в случаях, когда в полиэтническом обществе «чужая» группа расценивается как имеющая более высокий экономический, социальный и т.д. статус, чем «своя». Моноэтническая идентичность с чужой этнической группой ведет к полной ассимиляции, т.е. принятию традиций, ценностей, норм, языка чужой группы вплоть до – при условии принятия индивида группой – полного растворения в ней.

2. Биэтническая идентичность (формируется при сильной идентификация с обеими взаимодействующими группами). Имеющие такую идентичность люди обладают особенностями обеих групп, осознают свое сходство с обеими культурами. Множественная идентичность наиболее выгодна для человека, она позволяет ему использовать опыт одной группы для адаптации в другой, овладевать богатствами еще одной культуры без ущерба для ценностей собственной. Таких людей называют посредниками или мостами между культурами. Осознание и принятие своей принадлежности к двум этническим общностям благотворно сказывается и на личностном росте выходцев из межэтнических браков.

3. Маргинальная этническая идентичность – слабая, четко не выраженная этническая идентичность как со своей, так и с чужой этническими группами. В этом случае человек колеблется между двумя культурами, не овладевая в должной мере нормами и ценностями ни одной из них. Подобные маргиналы, путаясь в идентичностях, часто испытывают внутриличностные конфликты. И именно поэтому внешне они могут быть агрессивно настроенными националистами – в пользу своей или в пользу чужой группы в зависимости от того, которая из них имеет более высокий статус в обществе. Это обнаруживается в повседневной жизни, и это подтверждено результатами эмпирическими исследований. Но и модель двух измерений не описывает всех возможных стратегий сохранения человеком внутреннего благополучия при неблагоприятном сравнении

его этнической общности с другими. Если существуют разные уровни осознания своей принадлежности к одной или нескольким этническим группам, значит возможен и его нулевой уровень. Иными словами, возможна слабая, четко не выраженная этническая идентичность или даже ее полное отсутствие, по крайней мере, на осознаваемом уровне. В качестве стратегии сохранения личностного благополучия она проявляется в отрицании значимости этнического фактора как в своей жизни, так и в обществе в целом (Стефаненко,1999).

В структуре этнической идентичности принято выделять следующие типы:

Позитивная этническая идентичность (норма)

Позитивная этническая идентичность характерна для большинства людей и представляет такой баланс толерантности по отношению к собственной и другим этническим группам, который позволяет рассматривать ее, с одной стороны, как условие самостоятельного и стабильного существования этнической группы, с другой, как условие мирного межкультурного взаимодействия в полиэтническом мире. Поэтому позитивная этническая идентичность приобретает статус «нормы». В ее структуре соотносятся позитивный образ собственной этнической группы с позитивным ценностным отношением к другим этническим группам.

Этническую идентичность по типу «нормы» характеризует высокая толерантность и готовность к межэтническим контактам. Позитивность отношений к собственным и другим народам, сочетающаяся в «норме», вовсе не предполагает эмоциональной однозначности этих отношений. В противоположность космополитизму, идеологии «гражданина мира», человеку с «нормальной» этнической идентичностью свойственно естественное предпочтение собственных этнокультурных ценностей. Это как бы начальная ступень этноцентризма, когда стремление к позитивной этнической идентичности является необходимым условием сохранения целостности и неповторимости этнической общности в этнокультурном многообразии мира. Отклонения от «нормы» могут происходить по типу этнической индифферентности, гипоидентичности (этнонигилизм).

Этнонигилизм

Индивиды, у которых самосознание трансформировалось по типу гипоидентичности, характеризуются тем, что их этнонигилистические тенденции отражают нежелание поддерживать собственные этнокультурные ценности, выражаются в ощущении этнической неполноценности, ущемленности, стыда за представителей своего этноса, иногда негативизма по отношению к ним и в трудностях в общении. Этно нигилисты

отчуждаются от собственной группы. Отрицание как один из общих защитных механизмов при этом типе идентичности может активизировать общую агрессивность.

Этническая индифферентность

Размывание этнической идентичности, которое выражается в неопределенности этнической принадлежности, неактуальности этничности. Люди, которым присущ данный тип этнической идентичности, равнодушны к проблеме собственной этничности и межэтнических отношений, к ценностям своего и других народов.

Этноэгоизм (гиперидентичность)

В основе трансформации этнического самосознания по типу гиперидентичности лежит гипертрофированное стремление к позитивной этнической идентичности. Относительно лояльный вид гиперидентичности обозначается как этноэгоизм. Он может выражаться и в безобидной форме на вербальном уровне как результат восприятия через призму конструкта «мой народ». Но может предполагать, например, напряженность и раздражение в общении с представителями других этнических групп или признание за своим народом права решать проблемы за «чужой» счет.

Этноизоляционизм

Данная шкала оценивает более глубокую трансформацию этнической идентичности, что соответствует формированию этнического самосознания по типу этноизоляционизма. Это проявляется в убежденности в превосходстве своего народа, в признании необходимости «очищения» национальной культуры, негативном отношении к брачным межнациональным союзам, ксенофобии (ненависти ко всему чужому).

Национальный фанатизм (этнофанатизм)

Предполагает переход от естественного предпочтения по ряду параметров собственной этнической группы к абсолютной убежденности в превосходстве над «чужими». При таком типе идентичности более вероятным становится насилие, как форма действия, и агрессивный стиль решения конфликтов. Гиперидентичность – это характеристика самосознания «наступательного» типа, отражающая стремление представителей группы к этническому доминированию. В межэтническом взаимодействии она проявляется в различных формах этнической нетерпимости: от раздражения, возникающего как реакция на присутствие членов других этнических групп, до отстаивания политики ограничения их прав и возможностей.

Крайним видом гиперидентичности является «национальный фанатизм» – готовность идти на любые действия во имя так или иначе понятых

этнических интересов, вплоть до этнических «чисток», отказа в праве пользования ресурсами и социальными привилегиями другим народам, признания приоритета этнических прав народа над правами человека, оправдания любых жертв в борьбе за благополучие своего народа.

Этническая идентичность становится значимой только в ситуациях, когда две и более этнических групп находятся в контакте в течение какого-либо периода времени. Для этнически гомогенного общества это бессмысленное понятие. Этническую идентичность можно понимать в качестве одного из аспектов аккультурации, в котором главный акцент делается на человеке и на том, как он взаимодействует со своей этнической группой, являющейся составной частью общества в целом.

Рассмотрение процесса развития и формирования этнической идентичности предполагает анализ внутренних и внешних факторов, оказывающих воздействие на специфику ее формирования. В качестве внешних факторов выступают основные принципы жизнедеятельности этноса в виде совокупности норм поведения, ценностей, этнических символов, проявляющиеся в частности в фольклоре. Внутренние факторы предполагают рассмотрение объектно-субъектного характера этнической идентификации, преломленного сквозь призму индивидуальных характеристик человека.

Целью проведенного эмпирического исследования стало выявление особенностей этнической идентичности подростков и определение условий и средств ее формирования. В эмпирическом исследовании приняли участие 47 подростков красноярского МБОУ «Гимназия № 7».

В эмпирическом исследовании были использованы следующие методики:

3. Методика «Типы этнической идентичности» Г.У. Солдатовой, С.В. Рыжовой;

4. Опросник этнической идентичности О.Л. Романовой;

5. Шкальный опросник выраженности этнической идентичности Дж. Финни.

Данные методики были выбраны с учетом возрастных особенностей детей подросткового возраста, а также с учетом проведенного теоретического анализа феномена этнической идентичности.

Качественный анализ данных, полученных по результатам проведения методики «Типы этнической идентичности», позволил выявить следующие особенности. Наибольшую представленность у подростков имеют позитивная этническая идентичность и этнофанатизм. Так, у 50 % подростков (12 чел.) экспериментальной группы и 30 % (7 чел.) контрольной группы наблюдается нормальный тип этнической идентичности

(позитивная этническая идентичность). Этих детей характеризует высокая толерантность и готовность к межэтническим контактам, позитивность отношений к собственным и другим народам. При этом у 33 % подростков (8 чел.) экспериментальной группы и 52 % (12 чел.) контрольной группы доминирует такой тип этнической идентичности, как этнофанатизм. При таком типе идентичности более вероятным становится насилие как форма действия и агрессивный стиль решения конфликтов.

Менее выраженными в исследуемой группе подростков являются этнонигилизм, этническая индифферентность, этноэгоизм, этноизоляционизм. Так, у 8 % подростков (2 чел.) экспериментальной группы и 4 % (1 чел.) контрольной группы доминирует этнонигистический тип этнической идентичности, что выражается в нежелании поддерживать собственные этнокультурные ценности, в ощущении этнической неполноценности, ущемленности, стыда за представителей своего этноса. У 29 % опрошенных (7 чел.) экспериментальной группы и 4 % (1 чел.) из контрольной группы преобладает такой тип этнической идентичности, как этническая индифферентность, что выражается в неопределенности этнической принадлежности, неактуальности этничности. У 12,5 % подростков (3 чел.) экспериментальной группы и 20 % (5 чел.) контрольной группы доминирует такой тип этнической идентичности, как этноэгоизм. При таком типе идентичности более вероятным становится насилие, как форма действия и агрессивный стиль решения конфликтов. Этноизоляционизм выявлен у 4 % подростков (1 чел.) экспериментальной группы и у 22 % (5 чел.) контрольной группы, что может проявляться в убежденности в превосходстве своего народа.

Рассмотрим результаты, полученные по опроснику этнической идентичности О. Л. Романовой. Большинство исследуемых подростков имеют высокий уровень принадлежности к своей этнической группе 58,5 % (14 чел.) экспериментальной группы и 65 % (15 чел.) контрольной группы, что говорит о том, что для них важно соблюдение национальных и семейных традиций, они с уважением относятся к истории, обычаям, к языку своего народа. Средний уровень принадлежности к своей этнической группе наблюдается у 29 % (7 чел.) экспериментальной группы и у 26 % (6 чел.) контрольной группы, что говорит о том, что эти ребята знают традиции, историю и т.д. своей национальности, но их соблюдение, активное применение не является для них важным. Низкий уровень принадлежности к своей этнической группе не присущ ни одному учащемуся (0 %) экспериментальной группы и 9 % (2 чел.) контрольной группы. Для этих детей не важно как знание традиций, обычаев, истории и т.д. своего народа, так и их соблюдение.

Относительно значимости национальности для подростков отметим, что для большинства характерны средние показатели. Средний уровень значимости национальности проявляется у 83 % подростков (20 чел.) экспериментальной группы и 83 % (19 чел.) контрольной группы. Эти ребята не стремятся выяснить свою национальную принадлежность, для них не важны ее особенности; они знают о наличии различных этносов, но не выражают своего отношения к ним. Высокий уровень значимости национальности наблюдается у 17 % подростков (4 чел.) экспериментальной группы и у 17 % подростков (4 чел.) контрольной группы, что говорит о том, что они знают свою национальную принадлежность, ее особенности и четко идентифицируют себя по отношению к ней; знают и принимают наличие других этносов. Низкий уровень значимости национальности не присущ ни одному из учеников ни экспериментальной, ни контрольной групп.

Методика предусматривает изучение значимости между отношениями этнического большинства и меньшинства. Высокий уровень значимости между отношениями этнического большинства и меньшинства присущ 25 % (6 чел.) экспериментальной группы и 39 % (9 чел.) контрольной группы, что говорит о том, что они понимают то, что проживают в многонациональной стране, идентифицируют себя по отношению к другим этносам, могут говорить об их взаимоотношениях. Средний уровень значимости между отношениями этнического большинства и меньшинства наблюдается у 75 % подростков (18 чел.) экспериментальной группы и у 44 % (10 чел.) контрольной группы. Они идентифицируют себя по отношению к другим этносам, но отношения между ними не важны для подростков, они не придают им особого значения. Низкий уровень значимости между отношениями этнического большинства и меньшинства не проявляется ни у одного из учащихся экспериментальной группы и у 17 % (4 чел.) контрольной группы. Для этих ребят не важно ни выделение себя из группы других этносов, проживающих на территории его страны, ни отношения между ними.

Анализируя результаты, полученные по опроснику выраженности этнической идентичности Дж. Финни, отметим, что у исследуемых подростков средние показатели выраженности этнической идентичности. В экспериментальной группе – 1,8, а в контрольной группе – 1,9. При этом аффективный компонент этнической идентичности имеет более высокие показатели выраженности по сравнению с когнитивным.

В целом: отметим, этническая идентичность большинства исследуемых подростков не является позитивной. Более половины подростков имеет непродуктивные типы этнической идентичности, этнически

индифферентны, не стремятся выяснить свою национальную принадлежность, для них не важны ее особенности; не имеют своего отношения к этносам. Такие характеристики этнической идентичности не рассматриваются позитивно в условиях многонационального Красноярского края. А кроме того, они затрудняют решение задач гражданского воспитания. Без положительного самоотношения к собственной этнической идентичности невозможно формирование патриотизма, толерантности к другим этносам, эффективное межэтническое взаимодействия.

В ходе исследования мы проверяли гипотезу о том, что процесс формирования позитивной этнической идентичности подростков будет эффективным, если разработать и реализовать в рамках специально организованных занятий психолого-педагогические условия, предусматривающие:

– информационное обеспечение подростков, обогащение их знаний об особенностях этнической идентичности, представлений о своей культуре и культурах разных национальностей;
– осуществление рефлексии с целью расширения у подростков представлений о себе, соотнесения себя с другими, актуализации процессов самоидентификации;
– включение подростков в субъект-субъектное взаимодействие с использованием дискуссий, упражнений, моделируемых ситуаций, участие и организацию национальных праздников, создание коллажей и т.д.

С целью формирования этнической идентичности у детей подросткового возраста нами была специально разработана программа. Практической основой для разработки программы послужили работы А.А. Бучек, А. Аксельрода, Е. Любарской, Н.М. Лебедевой, Г.В. Солдатовой, Т.Г. Стефаненко.

Цель программы: формирование позитивной этнической идентичности подростков.

Задачи программы:

1. Формирование представлений о понятиях этнос, нация, национальность.

2. Формирование представлений и своей этнической принадлежности, ее истории, традициях и т.д.

3. Способствование обретению у учеников личностных смыслов этнической идентичности, включение ее в индивидуальную систему ценностных ориентаций.

Формирующая работа по реализации программы была организована по трем направлениям:

1. Информационное направление.

2. Деятельностное направление.

3. Направление, подразумевающее осуществление рефлексии подростков.

После проведения работы были выявлены следующие результаты: количество подростков с позитивной этнической идентичностью увеличилось с 50 до 91,5 %. Количество учащихся с низким уровнем принадлежности к своей этнической группе снизилось на 12,5 %, а с высоким увеличилось на 16,5 %. Также количество подростков с высоким уровнем значимости национальности, который характеризуется тем, что дети осознают свою национальную принадлежность, ее особенности и четко идентифицируют себя по отношению к ней, знают и принимают наличие других этносов, увеличилось на 35,5 %. В контрольной группе подобной динамики обнаружено не было.

Таким образом, реализованные в ходе программы условия показали свою эффективность и потенциал в решении новой стратегической задачи для педагогов. Результаты проведенного теоретического анализа и эмпирического исследования особенностей этнической идентичности подростков убеждают в необходимости придания особого значения феномену позитивной этнической идентичности, формирование которой в современных условиях образования становится основанием обеспечения психологического благополучия личности и успешного решения задач гражданского воспитания. Пространством развития этнической идентичности подростков является образовательная среда, образовательный процесс школы. Чтобы идентификационные характеристики подростка были продуктивными, представляется необходимым создание в учебном процессе специальных психолого-педагогических условий.

Список литературы.

1. Аринушкина Н.С. Об определении и типах идентичности // Мир психологии. – 2004. – № 2. – С. 48-53.
2. Лебедева Н. М. Введение в этническую и кросс-культурную психологию. – М.: Старый сад, 1998.
3. Стефаненко, Т.Г. Этнопсихология: практикум. – М., 2006.
4. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология – М.: Институт психологии РАН, Академический проект, 1999.
5. Шнейдер Л. Б. Личностная, гендерная и профессиональная идентичность: теория и методы диагностики. – М.: МПСИ, 2007. – 124 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ СЛУШАТЕЛЕЙ ММА КРАСГМУ

Ю.М. Смирнова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Выбор профессии – это не одномерный акт, а процесс, состоящий из ряда этапов, продолжительность которых зависит от внешних условий и индивидуальных особенностей субъекта выбора профессии.

В психологической литературе нет единого взгляда на то, как формируется выбор профессии, и какие факторы влияют на этот процесс. По этому вопросу существует ряд точек зрения, в защиту каждой из которых приводятся убедительные аргументы. Несомненно, это объясняется сложностью процесса профессионального самоопределения и двухсторонностью самой ситуации выбора профессии.

Ряд исследователей (Юпитов, 1995) придерживается распространенной точки зрения на выбор профессии, как на выбор деятельности. В этом случае предметами исследования выступают, с одной стороны, характеристики человека как субъекта деятельности, а с другой, характер, содержание, виды деятельности и ее объект. Профессиональное самоопределение понимается здесь как процесс развитие субъекта труда. Следовательно, выбор профессии сделан правильно, если психофизиологические данные личности будут соответствовать требованиям профессии, трудовой деятельности (Алишев, Широков, 2007).

Однако этот взгляд недооценивает активного начала личности выбирающего.

В контексте понимания выбора профессии как выбора деятельности распространена также точка зрения, что основной детерминантой правильного выбора является профессиональный интерес или профессиональная направленность. Несомненно, этот подход более продуктивен, так как утверждает активность самого субъекта выбора профессии.

В понятии профессиональная направленность можно выделить отдельные стороны, выражающие ее содержательную и динамическую характеристики (Шавир, 1981). К первой относят полноту и уровень направленности, ко второй – ее интенсивность, длительность и устойчивость. Полнота и уровень направленности несет содержательно-личностную характеристику профессиональной направленности и в значительной мере содержит ее формально-динамические особенности. Под полнотой профессиональной направленности понимается

круг (разнообразие) мотивов предпочтения профессии. Избирательное отношение к профессии чаще всего начинается с возникновения частных мотивов, связанных с отдельными сторонами содержания определенной деятельности, или процессом длительности, или с какими-либо внешними атрибутами профессии. При определенных условиях значимыми для человека могут стать многие связанные с профессией факторы: ее творческие возможности, перспективы профессионального роста, престиж профессии, ее общественная значимость, материальные, гигиенические и другие условия труда, его соответствие привычкам, особенностям характера и т.п. Это свидетельствует о том, что профессиональная направленность основывается на широком круге потребностей, интересов, идеалов, установок человека. Чем полнее профессиональная направленность, тем более многосторонний смысл имеет для человека выбор данного вида деятельности, тем разностороннее удовлетворение, получаемое от реализации данного намерения.

Профессия врача относится к типу «человек – человек», ведь она связана с общением и взаимодействием с людьми. Для успешного выполнения такой работы требуется умение устанавливать и поддерживать деловые контакты, понимать людей, проявлять активность, общительность, обладать развитыми лексическими способностями и вербальным мышлением, обладать эмоциональной устойчивостью и умением понимать других людей.

Дополнительный тип – «человек – природа», поскольку работа врача связана с изучением, наблюдением за объектами живой природы, с профилактикой и лечением заболеваний человека и животных. Поэтому врачу важно иметь высокий уровень развития наблюдательности, внимательности, порой физической выносливости, а также выраженную склонность к работе с живыми организмами.

Профессия врача относится к классу эвристических. Она предполагает профессиональную деятельность, которая связана с анализом, исследованиями и испытаниями, контролем и планированием, управлением другими людьми. Она требует высокой эрудиции, оригинальности мышления, стремления к развитию и постоянному обучению.

Профессиональная деятельность врача, как правило, зачастую происходит в условиях стресса, особенности эмоционального реагирования на различные ситуации профессиональной деятельности, факторы, влияющие на профессионально-личностное развитие субъекта лечебного процесса, индивидуально-психологические особенности, присущие врачам различных специализаций – проблемы, недостаточно изученные, несмотря на высокую степень востребованности их научно-практического

осмысления. Можно сказать, что вопросы психологии труда и личности врача стоят в ряду важнейших и малоизученных проблем теоретической и прикладной психологии в целом и отдельных ее отраслей в частности.

В основе психологического портрета врача лежит такая психологическая характеристика личности, как стремление находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. В психологической литературе эта психологическая черта обозначается термином «аффилиация». В работе врача, которая отличается длительностью и интенсивностью разнообразных социальных контактов, эта черта помогает сохранить живое заинтересованное отношение к пациентам, стремление помогать им и сотрудничать с ними, а также защищает от профессиональных деформаций, равнодушия и формализма, удерживает от такого подхода к больному, когда он начинает рассматриваться как безличное анонимное «тело», часть которого нуждается в терапии. Другая важная психологическая характеристика, составляющая психологический портрет врача, – эмоциональная стабильность, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больным избегать «психологических» срывов, конфликтов. Интенсивные эмоциональные реакции не только разрушают доверие больного, пугают и настораживают его, но и астенизируют, утомляют. Напротив, душевное равновесие врача, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывают у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений. В ситуации болезни, как правило, повышается уровень тревоги, приводящей к усилению эмоциональной неустойчивости, что проявляется в раздражительности, плаксивости, вспыльчивости и агрессивности. В большинстве случаев наблюдается также астения в качестве одной из наиболее распространенных и неспецифических форм психического реагирования на разнообразные внутренние и внешние психогенные факторы. Больные с их нестабильной психикой, тревожностью, неуверенностью, беспокойством, лабильностью эмоциональных реакций нуждаются в стабилизирующей уверенности врача.

Актуальность выбранной нами темы заключается в том, что при поступлении в вуз не учитывается тот комплекс психологических феноменов,

который определяет успешность обучения, формирование устойчивой профессиональной направленности каждого студента. Необходим индивидуальный подход, а также максимальное использование всего арсенала профориентационных возможностей медицинского процесса, создание и внедрение инновационных технологий, ориентированных не только на повышение уровня знаний студентов, но и на развитие профессионального самоопределения, т. е. деятельностно-смыслового единства у будущих специалистов.

Актуальность проблемы усиливается когда, речь касается вопросов психологической адаптации студентов в новых социально-экономических условиях и новых системах образования (психологической, профориентационной), а также изучение личностных процессов, связанных с проблемой формирования профессионального самоопределения. К числу таких проблем относится и психологическое изучение процесса формирования и развития профессиональной направленности личности на том этапе профессионального самоопределения, когда выбор направления профессионального развития уже совершен – на этапе обучения в вузе.

Поскольку одним из основных направлений деятельности Красноярского медицинского университета является подготовка медицинских работников, целью настоящей работы явилось исследование профессиональной направленности личности будущих студентов лечебного факультета на соответствие своих ресурсов выбранной профессии.

Объект исследования: профессиональная направленность как социально-психологический феномен.

Предмет исследования: показатели профессиональной направленности слушателей ММА.

Исходя из выше изложенного, нами была сформулирована гипотеза исследования: предполагаем, что у юношей, которые целенаправленно пришли на подготовительные курсы ММА, профессиональная направленность на профессию врача имеет сложный многоуровневый характер и определяется осмысленностью выбора.

Исследование проходило на базе КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого с группой слушателей ММА, состоящей из восьми человек. Для проведения исследования нами были выбраны методики, направленные на личностную профориентацию: методика «Шесть рек» (описывающая типы характера, которые учитываются при выборе профессии), анкета «Ориентация» и «Анкета профессиональной направленности».

В результате исследования было выявлено, что реалистичный тип личности имеют 25 % слушателей ММА, социальный тип – 37,5 % , артистический тип – у 37,5 % и предприимчивый тип личности – у 12,5 % человек. Также выяснилось, что профессиональная направленность ориентирована на «человек-техника» – у 25 % слушателей, а ориентация на профессию «человек- человек» – у 75 % ребят. В то же время выявлены рекомендации в соответствии с типом характера на такие профессии, как «техника-природа-знаковая система» – у 62,5 % слушателей, а « человек-художественный образ» рекомендованы остальным 37,5 % ребят.

Профессия врача – одна из важнейших в современном мире. От его усилий зависит будущее человеческой цивилизации. Профессиональный врач – это единственный человек, который большую часть своего времени проводит со своими пациентами, иногда даже жертвуя своей личной жизнью.

Таким образом, данные, полученные в результате исследования, свидетельствуют о том, что школьники, которые посещают курсы ММА, обладают такими качествами, которые необходимы для того, чтобы стать врачом.

Список литературы

1. Алишев Н.В., Широков В.Д. Общие основы построения исследования // Профориентация и профотбор молодежи на рабочие профессии / Под ред. Н.В. Алишева. – М., 1987. – 167 с.
2. Иванчик Т.Ф. К вопросу о формировании значимой направленности личности // Актуальные проблемы социальной психологии: Материалы всесоюзного симпозиума. – Кострома, 1986. – С. 46-48.
3. Соломин И.Л. Современные методы психологической экспресс-диагностики и профессионального консультирования. – СПб.: Речь, 2006.
4. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения / Х. Хекхаузен. – СПб.: Речь, 2001.
5. Шавир П.А. Психология профессионального самоопределения в ранней юности. – М., 1981. – 95 с.
6. Юпитов А.В. Проблематика и особенности психологического консультирования в вузе.// Вопр. психол. – 1995. – № 4. – С. 50-56.
7. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1977. – 304 с.

АКТИВНЫЙ ОТДЫХ КАК ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИИ

Ю.М. Смирнова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Всемирная организация здравоохранения в сотрудничестве с Гарвардом первый раз в истории организовали полномасштабное исследование депрессии.

Оказалось, что в дурное расположение духа чаще всего впадают индийцы. Китайцы и японцы не склонны грустить из-за отсутствия образования, а хуже всех переносят утрату вдовы, проживающие на Украине. По результатам исследования, депрессия имеется у 121 миллиона жителей Земли. Причем это лишь официально зарегистрированные случаи, которые пополняют статистику ВОЗ. Депрессия не только ухудшает жизнь человека и делает его временно нетрудоспособным, но порой даже становится причиной смерти. Каждый год кончают жизнь самоубийством 850 тысяч человек, страдающих депрессией.

Исследователи подтвердили теорию, согласно которой сила распространения депрессии и уровень жизни граждан страны связаны между собой. В развитых странах наибольший процент депрессии встречается во Франции, Голландии и США. Меньше всего страдают от депрессивных состояний граждане Китая. Удивительно, но закономерность, согласно которой бедняки живут веселее и легче, нарушают жители Индии, среди которых 36 процентов склонны к депрессивным состояниям. А вот в развитом мире картина с депрессией лучше всего в Израиле, Италии и Японии, где депрессивных граждан всего по 22 процента. Во всем мире женщины впадают в депрессию чаще, чем мужчин.

Депре́ссия (от лат. deprimo – «давить», «подавить») – это психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т.д.), двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. В некоторых случаях человек, страдающий ею, может начать злоупотреблять алкоголем или иными психотропными веществами. Депрессии поддаются лечению, однако в настоящее время именно депрессия – наиболее распространенное психическое расстройство. Ею страдает каждый десятый в возрасте старше 40 лет, две трети

из них – женщины. Среди лиц старше 65 лет депрессия встречается в три раза чаще. Также депрессии и депрессивным состояниям подвержено около 5 % детей и подростков. По данным Всемирной организации здравоохранения, депрессия является ведущей причиной подростковой заболеваемости и нетрудоспособности. Общая распространенность депрессии (всех разновидностей) в юношеском возрасте составляет от 15 до 40. Во многих работах подчеркивается, что большей распространенности аффективных расстройств в этом возрасте соответствует и бóльшая частота суицидов (Тиганов, 1999, с. 559).

Факторы, влияющие на развитие депрессий, могут иметь различную природу.

Среди них можно выделить:

1. Психогении – стрессовые факторы (конфликты в семье, на работе, социальные).

2. Соматические заболевания. Могут сами определять развитие депрессии, являться их следствием или протекать независимо друг от друга. Депрессии ухудшают течение соматического заболевания и вместе с тем, усложняя клиническую картину, ведут к повышению частоты обращений за медицинской помощью и значительному числу ненужных исследований.

3. Прием лекарственных средств:

– гипотензивные средства – резерпин и его производные, клонидин, метилдопа, бета-адреноблокаторы – обзидан, пропранолол, блокаторы кальциевых каналов – нимотоп, нимодипин;
– сердечные средства – сердечные гликозиды из группы препаратов наперстянки, прокаинамид;
– гормональные средства – кортикостероиды, анаболические стероиды, оральные контрацептивы, прогестерон, эстрогены;
– препараты с антиконвульсивным эффектом – клонидин, барбитураты;
– анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства – индометацин, фенацетин, бутадион;
– антибиотики – циклоспорин, гризеофульвин, налидиксовая кислота;
– противотуберкулезные средства – этионамид, изониазид.

4. Эндогенные факторы (нарушение обмена серотонина, норадреналина, АКТГ, кортизола, эндорфинов и др.)

5. Органические заболевания ЦНС (поражение сосудов головного мозга при атеросклерозе, гипертонической болезни, последствия инсульта, черепно-мозговых травм и др.).

6. Особенности питания.

Если обратиться к истории, то Гиппократ в свое время обратил внимание на зависимость состояния многих депрессивных больных от погоды и времени года, на сезонную периодичность депрессий у многих больных, на улучшение состояния некоторых больных после бессонной ночи. Таким образом, он был близок к открытию лечебного эффекта депривации сна и солнечного света (фототерапии), хотя и не совершил это открытие.

Депрессивные симптомы разделяются на типичные (основные) и дополнительные. При наличии депрессии, согласно МКБ-10, должны присутствовать два основных симптома и не менее трех дополнительных.

К типичным (основным) симптомам депрессии относятся: подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного времени (от двух недель и более); ангедония – потеря интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности; выраженная утомляемость, «упадок сил», характеризующиеся стабильностью данного состояния (например, в течение месяца). Дополнительные симптомы: пессимизм; чувство вины, бесполезности, тревоги и (или) страха; заниженная самооценка; неспособность концентрироваться и принимать решения; мысли о смерти и (или) самоубийстве; нестабильный аппетит, отмеченное снижение или прибавление в весе; гликогевзия, нарушенный сон, присутствие бессонницы или пересыпания. Согласно диагностическим критериям МКБ-10, диагноз депрессивного расстройства определяется, если длительность симптомов составляет не менее 2-х недель. Однако диагноз может быть поставлен и для более коротких периодов, если симптомы необычно тяжелые и наступают быстро.

Депрессия у детей встречается реже, чем у взрослых. Симптомы у детей таковы: потеря аппетита; проблемы со сном (кошмары); проблемы с оценками в школе, которых до этого не наблюдалось; проблемы с характером: отдаление, надутость или агрессивность.

Существует несколько теорий развития депрессии, одна из них – моноаминовая теория, которая связывает развитие депрессии с дефицитом биогенных аминов, а именно серотонина, норадреналина и дофамина (Мосолов С.Н., 2002). Некоторые исследователи приходят к выводу о недостаточной широте этой теории, так как она не объясняет ограничения в эффективности антидепрессантов и медленное развитие их лечебного эффекта (Марценковский, 2006).

У многих людей в бессолнечную погоду или у тех, кто находится в затемненных помещениях, депрессия может возникать из-за отсутствия

яркого света. Эту разновидность называют сезонной депрессией, ибо она наиболее часто наблюдается у больных осенью и зимой. Лечат сезонную депрессию прогулками в солнечную погоду или светотерапией.

Сначала ощущаются слабовыраженные сигналы в виде проблем со сном, раздражительности, отказа от нормального выполнения обязанностей. Если эти симптомы в течение двух недель усиливаются, то обычно это свидетельствует о начале болезни либо ее рецидиве, хотя полностью она проявится через два месяца, а то и позже. Случаются разовые приступы. В отсутствие лечения депрессия может привести к попытке самоубийства, отчуждению от окружающих, отказу от выполнения большинства жизненных функций, распаду семьи.

Депрессия может вызываться и сопровождаться другими психическими расстройствами, в частности, неврозом. Установлена связь депрессии с уменьшением длины теломеров, с которым также связаны процессы старения организма. Не каждый больной требует госпитализации, зачастую лечение осуществляется амбулаторно. Основными направлениями терапии депрессии являются фармакотерапия, психотерапия и социальная терапия (Краснов, 2008). Как предостерегает эксперт в области расстройств психики из Кардиффского университета профессор доктор Пол Кидвелл, антидепрессанты бессильны в борьбе с депрессией, если человек не отказывается от образа жизни, ее вызывающего.

1. По данным ВОЗ, к 2015 году депрессии выйдут на первое место среди всех болезней человечества. В наши дни очень часто у всех возникают перепады настроения. Что приводит к депрессиям. Пасмурная погода бывает и поводом для нее. Некоторые люди начинают принимать средства (таблетки). Эти препараты очень вредны, они дают большую нагрузку на нервную систему. Когда человек примет одну таблетку, он успокаивается, и дальше он просто не сможет без них жить. Дело в том, что наш мозг привыкает к такому роду препаратов это, например, также, как пить или есть. Физические упражнения являются чудесным средством против депрессии. По словам специалистов из Южного методистского университета в Далласе (США), этот метод настолько эффективен, что его вполне можно рекомендовать пациентам вместо лекарств. Для этих целей стоит занимать спортом всего 25 минут в день. Свои взгляды эксперты мотивируют результатами последнего исследования, в рамках которого добровольцы еженедельно посвящали физкультуре 150 минут, делая медленные упражнения, либо 75 минут, если предпочитали энергичные движения. Как оказалось, как раз последние – непродолжительные, но динамичные упражнения лучше всего помогают справиться с плохим настроением и депрессией.

По большому счету, обычная зарядка становилась в некотором роде антидепрессантом: спустя 5 минут испытуемые чувствовали себя куда лучше, а эффект сохранялся – как в плане тела, так и в плане души. Так что теперь исследователи рекомендуют не пренебрегать таким чудесным способом и активно с ним бороться посредством несложной, но энергичной физкультуры.

Специалисты считают ходьбу королем среди всех физических упражнений. Она является наиболее простым и доступным профилактическим средством, эффективно нагружает всю скелетную мускулатуру, тренирует сердце, сосуды, усиливает иммунитет.

Когда-то врачи для укрепления здоровья прописывали пациентам моцион (прогулки). Выполнение такой рекомендации положительно сказывалось на их состоянии. Ходьба приемлема для всех возрастов и не имеет противопоказаний при дозировании нагрузки по самочувствию. Главное помнить, что ходить нужно достаточно интенсивно, но пока ходьба доставляет удовольствие. Естественные движения без лишних усилий задают нужный ритм и создают приподнятое настроение. Также важны постепенность и систематичность. А вот занятия бегом уже имеют противопоказания, особенно для тех, у кого есть лишний вес и больные суставы. Это связано с тем, что при беге существует так называемый «момент отрыва», когда обе ноги одновременно оторваны от земли. В результате в момент приземления на суставы ноги и позвоночные диски приходится нагрузка, в 5 раз превышающая вес тела человека. Если человек весит 90 кг, то нагрузка, например, на стопу при приземлении составит 450 кг. Рекомендуется заниматься зарядкой от трех до пяти раз в неделю, потому что именно такой режим приносит наилучшие результаты. Даже энергичная прогулка по улице может быть полезной. Но заниматься зарядкой нужно постоянно, и выполнять те упражнения, которые вам особенно нравятся, ведь лучше делать что-то, чем не делать ничего.

Чем же полезна ходьба? При ходьбе активно действует мышечный насос, проталкивающий кровь к сердцу и активно помогающий второму венозному сердцу – диафрагме. Ходьба поддерживает хорошее кровообращение во всем теле. Головной мозг при этом тоже получает больше кислорода, благодаря чему клетки мозга лучше функционируют. Все это способствует укреплению памяти, внимания, координации движений. Вспомните: многие люди, обдумывая важные вопросы, бессознательно помогая себе, прохаживаются по комнате.

Во время интенсивной мышечной нагрузки при ходьбе происходит выработка гормонов радости – эндорфина и сератонина. Поэтому ходьба – прекрасное средство против депрессии и плохого настроения.

Хотелось бы немного рассказать о достопримечательности Красноярска, куда приезжают люди со всех концов света, чтобы полюбоваться пейзажами сибирских красот и просто совершить пешую прогулку по замечательному месту.

Красноярские Столбы – удивительный уголок природы в самом центре Сибири. Место, где вырвавшаяся из недр земли магма застыла каменными изваяниями скал в ожерелье горной тайги. Столбы, Красноярск, столбизм, скалолазание – эти слова вот уже более полутора веков неразрывно связаны между собой в сознании не только красноярцев, но и тех, кто, живя за сотни и тысячи километров, мечтают попасть в Край причудливых скал. Одна из главных достопримечательностей Красноярска – уникальнейший заповедник «Столбы». Именуется он по названию находящихся на его территории многочисленных скал – столбов, имеющих разнообразную причудливую форму.

С конца XIX века, когда красноярцы начали подниматься на скалы, активно осваивать Столбы, стала складываться особая общность людей – столбисты. Столбистские имена, заключая в себе разнообразную информацию, отличаясь высокой культурой и выразительностью, представляют не меньшую ценность, чем сами Столбы. Удельный вес «столбистских» названий скал, камней, мест на скалах и т.п. составляет в словаре столбов почти 60 процентов. И это неудивительно, ведь Столбы для столбистов – «второй дом», часть быта. И чем больше осваивают они этот дом, тем детальнее происходит его языковое освоение. Не случайно свое собственное имя получают здесь пень (Хитрый пень), дерево (У-дерево, Королева), тропа (Столбовка, Манская тропа), поляна (Кузьмичева поляна), участки местности (Мокруха, Заколдованный лес, Оленья лужайка) и т.п.

Столбы. Для каждого они свои. Кто-то приходит сюда для покорения скал, другие ради отдыха от городской суеты. Кто-то ищет единения с природой… Говорят, сколько людей, столько и страстей. Но всех, или почти всех объединяет любование удивительными ландшафтами и образами наших Столбов. Жизнь не стоит на месте, все меняется, развивается. Когда-то по тропам, что раскинулись паутиной среди скал, в неделю могло пройти человек десять. В год насчитывали тысяч 50-60 посетителей. Сейчас же за одни выходные проходит до 15 тысяч, а в год счет идет на 300 тысяч, а то и более.

По результатам опроса на официальном сайте заповедника выяснилось, что посетители Столбов предпочитают ходить в одиночестве – 14 %, с подругой или с другом – 23 %, с детьми – 5 %, с родителями – 2 %,

с друзьями – 28 %, с коллегами по работе – 2 % и всей семьей предпочитают ходить 14 % человек. На вопрос: «Как часто Вы ходите на Столбы?» посетители сайта ответили, что еще не были, но собираются – 26 %, раз в год бывают 36 %, почти каждый месяц – 18 % и 18 % человек ответили: «Я тут живу». И на вопрос «что обычно мешает прийти на Столбы?» ответили так: работа на работе – 11 %, работа дома – 3 %, настроение – 3 %, погода – 8 %, лень (личная) – 8 %, страх (медведей, свалиться, заблудиться) – 4 %, расстояния (для иногородних) – 12 %, расстояния (для красноярцев) – 7 %, почти все – 2 %, сам(а) не пойму – 4 %. Хожу невзирая ни на что! – 29 % (stolby.su Официальный сайт Заповедника «Столбы»).

Таким образом, в качестве одной из форм профилактики депрессии мы рекомендуем самый доступный и безопасный способ – прогулки на свежем воздухе, ведь такое приятное и полезное времяпровождение не только избавит вас от грусти и печали, но и приведет ваши мысли в порядок, поднимет настроение и даст установку на позитивный настрой. А щедрая порция кислорода придаст лицу румянец и красоту. По наблюдениям, люди, которые часто посещают заповедник «Столбы», обладают отличной выносливостью, стабильным иммунитетом, здоровым духом и телом.

Список литературы

1. Личко А.Е. Особенности депрессий и депрессивные подростковые эквиваленты // Подростковая психиатрия. – Медицина, 1985. – 416 с.
2. Марценковский И.А. Клиническая фармакология антидепрессантов: механизмы эффективности и побочных эффектов // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. – Декабрь 2006. – № 1.
3. Мосолов С.Н. Клинико-фармакологические свойства современных антидепрессантов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002.
4. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств: Доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных / Редакторы Т. Багай, Х. Грунце, Н. Сарториус. Пер. под ред. В.Н. Краснова. – М., 2008. – 216 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ю.М. Смирнова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

По данным Всемирной организации здравоохранения, в России на конец 2012 г. на учете в онкологических учреждениях состояли более 3 млн больных. За последние 10 лет число онкологических больных в стране увеличилось на 25,5 %. Через 10 лет – если ситуацию не менять – больных станет больше еще на 15-20 %.

Еще во II веке нашей эры Гален подчеркивает роль типологических особенностей характера в возникновении рака. Он отмечает, что женщины-меланхолики чаще болеют раком, чем женщины-сангвиники. Русские врачи в XVII веке считали, что «дальняя причина рака есть долгая печаль». В 1783 г. Барроуз говорил о причинах этой болезни словами, очень напоминающими описание хронического стресса «…неприятные переживания души, долгие годы терзающие пациента».

Но именно в отечественной психологии, медицине, физиологии формируется, как считают Б.Д. Карвасарский, И.Т. Курцин, В.В. Николаева, своя уникальная школа, пытающаяся подойти к личности больного, и «вдохновителями» этой школы были М.Я. Мудров, полагавший, что «врачевание – есть искусство работы со страдающим человеком... лечить больного, зная его, узнавать причину, воздействовать на душу... человек нуждается в психотерапевтическом подходе... есть душевные лекарства, врачующие тело»; Г.А. Захарьин, разработавший методы опроса больного и его семьи, учитывая анамнез, особенности взаимоотношений с окружающими, реакцию на врачебную помощь; И.П. Павлов и И.Н. Сеченов, чье экспериментальное моделирование неврозов позволило выяснить, что при неврозах происходят телесные изменения.

Но, как описывает И.Т. Курцин, в XIX веке еще сложно было отказаться от механистического подхода к человеку. Кто-то должен был посмотреть на человека по-другому. Это удалось сделать, по мнению Виттковера и Уоркса, З. Фрейду и И.П. Павлову.

Психологические факторы могут играть существенную роль в возникновении и течении злокачественного процесса. Современные исследования подтверждают, что онкологические пациенты имеют сходный личностный профиль. По статистике зарубежных ученых, у большинства больных раком наблюдаются признаки личностной незрелости

и инфантильности жизненной позиции. Зачастую это влечет за собой нарушения в психологической и социальной адаптации. Так создается «почва» для развития депрессии. Депрессия формирует стрессовый гормональный фон. А он, в свою очередь, угнетает иммунную систему организма. Иммунная система начинает работать с мощными перегрузками, затрудняя работу органов и систем организма, постепенно истощается жизненный запас сил, и возникают предпосылки для развития онкозаболевания.

В 1977 году ученый Le Shan на основе анализа психологических аспектов жизни более полутысячи больных онкологией выделил основные моменты. Юность пациентов была отмечена чуством одиночества, покинутости, отчаяния; в ранний период зрелости пациенты либо установили глубокие, очень значимые для них отношения с каким-то человеком либо получали огромное удовлетворение от своей работы; затем эти отношения или роль исчезли из их жизни. Причины были самые разные: смерть любимого человека, переезд на новое место жительства, уход на пенсию, начало самостоятельной жизни их ребенка и тому подобные причины. В результате снова наступило отчаяние, как будто недавнее событие больно задело зажившую с молодости рану. Одной из основных особенностей этих больных было, то, что их отчаяние не имело выхода, они переживали его «в себе». Они были не способны излить свою боль, гнев или враждебность на других.

По наблюдениям врачей, онкологические больные весьма обидчивы, раздражительны. Раздражительность в основном направлена на недостаточный, по их мнению, уход за ними со стороны медперсонала. Очень часто эти пациенты ведут себя «как дети», у них нет желания оценить тяжесть своего заболевания, они не заботятся о своем здоровье, достаточно часто ведут себя, «как будто с ними ничего не случилось». Некоторые из них нарушают порядок лечения, уходят из больницы. Так, руководитель отделения гематологии и интенсивной терапии (оГиИТ) ГНЦ РАМН проф. А.В. Пивник уже давно обратил внимание, что больные ЛГМ несерьезно относятся к лечению, почувствовав минимальное улучшение, не являются на следующий курс лечения, очень подвержены влиянию близких (в основном родителей), находятся у них «под каблуком» и т.п.

Доктор К. Симонтон, сделавший существенный вклад в понимание психологических аспектов этого заболевания, дает следующую характеристику личности онкологического больного: значительно развита тенденция затаивать обиду и неспособность ее прощать; чувство жалости к себе; слабая способность устанавливать и поддерживать долговременные

отношения; слабость структуры «Я», что подразумевает повышенную тревожность, низкую стрессоустойчивость, низкую адаптивность к условиям изменяющегося мира, отсутствие способности к реализации своей воли, недостаток уверенности в себе, неспособность полагаться на себя, свои возможности вместо «эмоциональной и рациональной регуляции человеком своего поведения с целью оптимального взаимодействия с жизненными обстоятельствами или их преобразования в соответствии со своими намерениями» Отмечает, что такие пациенты часто чувствовали себя отвергнутыми одним или обоими родителями (Малкина-Пых, 2005).

Американский психотерапевт доктор Лоренс Ле Шан, работающий с онкологическими больными 35 лет, исследовал личность онкологического больного и описал ее. Это личность: неспособная выражать гнев, особенно в целях самозащиты; ощущающая свою неполноценность и не нравящаяся сама себе; испытывающая напряженность в отношениях с одним или обоими родителями; переживающая тяжелую эмоциональную потерю, на которую она реагирует чувством беспомощности, безнадежности, подавленности, стремлением к изоляции, т.е. также как в детстве, когда она оказывалась лишенной чего-то важного.

Н. Пезешкиан так описывает личность онкологического больного: «Больной раком склонен к уходу в работу. Сфера разум/деятельность развита у него сильно. Хорошая должность, надеется он, даст ему уверенность и признание. Поэтому он тяжелее переносит промахи. Неудачи на работе нередко обнаруживаются перед началом злокачественного заболевания. Также тяжело переживает он потерю близкого человека. Типичный западный раковый больной очень культивирует отношение только с одним человеком, игнорируя иные контакты. Он охотно жертвует собой для родителей, детей и супруга. Он вкладывает в эти отношения всего себя и готов внести все, лишь бы не потерять партнера. Если по какой-либо причине дело доходит до развода, этот «удар судьбы» может вывести человека из психофизического равновесия» (Пзешкиан,1996).

Финагентова Н. В. пришла к выводу, что у обследованных пациентов с онкологической патологией наблюдаются снижение настроения и активности в сочетании с тревожным напряжением, связанным с низким контролем над болезнью, ее рецидивирующим характером и неопределенностью прогноза. При неблагоприятном течении болезни отмечается преимущественно угнетенное настроение, сопряженное с переживанием безнадежности и безысходности. Степень выраженности эмоционального

реагирования на заболевание (диагноз, рецидив) определяется как клиническими характеристиками болезни, так и особенностями сформировавшейся системы отношений личности больного.

Характер человеческой личности всегда многогранен. Его определяет совокупность черт, качеств личности. Все эти черты, или качества, личности можно условно разделить на несколько групп, которые отражают отношение человека к разным сторонам жизни. В каждую группу входят позитивные и негативные качества.

Выделяют группу черт, в которых проявляется отношение человека к окружающим его людям и к обществу в целом. Позитивными качествами, которые входят в эту группу, являются коллективизм, общительность, чуткость, преданность, доброта, честность, правдивость, искренность и др., отрицательными – эгоизм, черствость, лживость, лицемерие и т.д.

Следующая группа включает черты характера, в которых выражаются отношение человека к самому себе, самооценка личности. В зависимости от самооценки личность может быть довольна собой или осуждать себя, соглашаться с собой или находиться в состоянии внутренней борьбы. Позитивными чертами характера являются уверенность в себе, реалистичная самооценка, к отрицательным относятся неадекватно завышенная самооценка, излишняя строгость к себе, недооценка себя, неуверенность в своих силах, застенчивость. Таким образом, онкозаболевания могут развиваться с учетом их характерологических особенностей.

Акцентуация – это не патология, а крайний вариант нормы. Доля акцентуированных личностей во взрослом населении составляет примерно 50 %. Именно они готовы как к социально положительному, так и социально отрицательному развитию.

Особенно заострены черты акцентуированного характера в подростковом возрасте. Потом они либо сглаживаются, либо переходят в скрытые. Люди различаются между собой не только акцентуированными чертами. Даже не обнаруживая черт, выделяющих личность на фоне среднего уровня, люди все же не сходны между собой. Имеются в виду те особенности, которые придают человеку как таковому его индивидуальные черты (Леонгард, 1989).

Цель нашего исследования – изучить акцентуации характера онкопациентов в сравнении со здоровыми людьми.

Для изучения вопроса о характерологических личностных особенностей нами было проведено исследование онкологических больных

радиологического отделения Красноярского краевого клинического онкологического диспансера имени А.И. Крыжановского. В исследовании приняли участие 20 пациентов (11 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 45 до 68 лет. Так же нами была выбрана группа людей, сотрудников Крас ГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, состоящая из 27 человек (9 мужчин и 18 женщин) 40-72 лет, у которых отсутствовало данное заболевание.

Методом исследования мы выбрали разработанный в клинике К. Леонгардом опросник для выявления «акцентуированных личностей» (Шмишек, 1970). Опросник предназначен для диагностики типа акцентуации личности. Теоретической основой опросника является концепция «акцентуированных личностей» К. Леонгарда, который считает, что присущие личности черты могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные черты составляют стержень, ядро личности. В случае яркой выраженности (акцента) основные черты становятся акцентуациями характера. Соответственно личности, у которых основные черты ярко выражены, названы Леонгардом «акцентуированными».

Термин «акцентуированные личности» занял место между психопатией и нормой. Акцентуированные личности не следует рассматривать в качестве патологических, но в случае воздействия неблагоприятных факторов акцентуации могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности.

Опросник содержит 10 шкал, в соответствии с десятью выделенными Леонгардом типами акцентуированных личностей, и состоит из 88 вопросов, на которые требуется ответить «да» или «нет».

У каждого испытуемого определялся уровень акцентуации по десяти выделяемым Леонгардом возможным типам. Выделенные Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективный, эмотивный) (Леонгард, 1989).

В результате проведенного исследования выявлено, что и у группы больных, и у группы здоровых людей наблюдается акцентуация сочетанного типа по нескольким признакам.

Исследование показало, что у группы здоровых мужчин выявлено преобладание таких типов акцентуаций, как гипертимность (66,6 %), возбудимость (44,4 %) и демонстративность (77,7 %), в то время как у пациентов онкоцентра наблюдается повышенный уровень застревания

(44,4 %), дистимичности (66,6 %), экзальтированности (33,35) и педантичности (44,4 %).

Исследование женщин показало, что у здоровых преобладает акцентуация по шкалам: гипертимности (72,2 %), демонстративности (72,2 %), возбудимости (66,6 %) и экзальтированности, а у группы больных – повышенный уровень застревания (45,5 %), тревожности (54,5 %), дистимичности (36,3 %) и педантичности (54,5 %).

Полученные данные свидетельствуют о том, что у онкопациентов обоих полов преобладают типы акцентуаций: 1) застревающий, 2) педантичный и 3) дистимичный.

Результаты здоровых женщин и мужчин указывают на преобладание нижеследующих типов акцентуаций: 1) гипертимный, 2) демонстративный и 3) возбудимый.

Таким образом, больные женщины и мужчины обладают преимущественно такими качествами личности, как заторможенность, подчеркивание этических сторон, переживания и опасения, ориентированность на неудачи; нерешительность, совестливость, ипохондрия, боязнь несоответствия собственного «Я» идеалам; подозрительность, обидчивость, тщеславие, переход от подъема к отчаянию. Группе здоровых женщин и мужчин присущи такие качества, как желание деятельности, погоня за переживаниями, оптимизм, ориентированность на удачи; самоуверенность, тщеславие, хвастовство, ложь, лесть, ориентированность на собственное «Я» как на эталон; вспыльчивость, тяжеловесность, педантизм, ориентированность на инстинкты.

Список литературы

1. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев, 1989.
2. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
3. Методика изучения акцентуаций личности К. Леонгарда (модификация С. Шмишека) // Практикум по психодиагностике личности. / Ред. Н.К. Ракович. – Минск, 2002.
4. Шарова Н.В. Общая психология. – Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 2007.
5. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Пер. с нем. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.

ФЕНОМЕН ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ И РЕШЕНИЯ

Я.И. Спасская

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Очень часто родители сталкиваются с ситуацией, когда их ребенок заболевает простудными инфекциями. Они водят детей к докторам, тепло их одевают, приучают к здоровому образу жизни и т.д. Одни малыши благополучно выздоравливают и долгое время не болеют, другие же заболевают снова и снова без видимых на то причин. Таких детей можно отнести к группе часто болеющих.

Принято считать, что категорию часто болеющие дети составляют преимущественно дошкольники (Волкова О.В., 2009). Согласно принятым в Российской Федерации нормативам, к категории часто болеющие дети (ЧБД) относятся:

– дети в возрасте до 1 года, болеющие ОРЗ четыре и более раза в год;
– дети от 1 года до 3 лет, болеющие ОРЗ шесть и более раза в год;
– дети 4-5 лет, болеющие ОРЗ пять и более раза в год;
– дети старше 5 лет, болеющие ОРЗ четыре и более раза в год (Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., 1986).

По результатам исследований выявлено, что «высокий уровень заболеваемости и, как следствие, рост числа часто болеющих детей (ЧБД) являются важной медико-социальной и экономической проблемой в системе охраны здоровья матери и ребенка. На долю ЧБД приходится от 25 до 56,9 % всех заболеваний детей дошкольного возраста» (Волкова О.В.).

В литературе среди основных факторов, способствующих частым ОРЗ, выделяют три группы:

Связанные с состоянием здоровья – это проблемы беременности и родов, недоношенность, анемия, раннее искусственное вскармливание, нарушения со стороны нервной системы, различные виды диатезов, заболевания органов дыхания, дисбактериозы и др.;

Большую роль в повышенной заболеваемости играют провоцирующие факторы, связанные с уходом за ребенком: низкая медицинская активность семьи, пассивное курение, пренебрежение закаливанием, физической культурой, нерациональное питание, неблагоприятные социально-бытовые условия, самолечение, частое и длительное применение антибиотиков и других лекарственных препаратов;

Особое значение играют социально-психологические причины, которые определяют психоэмоциональное состояние ребенка: хроническая психотравмирующая ситуация в семье, отсутствие отца или матери, конфликтные отношения между родителями и другими членами семьи, стрессы, вызванные педагогическими просчетами учителя (Угарова Э.Б., 2011).

Для того чтобы полноценно восстановить здоровье ребенка, нужно снизить влияние основных причин болезни. Если с телесными причинами борются врачи, то в устранении социально-психологические причины необходима помощь психологов.

Множеством научных исследований доказано, что в заболевании виноваты как внутренние, так и внешние факторы окружающей ребенка среды. А таких факторов много, начиная от неправильного питания ребенка и заканчивая конфликтами и в семье.

Н.П. Бадьина указывает на прямую зависимость между степенью выраженности неблагоприятных социально-психологических воздействий и частотой эпизодов ОРЗ в году (Бадьина Н.П., 2007).

К таким неблагоприятным социально-психологическим воздействиям можно отнести в том числе стили семейного воспитания и отношения в семье. Потому что одним из наиболее важных факторов развития ребенка являются взаимоотношения со взрослыми, в частности с родителями. В ситуации болезни отношение к ней во многом определяется и формируется под влиянием окружения. Кроме того, установки ближайших взрослых становятся решающим фактором, определяющим образ жизни ребенка и направление развития его личности (Волкова О.В., 2009).

Нестабильная психоэмоциональная обстановка в семье, семейные ссоры и конфликты, сцены физического насилия. Ребенок воспринимает происходящее не так, как взрослый человек, и может сильно испугаться даже от просто угрожающего тона, не говоря о крике. Малыш может воспринять это как угрозу своей жизни или физической целостности, и это может сильно напугать его, т.к. при этом не удовлетворяется его базовая потребность – в безопасности. Вследствие чего ребенок находится в состоянии хронической тревоги и ощущения угрозы. Результатом этого могут быть плаксивость, раздражительность, замкнутость, частые простуды (Мирошниченко Л.В., 2012).

Игнорирование потребности ребенка в контакте, во внимании со стороны родителей, в положительных эмоциях, в положительном подкреплении. У ребенка много одежды, игрушек, но он играет с этими игрушками один – мама и папа с ним не играют, не разговаривают или делают

это очень редко, ограничиваясь только общими указаниями по поводу поведения. Такой ребенок чувствует себя одиноким и заброшенным. Соответственно, ребенок может решить, что это он «плохой и никому не нужный», и у него может появиться некоторая бессознательная программа самоуничтожения в виде длительного хронического заболевания, которое вылечить медикаментозно не получается никак. И до тех пор, пока он «плохой», ребенок будет болеть (Мирошниченко Л.В., 2012).

В семье может присутствовать неадекватное возрасту распределение ответственности между взрослым и ребенком. Здесь могут наблюдаться две крайности.

Первая: взрослый пытается за ребенка сделать все сам, не давая развиваться самостоятельности. Это может происходить в ситуации гиперопеки, которая представляет собой воспитание по типу «ребенок – кумир семьи». Характерными чертами являются чрезмерное покровительство, стремление освободить ребенка от малейших трудностей, удовлетворить все его потребности. Это приводит к усилению эгоцентрических тенденций развития личности, затрудняет формирование коллективистической направленности, препятствует формированию целеустремленности и произвольности (Потапова А.В., Нартова-Бочавер С.К., 2001). У малыша появляется ощущение, что мир слишком сложный и в нем ничего не сделаешь и не изменишь, и что всегда должен быть кто-то более сильный, кто будет направлять и отвечать за последствия решений, т.е. образуется и закрепляется в психике ребенка страх что-то делать самостоятельно. И этот страх может проявляться в виде заболеваний перед важными мероприятиями, новыми знакомствами, выступлениями на утренниках и т.д., впоследствии переходящих в хроническую форму (Мирошниченко Л.В.).

И вторая крайность: ребенку дается слишком много ответственности, которую он не способен вынести в силу своего возраста. Повышается уровень родительских ожиданий в отношении будущего, успехов, способностей и талантов ребенка. Это может быть возлагание на ребенка непосильных и несоответствующих возрасту обязанностей одного из взрослых членов семьи (например, забота о младших детях) или ожидание от ребенка того, что он реализует их нереализованные желания и стремления (Потапова А.В., Нартова-Бочавер С.К., 2001). И когда ребенок не может со всем этим справиться, у него может появиться чувство, что он «какой-то не такой», а как стать «таким» для папы или мамы, он не понимает и, соответственно, получает хроническое чувство собственной неполноценности, бессилия и стыда за себя. А также страх, что родители его отвергнут и не будут любить. Из-за этого ребенок

находится в постоянном напряжении и тревоге, а это обычно приводит к различным заболеваниям. Частые простуды, заболевания желудочно-кишечного тракта могут быть следствием такой перегрузки (Мирошниченко Л.В., 2012).

Такие события, как потеря близких людей – болезнь, смерть или развод родителей, дети переживают по-разному. Кто-то бурно выражает свои эмоции, кто-то впадает в оцепенение. А кто-то внешне выглядит спокойным, продолжает жить, как будто ничего не произошло. Взрослые часто объясняют это тем, что ребенок еще маленький и не понимает, что происходит, не зная, что это тоже такая реакция на травмирующее событие. В любом случае ребенку требуется поддержка и внимание, а если он ее лишен, то может серьезно заболеть. К тому же ребенок может решить, что это он виноват в том, что произошло и может заболеть, таким образом, бессознательно наказывая себя. Болезнь может остаться с ребенком иногда на всю жизнь, невзирая на давность произошедшей утраты (Мирошниченко Л.В., 2012).

Кроме того, дети склонны к подражанию, особенно маленькие. Они неосознанно копируют стратегии поведения взрослых, и если в семье есть человек, который постоянно болеет, и из-за этого окружен большей заботой и вниманием и может с помощью своей болезни манипулировать членами семьи, то ребенок может «понять», что болеть выгодно и принять этот способ взаимодействия с окружающими. Особенно хорошо это у него получается, когда взрослые резко меняют свое отношение к заболевшему ребенку, демонстрируют повышенную тревожность, больше ему позволяют, выполняют все просьбы и капризы. Опасно это тем, что процесс происходит бессознательно, и ребенок болеет по-настоящему, и формируется четкая связь: болезнь – получение повышенного внимания и прочих «бонусов» (Мирошниченко Л.В, 2012).

Также важно отметить, что эти, казалось бы, постоянные болезни не только снижают функциональную активность иммунитета ребенка и физическое развитие, но и способны приводить к нарушениям психического развития ребенка.

Часто болеющий ребенок из-за частых болезней редко посещает детский сад или школу, из-за этого малыш теряет контакты со сверстниками, не усваивает полноценно школьную программу, плохо учится и как следствие постоянно ощущает себя хуже своих ровесников. И это чувство неполноценности способно перерасти в один из вариантов комплекса неполноценности со всеми вытекающими отсюда последствиями. Таким образом, часто болеющий ребенок подвержен социальной дезадаптации, котограя также приносит ему немало вреда.

В числе рекомендаций к снижению психологической напряженности в ситуации болезни ребенка можно предложить следующее:

1. Не выяснять отношения при ребенке. Как бы вам ни хотелось выразить эмоции сразу, лучше подождите, когда ребенка не будет рядом.

2. Давать ребенку необходимую долю внимания и удовлетворять его потребность в контакте с родителями.

3. Не поощрять болезни. Взрослые не должны резко менять свое отношение к заболевшему ребенку. Ведь очень часто, когда ребенок заболевает, мама полностью посвящает себя ему. А когда же тот выздоравливает, она опять возвращается к повседневным делам и требует от ребенка послушания.

4. Пытаться понять, почему ребенок заболел. Подойти к вопросу комплексно, учитывая и психологические и физиологические аспекты.

5. Просто любить своего ребенка.

Список литературы

1. Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети. Клиникосоциальные аспекты. Пути оздоровления / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов – Саратов: Саратовский медун-т, 1986.
2. Бадьина Н.П. Часто болеющие дети. Психологическое сопровождение в начальной школе / Н.П. Бадьина – Генезис, 2007. – С.152.
3. Волкова О.В. Особенности волевого действия часто болеющих детей старшего дошкольного возраста: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. псих. наук: (19.00.04) / Олеся Владимировна Волкова; КГПУ. – Красноярск, 2009.
4. Крамарь Л.В, Хлынина Ю.О. Часто болеющие дети: пробемы и пути решения / Крамарь Л.В, Хлынина Ю.О. – М.: Вестник. – 2010. – № 2 (34). – С. 9-12.
5. Мирошниченко Л.В. Некоторые причины психосоматических заболеваний у детей / Л.В. Мирошниченко – М.: Клуб родителей Детки.kz. – 2012. – № 8 (38).
6. Новожилова Н.Б. Психологические проблемы физически ослабленных детей / Н.Б. Новожилова – Материалы фестиваля педагогических идей «открытый урок». – 2012.
7. Потапова А.В., Нартова-Бочавер С.К. Детская психологическая служба. – Курс лекций. Часть II. – М.: МОСУ. – 2001. – С. 122.
8. Угарова Э.Б. Часто болеющие дети / Угарова Э.Б. // Заря. – 2011.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ: ПРИЧИНЫ, МЕХАНИЗМЫ

Е.В. Ткачева

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, или СДВГ – это состояние, вызывающее постоянную невнимательность, гиперактивность и (или) импульсивность. СДВГ начинается в детстве и может

сохраняться во взрослом состоянии. Этиология и патогенез (причины и механизмы развития) синдрома дефицита внимания окончательно не выяснены, несмотря на большое количество исследований. В настоящее время существуют нейроморфологические, генетические, нейрофизиологические, биохимические, социально-психологические концепции, которые пытаются объяснить механизмы развития синдрома. Существует также развернутая биопсихосоциальная патологическая модель, которая включает в себя различные факторы возникновения СДВГ. Кроме того, к гипотезам, описывающим механизмы СДВГ, относятся концепция диффузной церебральной дезрегуляии О.В. Халецкой и В.М. Трошина, генераторная теория Г.Н. Крыжановского, теория задержки нейроразвития З. Тресоглавы.

Однако на современном этапе исследования СДВГ считаются доминирующими три группы факторов в развитии синдрома:

– генетические факторы;
– повреждение центральной нервной системы во время беременности и родов;
– негативное действие внутрисемейных факторов.

По результатам исследования Н.Н. Заваденко возникновение СДВГ из-за раннего повреждения центральной нервной системы в период беременности и родов встречается в 84 % случаев, генетические причины – в 57 % случаев, негативное действие внутрисемейных факторов – в 63 % случаев.

Характерные проявления генетического фактора прослеживаются в нескольких поколениях одной семьи, значительно чаше среди родственников мужского пола. Влияние биологических факторов играет существенную роль в младшем возрасте, затем возрастает роль социально-психологических факторов, особенно внутрисемейных отношений.

Причинами раннего повреждения центральной нервной системы во время беременности и родов могут служить недостаточное питание, отравление свинцом, органические повреждения мозга, внутриматочные дефекты, наркотическое отравление плода (например, кокаином) во время пренатального развития, кислородная недостаточность в период развития плода или в процессе родов. Многие дети с симптомами неспособности к обучению появились на свет при осложненных родах, а среди недоношенных детей эти симптомы обычны. По результатам многочисленных исследований одной из самых распространенных причин отклонений в обучении и поведении является родовая травма шейных отделов позвоночника, которая не диагностируется своевременно, что приводит к возникновению синдромов несформированности или дефицитарности головного мозга в онтогенезе.

В настоящее время специалистами многих стран ведутся нейрофизиологические, нейропсихологические и биологические исследования детей с СДВГ. Проводимые электроэнцефалографические исследования выявляют изменения биоэлектрической активности головного мозга, нарушения структурно-функциональной организации левого полушария, незрелость системы регуляции внимания, незрелость системы коркового торможения и т.д. Нейропсихологические исследования гиперактивных детей выявляют их низкий психический статус, повышенную истощаемость, трудности в освоении чтения и письма.

Исследования, проведенные A.J. Zametkin и J.L. Rapoport в институте умственного здоровья (США), продемонстрировали связь между дисфункцией лобной доли и гиперактивностью: уровень активности мозга у гиперактивных детей в экспериментальной группе был на 84 % ниже, чем у обычных детей в контрольной. Следовательно, у гиперактивных детей снижена активность мозга в зоне лобных долей.

R.A. Barkley отмечает, что от 25 до 50 % гиперактивных детей «перерастают» этот синдром. Однако у 6-8 % детей симптомы расстройства приводят к задержке психического развития, а в подростковом возрасте способствуют возникновению психопатологических расстройств и асоциальны состояний. В результате проведенных R.A. Barkley нейрофизиологических исследований у детей с СДВГ также выявлены отклонения в развитии фронтальных отделов коры больших полушарий, базальных ганглиев и мозжечка. Данные нарушения приводят к задержке созревания функциональных систем мозга, ответственных за моторный контроль, внимание и саморегуляцию поведения.

Среди всевозможных причин возникновения синдрома на нейропсихологическом и биологическом уровнях также отмечают снижение процессов метаболической активности в определенных участках мозга, дефицитарность нейромедиаторных сетей, обеспечивающих функциональные взаимосвязи на уровне среднего мозга и лимбической системы, а также дисфункцию неспецифических активационных механизмов.

Кроме того, у детей, состояние которых диагностируют как дефицит внимания и гиперактивность, наблюдается дефицитарная работа ретикулярной формации и вестибулярного аппарата. Функциональные нарушения ретикулярной формации и стволовых отделов мозга приводят к изменениям болевой чувствительности. Такие дети часто не чувствуют боли и, следовательно, не могут сочувствовать другим. Этим объясняется их безжалостное отношение к сверстникам и животным. Они могут ударить, толкнуть, укусить, другим способом проявить агрессию. Кроме того, они способны совершать агрессивные действия и по отношению к себе.

В сложную систему организации и контроля крупных движений и мелкой моторики входят премоторные и теменные ассоциативные области коры, базальные ганглии, мозжечок, ретикулярная формация. У детей с СДВГ нарушения двигательного контроля связаны с дисфункцией префронтальной области лобных отделов головного мозга. Для детей с этим диагнозом характерны не только недостаточность в координаторной сфере, но и нарушения динамического и кинестетического праксиса.

Большое разнообразие причин возникновения СДВГ связано, прежде всего, с разнообразием клинической картины синдрома. Наряду с основными характеристиками для иного расстройства повышенной двигательной активностью, импульсивностью и дефицитом внимания отмечается широкий спектр эмоциональных и когнитивных нарушений.

Е.А. Осиновой и Н.В. Панкратовой проведено лонгитюдное исследование 28 детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивности в возрасте от 5 до 9 лет и предпринята попытка определения их нейропсихологического статуса. Нейропсихологическое обследование строилось на методике А.Р. Лурия с включением ряда дополнительных тестов. Авторы выделили четыре варианта отклонений высших психических функций у детей с СДВГ.

Первый вариант встречался в 42 % случаев и был связан с дефицитарностью базальных структур мозга, задержкой становления функциональной левополушарной доминантности и недостаточностью корково-подкорковой регуляции. В процессе взросления для детей с таким типом СДВГ характерны уменьшение симптомов и нормализация поведения. В онтогенезе отмечалось запаздывание латерализации мануального предпочтения (определения ведущей руки). Выявлялись полимодальные нарушения мнестической деятельности (памяти) в звене избирательности и первичная недостаточность базальных структур, обеспечивающих составляющие выполнения двигательных программ. При реципрокных (перекрестных) движениях дети демонстрировали дефицит тонической регуляции (тонус мышц), но в процессе специального обучения разнонаправленным движениям результат достигался быстро. Однако успешное выполнение простейших двигательных программ опиралось на механизмы вербального (речевого) программирования и контроля. При исключении последнего (прикусывание языка) автоматизация движений происходила с большим трудом. Сохранялись ошибки зеркальности в написании отдельных букв и поисках правых и левых частей тела, в то время как копирование целостных геометрических фигур происходило успешно. Это свидетельствует об опережающем развитии структурно-топологического компонента по отношению к координатной составляющей. Дети

показывали недостаточную сформированность функций произвольной регуляции и контроля, что проявлялось в большом количестве ошибок, из-за невнимательности и импульсивности; ускорение темпа работы и трудность возврата к первоначальному темпу после ускорения. Включение мотивационных факторов (ответственность за что-либо, назначение старшим в группе, ведущим в игре, дежурным в классе и т.д.) способно существенно мобилизовать ресурс произвольной регуляции поведения.

Второй тип возникновения СДВГ в онтогенезе, выявленный у 20 % обследованных, характеризуется дисфункцией правого полушария в сочетании с дефицитарностью базальных (подкорковых) структур мозга. Этот вариант онтогенеза отличается выраженной неустойчивостью возрастной динамики. Развитие детей и овладение когнитивными и социальными навыками сопровождается периодическими сбоями и усилением гиперактивности. Пик гиперактивности и нарушение взаимодействия со сверстниками у этой группы детей приходится на 5-летний возраст. В возрасте 7-8 лет отмечается положительная динамика, в 9 лет – нарастание симптомов. У детей прослеживаются полимодальные нарушения мнестической деятельности. При выполнении двигательных проб нарушения чаще отмечаются в левой руке. При копировании графических фигур правой и левой рукой сохраняются выраженные различия, при этом стратегия копирования левой рукой запаздывает в развитии. Фрагментарность восприятия проявляется при составлении рассказа по картинкам: отсутствует целостное описание; главная сюжетная линия вытесняется второстепенными деталями. В отличие от первого варианта онтогенеза СДВГ сформирована произвольная регуляция и самоконтроль в структурированных ситуациях. Внимание при повторяющихся действиях не снижается. Однако в ситуации без установленных правил происходит провокация возникновения гиперактивности с элементами импульсивности. Включение мотивационных факторов (ответственность за что-либо, назначение старшим в группе, ведущим в игре, дежурным в классе и т. д.) мало влияет на поведение и мобилизацию ресурсов произвольной регуляции.

Третий вариант онтогенетического развития СДВГ отмечен у 29 % обследованных, характеризуется первичной функциональной дефицитарностью базальных структур мозга, что замедлило формирование пространственных функций (задние отделы правого полушария) и функций блока программирования и контроля (лобные доли левого полушария). Снижены интеллектуальные показатели. Однако у детей этого типа часто отмечается замедленная, но положительная возрастная динамика. Кроме того, у них прослеживаются первичная недостаточность фоновых

составляющих обеспечения системы праксиса, нарушения мнестической деятельности в звене избирательности, недостаточное развитие структурно-топологической и координатной составляющих пространственных представлений, целостное восприятие при составлении рассказа по сюжетной картинке, выражены нарушения функции регуляции и контроля. Для успешного выполнения последовательных серийных действий таким детям требуется речевой контроль. Недостаточно сформирована мелкая моторика.

Четвертый вариант онтогенетического развития СДВГ выявлен в 9 % случаев и характеризуется сохранностью базальных структур мозга при выраженной несформированности регуляторных структур (лобные доли левого полушария). Выражены нарушения регуляторных механизмов третьего (по А.Р. Лурии) структурно-функционального блока мозга. Отмечена недостаточность речевого программирования и контроля (левая височная область) в обеспечении последовательного выполнения серийных действий. Кроме того, у детей проявляется инертность при воспроизведении заучиваемого материала, персеверации, неустойчивость социальных контактов, агрессия, слабая управляемость поведением. Ускорения темпа при серийных движениях не отмечалось. В возрасте 7-8 лет прослеживается положительная динамика в когнитивной сфере и поведении на фоне дефицитарности мотиваций. Достаточный словарный запас и сохранные процессы непроизвольного запоминания.

Дети с синдромом гиперактивности имеют достаточно развитые компенсаторные механизмы, для включения которых должны соблюдаться определенные условия:

– обеспечение родителями и учителями эмоционально-нейтрального развития и обучения;
– соблюдение режима, достаточное время для сна;
– обучение по личностно ориентированной программе без интеллектуальных перегрузок;
– соответствующая медикаментозная поддержка;

разработка индивидуальной помощи ребенку со стороны невролога, психолога, педагога, родителей;

– своевременная нейропсихологическая коррекция.

Таким образом, гиперактивность ребенка является лишь внешним проявлением нарушений его нейропсихологического развития и может возникнуть по причине несформированности или дефицитарности мозговых структур. Прежде всего, возникновение СДВГ связано с недостаточной зрелостью лобных отделов коры головного мозга, особенно левого

полушария. Изучение механизмов формирования синдрома дефицита внимания с гиперактивностью – актуальная задача, которая требует дальнейших междисциплинарных исследований.

Список литературы

1. Заводенко Н.Н., Петрухин А.С., Семенов П.А. и др. Лечение гиперактивности с дефицитом внимания у детей: оценка эффективности различных методов фармако- терапии // Московский мед. журн. – 1998. – С. 19-23.
2. Заводенко Н.Н., Петрухин А.С., Соловьев О.И. Минимальные мозговые дисфункции у детей. – М., 1997.
3. Возможности практической психологии в образовании / Под ред. Н.В. Пилипко – М., 2001.
4. Заваденко Н.Н. Факторы для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей // Мир психологии. – 2000. – № 1.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПЕДАГОГОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

А.В. Туговикова

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

В последнее время в обществе бурно происходят образовательные реформы, которые должны нести в себе не только большой развивающий и обучающий потенциал, но и должны сохранять здоровье всех участников образовательного процесса. Это возможно, если педагог профессионально компетентен, физически и психологически здоров, а также устойчив к развитию негативных профессионально-обусловленных состояний.

Профессия учителя относится к сфере профессий типа «человек – человек», то есть профессий, которые отличаются интенсивностью и напряженностью психоэмоционального состояния и которые наиболее подвержены влиянию эмоционального выгорания. В настоящее время этот синдром удостоен диагностического статуса. Современный учитель призван решать задачи, требующие серьезных педагогических усилий. Освоение нового содержания учебных предметов, новых форм и методов преподавания, поиски эффективных путей воспитания, реализация гуманистической парадигмы, необходимость учитывать очень быстрые изменения, происходящие в обществе и информационном поле преподаваемого предмета – все это под силу лишь психологически здоровому, профессионально компетентному, творчески работающему учителю. Ведь от здоровья учителя во многом зависит и психологическое здоровье

его учеников. Действие многочисленных эмоциогенных факторов (как объективных, так и субъективных) вызывает у учителей нарастающее чувство неудовлетворенности, ухудшение самочувствия и настроения, накопление усталости, что приводит к профессиональным кризисам, стрессам, истощению и выгоранию. Результатом этих процессов является снижение эффективности профессиональной деятельности учителя: он перестает справляться со своими обязанностями, теряет творческий настрой относительно предмета и продукта своего труда, деформирует свои профессиональные отношения, роли и коммуникации.

Термин «эмоциональное выгорание» введен американским психиатром Х.Дж. Фрейденбергером в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Первоначально этот термин определялся как состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности.

В 1976 году К. Маслач определила выгорание как реакцию, стресс, связанный с работой, приводящий к эмоциональному отдалению от клиента, негуманному отношению к нему, снижению эффективности в работе (Маслач, 1987).

В.В. Бойко дает следующее определение эмоционального выгорания – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравматические воздействия, представляющий собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще – профессионального поведения. С одной стороны, выгорание позволяет человеку дозировать и экономно использовать энергетические ресурсы, с другой – выгорание отрицательно сказывается на выполнении работы и отношениях с людьми (Бойко, 1999).

По мнению Н.Е. Водопьяновой, эмоциональное выгорание – это долговременная стрессовая реакция, возникающая вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней эффективности (Водопьянова, 2005).

Мы представляем себе СЭВ (синдром эмоционального выгорания) как процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

Эмоциональное выгорание у педагогов можно определить по симптомам, которые выделила К. Маслач. Условно она разделяет симптомы эмоционального выгорания на физические, поведенческие и психологические.

По мнению автора, к физическим симптомам относятся усталость, чувство истощения, восприимчивость к изменениям показателей внешней среды, астенизация, частые головные боли, расстройства желудочно-кишечного тракта, избыток или недостаток веса, одышка, бессонница.

К поведенческим и психологическим симптомам относятся такие факторы, как чувство неосознанного беспокойства, чувство скуки, снижение уровня энтузиазма, чувство обиды, чувство разочарования, неуверенность, чувство вины, чувство невостребованности, легко возникающее чувство гнева, раздражительность, человек обращает внимание на детали, подозрительность, чувство всемогущества (власть над судьбой ученика, воспитанника, клиента), работа становится все тяжелее, а способность выполнять ее – все меньше, профессионал рано приходит на работу и остается надолго или, наоборот, поздно появляется на работе и рано уходит, берет работу на дом, ригидность, неспособность принимать решения, дистанционирование от пациентов и стремление к дистанционированию от коллег, повышенное чувство ответственности за пациентов, растущее избегание, общая негативная установка на жизненные перспективы, злоупотребление алкоголем и (или) наркотиками (Маслач, 1987).

Что касается причин возникновения состояний эмоционального выгорания в педагогической деятельности, то педагоги выделяют следующие:

- высокую эмоциональную включенность в деятельность – эмоциональную перегрузку;
- отсутствие четкой связи между процессом обучения и получаемым результатом, несоответствие результатов затраченным силам;
- жесткие временные рамки деятельности (урок, четверть, год), ограниченность времени урока для реализации поставленных целей;
- неумение регулировать собственные эмоциональные состояния;
- организационные моменты педагогической деятельности: нагрузка, расписание, кабинет, моральное и материальное стимулирование;
- ответственность перед администрацией, родителями, обществом в целом за результат своего труда;
- отсутствие навыков коммуникации и умения выходить из трудных ситуаций общения с детьми, родителями, администрацией.

По мнению К. Маслач, существует три следствия профессионального выгорания:

- Снижение самооценки. «Сгоревшие» работники чувствуют беспомощность и апатию. Со временем это может перейти в агрессию и отчаянье;

● Одиночество. Люди, страдающие от эмоционального сгорания. Не в состоянии установить нормальный контакт с учениками. Преобладают объект-объектные отношения.

● Эмоциональное истощение. Усталость, апатия и депрессия, сопровождающие эмоциональное сгорание, приводят к серьезным физическим недомоганиям – гастриту, мигрени, повышенному артериальному давлению, синдрому хронической усталости и др. (Маслач, 1987).

Для повышения стрессоустойчивости организма, улучшения самочувствия и настроения педагогов в профессиональной деятельности мы предлагаем несколько подходов профилактики возникновения синдрома эмоционального выгорания.

Профилактические и коррекционные меры при СЭВ (синдром эмоционального выгорания) во многом схожи: то, что защищает от развития данного синдрома, может быть использовано и при его коррекции. Для организаций социального профиля, где нередко скапливается большой круг проблем, связанных с выгоранием, характерны часто явные и неявные конфликты между сотрудниками, сотрудниками и администрацией, высокая текучесть кадров, неблагоприятный психологический климат. Поддержка принципов командного подхода в работе позволяет разрешить ряд проблем.

Профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия должны, в первую очередь, направляться на снятие действия стрессора:

– Снятие рабочего напряжения.
– Повышением профессионального уровня, в первую очередь регулярным обучением.
– Правильной организацией работы персонала. Со стороны администрации нужна система поощрений, должны использоваться методы психологической разгрузки.
– Необходимо обратить внимание на улучшение условий труда – характер складывающихся взаимоотношений в коллективе.
– Отработкой личных проблем (Орленко, 2008).

Для профилактики и помощи педагогам в преодолении синдрома выгорания Е.С. Бардакова рекомендует следующее:

а) организация рабочих пауз для эмоциональной разгрузки;

б) оптимизация режима работы и отдыха;

в) обучения приемам релаксации и саморегуляции психического состояния;

г) привитие навыков конструктивных (успешных) моделей преодолевающего поведения (Бардакова, 2008).

А также в целях противостояния выгоранию предложены советы, рекомендованные ректором Северного медицинского университета, одним из ведущих психиатров России, академиком РАМН Павлом Сидоровым, соблюдая которые можно не только предотвратить возникновение СЭВ, но и достичь снижения степени его выраженности:

– определите и разделите краткосрочные и долгосрочные цели;
– используйте «тайм-ауты», которые необходимы для обеспечения психического и физического благополучия (отдых от работы);
– овладейте умениями и навыками саморегуляции (релаксация, идеомоторные акты, определение целей и положительная внутренняя речь способствуют снижению уровня стресса, ведущего к выгоранию);
– займитесь профессиональным развитием и самосовершенствованием (одним из способов предохранения от СЭВ является обмен профессиональной информацией с представителями других служб, что дает ощущение более широкого мира, нежели тот, который существует внутри отдельного коллектива, для этого существуют различные способы: курсы повышения квалификации, конференции и пр.);
– уходите от ненужной конкуренции (бывают ситуации, когда ее нельзя избежать, но чрезмерное стремление к выигрышу порождает тревогу, делает человека агрессивным, что способствует возникновению СЭВ);
– вовлекайтесь в эмоциональное общение (когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность выгорания значительно снижается или процесс этот оказывается не столь выраженным);
– старайтесь рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки;
– учитесь переключаться с одного вида деятельности на другой;
– проще относитесь к конфликтам на работе;
– не пытайтесь быть лучшим всегда и во всем (Сидоров, 2007).

Н.К. Смирнов предлагает следующие меры для препятствия развития синдрома эмоционального выгорания и повышения стрессоустойчивости организма:

1) Регулярный отдых, баланс «работа – досуг». «Выгорание» усиливается всякий раз, когда границы между работой и домом начинают стираться и работа занимает большую часть жизни. Необходимо иметь свободные вечера и выходные (не брать работу на дом).

2) Регулярные физические упражнения (как минимум 3 раза в неделю по 30 мин). Необходимость физических упражнений как пути

выхода энергии, накапливающейся в результате стресса. Нужно искать такие виды активности, которые будут нравиться (прогулки, бег, танцы, велосипед, работа в саду, на дачном участке и т.д.), иначе они будут восприниматься как рутинные и избегаться.

3) Адекватный сон как важнейший фактор, редуцирующий стресс (от 6 до 10 ч., в среднем – 7-8 ч.). Если наблюдается недостаточная продолжительность сна, можно порекомендовать ложиться на 30–60 мин. раньше и контролировать результат через несколько дней.

4) Необходимо создание, поддержание «здорового рабочего окружения», когда осуществляется планирование очередности, срочности выполнения дел, управление своим временем и др. Организация своей работы: частые короткие перерывы в работе (например, по 5 мин. каждый час), которые более эффективны, чем редкие и длительные. На работу лучше приготовить легкий завтрак, чем голодать весь день и переедать по вечерам. Несколько глубоких вдохов с медленным выдохом могут противодействовать немедленной стрессовой реакции или панической атаке. Желательно сократить потребление кофеина (кофе, чай, шоколад, кола), так как кофеин является стимулятором, способствующим развитию стрессовой реакции.

5) Делегировать ответственность (разделять ответственность за результат деятельности с учениками, родителями). Выработка умения говорить «нет». Те люди, которые придерживаются позиции «чтобы что-то было сделано хорошо, надо делать это самому», напрямую идут к «выгоранию».

6) Наличие хобби (спорт, культура, природа), позволяющего снять напряжение, возникающее на работе. Желательно, чтобы хобби давало возможность расслабиться, отдохнуть (например, живопись, а не автогонки).

7) Активная профессиональная позиция, принятие ответственности на себя за свою работу, свой профессиональный результат, за свои решения, действия, изменение поведения. Действия по изменению стрессогенной ситуации (Смирнов, 2006).

Автоматическая реакция тревоги, согласно теории Г. Селье, состоит из трех последовательных фаз: импульс, стресс, адаптация. Иными словами, если наступает стресс, то вскоре стрессовое состояние идет на убыль, человек так или иначе успокаивается. Если же адаптация нарушается (или вообще отсутствует), то возможно возникновение некоторых психосоматических заболеваний или расстройств. Следовательно, если человек хочет направить свои усилия на сохранение здоровья, то на стрессовый импульс он должен осознанно отвечать релаксацией. С помощью этого вида активной защиты человек в состоянии вмешиваться в любую из трех фаз стресса. Тем самым он может помешать воздействию

стрессового импульса, задержать его или, если стрессовая ситуация еще не наступила, ослабить стресс, предотвратив тем самым психосоматические нарушения в организме. Активизируя деятельность нервной системы, релаксация регулирует настроение и степень психического возбуждения, позволяет ослабить или сбросить вызванное стрессом психическое и мышечное напряжение.

Релаксация – это метод, с помощью которого можно частично или полностью избавляться от физического или психического напряжения.

Релаксация является очень полезным методом, поскольку овладеть ею довольно легко, для этого не требуется специального образования и даже природного дара. Но есть одно непременное условие – мотивация, т.е. каждому необходимо знать, для чего он хочет освоить релаксацию. Методы релаксации нужно осваивать заранее, чтобы в критический момент можно было запросто противостоять раздражению и психической усталости. При регулярности занятий релаксационные упражнения постепенно станут привычкой, будут ассоциироваться с приятными впечатлениями, хотя, для того чтобы их освоить, необходимо упорство и терпение (Селье, 1982).

Большинство из нас уже настолько привыкло к душевному и мышечному напряжению, что воспринимают его как естественное состояние, даже не осознавая, насколько это вредно. Следует четко уяснить, что, освоив релаксацию, можно научиться это напряжение регулировать, снижать и расслабляться по собственной воле, по своему желанию.

Итак, выполнять упражнения релаксационной гимнастики желательно в отдельном помещении, без посторонних. Целью упражнений является полное расслабление мышц. Полная мышечная релаксация оказывает положительное влияние на психику и помогает достичь душевного равновесия. Психическая аутoрелаксация может вызвать состояние «идейной пустоты». Это означает минутное нарушение психических и мыслительных связей с окружающим миром, которое дает необходимый отдых мозгу. Здесь надо проявлять осторожность и не переусердствовать с отрешением от мира.

Для начала упражнений необходимо принять исходное положение: лежа на спине, ноги разведены в стороны, ступни развернуты носками наружу, руки свободно лежат вдоль тела, ладонями вверх. Голова слегка запрокинута назад. Все тело расслаблено, глаза закрыты, дыхание через нос.

Пример релаксационного упражнения:

1. Лежите спокойно примерно 2 минуты, глаза закрыты. Попытайтесь представить помещение, в котором находитесь. Сначала попробуйте мысленно обойти всю комнату вдоль стен, а затем проделайте путь по всему периметру тела – от головы до пяток и обратно.

2. Внимательно следите за своим дыханием, пассивно сознавая, что дышите через нос. Мысленно отметьте, что вдыхаемый воздух несколько холоднее выдыхаемого. Сосредоточьтесь на своем дыхании в течение 1-2 минут. Постарайтесь не думать ни о чем другом.

3. Сделайте неглубокий вдох и на мгновение задержите дыхание. Одновременно резко напрягите все мышцы на несколько секунд, стараясь почувствовать напряжение во всем теле. При выдохе расслабьтесь. Повторите 3 раза.

4. Затем полежите спокойно несколько минут, расслабившись и сосредоточившись на ощущении тяжести своего тела. Наслаждайтесь этим приятным ощущением.

Теперь выполняйте упражнения для отдельных частей тела с попеременным напряжением и расслаблением.

5. Упражнение для мышц ног. Напрягите сразу все мышцы ног – от пяток до бедер. В течение нескольких секунд фиксируйте напряженное состояние, стараясь прочувствовать напряжение, а затем расслабьте мышцы. Повторите 3 раза.

6. Затем полежите спокойно в течение нескольких минут, полностью расслабившись и ощущая тяжесть своих расслабленных ног.

Все звуки окружающей среды регистрируйте в сознании, но не воспринимайте. То же самое относится и к мыслям, однако не пытайтесь их побороть, их нужно только регистрировать.

7. Следующие упражнения идентичны упражнению, описанному выше, но относятся к другим мышцам тела: ягодичные мышцы, брюшной пресс, мышцы грудной клетки, мышцы рук, мышцы лица (губы, лоб).

8. В заключение мысленно «пробегитесь» по всем мышцам тела – не осталось ли где-нибудь хоть малейшего напряжения. Если да, то постарайтесь снять его, поскольку расслабление должно быть полным.

9. Завершая релаксационные упражнения, сделайте глубокий вдох, задержите дыхание и на мгновение напрягите мышцы всего тела: при выдохе расслабьте мышцы. Долго лежите на спине – спокойно, расслабившись, дыхание ровное, без задержек. Вы вновь обрели веру в свои силы, способны преодолеть стрессовую ситуацию – и возникает ощущение внутреннего спокойствия. После выполнения этих упражнений вы должны почувствовать себя отдохнувшим, полным сил и энергии.

10. Теперь откройте глаза, затем зажмурьте несколько раз, снова откройте и сладко потянитесь, как после приятного пробуждения. Очень медленно, плавно, без рывков сядьте. Затем так же медленно, без резких движений, встаньте, стараясь как можно дольше сохранить приятное ощущение внутреннего расслабления.

Со временем эти упражнения будут выполняться быстрее, чем в начале. Позднее можно будет расслаблять тело тогда, когда понадобится.

В заключение хочется отметить, что опасность СЭВ заключается в том, что ему свойственно очень быстро прогрессировать. На его фоне могут обостряться различные хронические заболевания, психические отклонения и многое другое. Следовательно, не надо забывать о рекомендациях, которые выдвигают психологи и врачи, соблюдая которые можно не только предотвратить возникновение СЭВ, но и достичь снижения степени его выраженности. В случае, если синдром эмоционального сгорания является неотъемлемым атрибутом личности руководителя или менеджера, то возникает необходимость профессиональной психологической помощи.

Список литературы

1. Бардакова Е.С. Психологическое здоровье педагога как один из компонентов современного детского пространства // Дошкольная педагогика. – 2008. – № 4. – С. 43-45.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005. – 212 с.
4. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются. – М., 1987.
5. Орленко С. Феномен профессионального выгорания учителей (здоровая образовательная среда в школе) // Здоровье детей. – 2008. – № 17. – С. 30-33.
6. Селье Г. Стресс без дистресса. – М., 1982.
7. Сидоров П.И., Васильева Е.Ю. Системный мониторинг образовательной среды. – М.: Медицинская газета, 2007.
8. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – М.: АРКТИ, 2006. – 310 с.

ОТРАЖЕНИЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ Х. КОХУТА В ХУДОЖЕСТВЕННОМ ФИЛЬМЕ И. БЕРГМАНА «ПЕРСОНА»

М.Г. Ханова

Челябинский государственный университет

Как справедливо утверждает Джонатан Каллер (Jonathan Culler), «поскольку литература в качестве своего предмета рассматривает весь человеческий опыт и, прежде всего, упорядочивание, интерпретацию и выражение переживаний, то не случайно, что самые разнообразные теоретические конструкции находят подспорье в литературе, а их результаты имеют отношение к размышлению о литературе» (Culler, 1982). Это верно не только для литературы, но и для других видов искусства, в том

числе для кино. Если принять наблюдение Дж. Каллера за отправное, то подобное прочтение фильмов Ингмара Бергмана способствует взаимообогащению и психологической теории, и искусства кинематографии.

Попытки психоаналитического прочтения фильма И. Бергмана «Персона» предпринимались рядом авторов с позиций психоаналитических теорий К.Г. Юнга, Ж. Лакана и пр. (Кудрявцев, 2008; Рагозинская, 2011). На наш взгляд, этот фильм также позволяет весьма тонко проиллюстрировать концепцию нарциссизма Х. Кохута, тогда как последняя «пригодна» для понимания символики картины И. Бергмана.

Х. Кохут предложил совершенно особый подход к пониманию нарциссических расстройств личности. В своей концепции автор исходит из представления о дефиците, что принципиально отличает его подход от фрейдовской модели конфликта. С позиций Х. Кохута, наш врожденный нарциссизм является существенной частью развития «я» и представляет собой отдельную линию развития внутри личности (Кохут, 2003).

Исследователь фокусировал свое внимание на двух нормальных нарциссических процессах, которые являются решающими в развитии «я». Первый из них – отражение, «отзеркаливание», при котором младенец смотрит на мать и видит свое «я» отраженным в ее радостном взгляде. При отношении отражения ребенок как будто говорит про себя: «Ты видишь меня чудесным. Значит, я чудесен». Наблюдая собственные положительные качества в сиянии материнских глаз, ребенок чувствует всю свою самоценность. Второй нормальный нарциссический процесс – это идеализация, которая начинается с узнавания ребенком своего родителя или другого любимого человека. В этом случае качества собственного «я» – доброта, совершенство, всесилие, значимость, чувство реальности и т.д. – проецируются на этого человека, так что ребенок (как бы) может сказать: «Я вижу тебя чудесной и нахожусь рядом с тобой; значит, я существую и тоже чудесен» (Змановская, 2011).

В отношениях двух главных героинь И. Бергмана мы видим иллюстрацию этого важного положения концепции Х. Кохута – катектирования нарциссического либидо на Я-объекте, который переживается как продолжение Я. Элизабет и Альма воспроизводят два комплементарных вида раннего нарциссического опыта: грандиозной Я-конфигурации, переживаемой как «Я совершенен, ты оцениваешь и отражаешь мое совершенство» (Элизабет), и Я-образа, слитного с архаическим идеализируемым Я-объектом, переживаемого как «Ты совершенен, и Я часть тебя» (Альма).

Автор фильма отчетливо показывает это явление, когда личность незамужней медсестры Альмы сливается воедино с личностью знаменитой, замужней актрисы Элизабет. Но это уже кульминация, апофеоз,

подготовленный целым рядом совершенно невозможных, нарушающих все законы физической реальности загадочных планов, когда лица двух женщин совмещаются в единой плоскости изображения, так, словно телесная граница отменяется вместе с психологической, и обе они обретают способность занимать одну и ту же часть физического пространства. В фильме это отражается в сцене, когда обе они стоят у зеркала, и их личности словно начинают переплетаться между собой. С того момента они становятся неотделимы друг от друга.

С самого начала фильма все идет к такой яркой кульминации. Резкая смена картинок из разных областей жизни, быстрая перемена с черного цвета на белый – все это предшествует дальнейшему развитию сюжета. Смена комедийных картинок жесткими и жуткими говорит о контрасте между реальной жизнью и жизнью искусственной. И уже с самого начала видно, что Бергман пытался подчеркнуть суть фильма, его содержание. Так как одна из главных героинь была актрисой театра, а театр – яркий пример лицедейства, имитации реальности, сокрытия подлинного «я», ведь на всех актерах «маски». И сам термин «персона», вынесенный в название фильма, есть некая метафора, обозначающая маску, которая навязана социальным окружением и в то же время защищает от притязаний внешнего мира. Это то, что меняет жесты, восприятие реальности.

Конфликт подлинного «я», то есть «самости», и «я» социального – «персоны» – центральное психологическое столкновение в творчестве И. Бергмана. В «Персоне» для изображения этого конфликт автор использует различные выразительного приемы, в том числе, акцентируя контраст между жизнью и смертью с помощью приема чередующихся кадров то со старшим поколением, то с совсем еще маленькими детьми. Это говорит о тождественном процессе умирания, даже не телесного, а скорее личностного. Ведь по мере примерки на себя чужих масок своя индивидуальность стирается. Что мы и наблюдаем в процессе развития отношений двух героинь И. Бергмана – Альмы и Элизабет.

Согласно теории Х. Кохута, фундаментальной частью психологии самости являются две потребности индивида: а) в организации психики в связную конфигурацию – Самость; б) в формировании укрепляющих Самость взаимосвязей Я с внешним окружением, пробуждающих и повышающих энергетику и сохраняющих структурную связность и сбалансированность ее элементов (Кохут, 2003).

Сестра Альмы олицетворяет собой пример нереализованной первой потребности – в построении целостной и связной психической структуры – Самости. Одним из подтверждений тому служит рассказ медсестры о своем участии в оргии с незнакомцами на пляже. В тот время Альма

состояла в стабильных отношениях, которые ее вполне устраивали. Она признает, что в тот период она до конца не осознавала то, что она делает и как живет. Такое беспорядочное половое поведение можно было бы отнести на счет юношеской гиперсексуальности и влияний сексуальной революции 60-х годов, если бы оно вскоре не повторилось с мужем фрау Фоглер… Промискуитет, по мнению Х. Кохута, является следствием распадающейся (фрагментирующийся) или оказавшейся в непосредственной опасности Самости. В таких случаях чрезмерно выраженную сексуальность следует понимать как специфическую форму поиска возможностей для восстановления Самости. Но этот путь не приводит Альму к желаемому результату, ей не удалось достигнуть гармонии, единства и целостности. Поэтому она так нуждается в слиянии с Элисабет («Ты совершенна, и Я часть тебя»).

У героини фильма Элизабет гипертрофирована вторая потребность. Актрисе нужно постоянное подкрепление со стороны, от окружающего мира. Одержимая страстным желанием славы и признания, она боялась материнства, поскольку считала, что, став матерью, она сразу станет неприметной, что вмиг потеряет все то, чем она так дорожила – свою популярность, свой успех, толпу восхищенных поклонников. Боялась, что в результате утраты всего этого она останется одна. Элизабет не желала рождения сына, хотела, чтобы он родился мертвым. После его рождения она так и не смогла его принять, всячески старается избежать встречи с ним, ее раздражает его плачь, его любовь к ней.

Элизабет прячет фотографию своего сына, Альма находит ее и просит объяснить, но тут же рассказывает историю актрисы сама. Женщины сидят зеркально друг напротив друга. В следующем кадре лица героинь соединяются в одно. Монолог Альмы есть исповедь, которую так ждала Элизабет. Бергман дублирует сцену исповеди. Как только Альма заканчивает свою речь, сцена начинается заново с фотографии сына под ладонью Элизабет. Как будто сначала говорит «персона», а затем «эго». Противоположности сливаются. В своем обнажении друг перед другом они едины. Бергман подчеркивает это и визуально. Сначала зрителю показано лицо Элизабет крупным планом, а как только сцена начинает повторяться – лицо Альмы. Идеализированное либидо отражает катексис самообъекта, в результате чего образуется идеализированный самообъект, грандиозно-эксгибиционистское либидо катектирует Самость и преобразует ее в грандиозную Самость.

Еще одним переплетением фильма И. Бергмана и концепции Х. Кохута является взаимная деструктивная агрессия двух героинь в последней части фильма.

В отличие от большинства классически ориентированных аналитиков, Х. Кохут отказался от признания первичности агрессии. В его теории неразрушительная агрессия рассматривается как здоровое проявление Самости. Деструктивная агрессия, если она не выходит за рамки допустимого, будучи реактивной по своей природе, также способствует конструированию здоровой личности. При этом каждый из двух видов агрессии развивается в своем направлении. Нормальная агрессия, соединяясь с чувством уверенности, развивается на основе оптимальной фрустрации, которая «толкает» индивида на поступки, направленные на извлечение выгоды. Враждебно-деструктивная агрессия, с уровнем фрустрации ниже оптимального, провоцирует раздражительность, злобность и опасные действия. Существенной особенностью концепции Х. Кохута является признание того, что всякое развитие включает не только оптимальный, но и «заниженный» уровни фрустрации. Если фрустрация «заниженного» уровня становится особенно отчетливой, возникают состояния фрагментации Самости. Прототипом таких состояний является нарциссическая ярость – реакция индивида на захлестывающие его чувства ненависти, обиды, «нарциссической травмы» или же на потребность причинить боль. Проявления агрессии этого типа мы и видим у двух героинь. Альма гневается за вероломство Элизабет после того, как та в письме доктору выдала все сокровенные тайны своей сиделки. Ее раздражает постоянное молчание Элизабет, за которым медсестра видит уже не трагедию актрисы, а ее хитрость и притворство. Элизабет же злит, что Альма заняла всю ее жизнь и практически стала ею самой, как бы отняв у нее все. Конфликт достигает своего апогея, когда муж Элизабет принимает Альму за свою жену. Альма уже растворилась в Элизабет и является полноценной персоной актрисы. Сначала она пытается уверить господина Фоглера в том, что она не его жена, но чем больше она слушает его, тем сильнее вживается в роль. И вот она уже бросается к нему в объятия. Элизабет стоит позади Альмы и как будто передает ей свои чувства и контролирует все, что происходит. Альма бьется в истерике, выражая все то, что скрывала под своей маской молчания Элизабет: «Я знаю, ты молчишь потому, что устала от всех своих ролей, от всего того, чем владела в совершенстве. Но разве не лучше разрешить себе быть глупой и слабой, болтливой и лживой? Тебе не кажется, что человек станет хотя бы чуточку лучше, если разрешит себе быть самим собой?» (Бергман, 2004).

Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать следующие выводы. Все тонкие детали в фильме неуклонно намекают на то, что возможно весь фильм – это история одной женщины, а не двух. И та, и другая трактовка могут быть верными. То Альма договаривает фразу,

начатую Элизабет, то они вообще сливаются в единое целое. Фильм можно трактовать и как исследование личностного расстройства, конфликта Персоны и Анимы (внешнего и внутреннего), и как конфликт искусства искреннего и коммерческого. «Персона» – это в некотором смысле и кино про кино, что доказывает идея И. Бергмана о фальши в искусстве. Искусство в фильме олицетворено, и проблема двойственности, разрыва между самим собой и стереотипом показана двояко: и на примере двух героинь, и на примере роли искусства в жизни. Тема «Персоны» – сосуществование психических форм и сознательный выбор модели поведения: быть собой, рискуя репутацией, или прятаться под маской и иметь счастливую спокойную жизнь. Такую проблему может полноценно раскрыть только жанр драмы.

Список литературы

1. Бергман, И. Персона: киноповесть [электронный документ] / И. Бергман; перевод Г. Кабаковой // Новая Юность. – 2004. – № 3 (66) // URL: http://magazines.russ.ru/nov_yun/2004/3/ber1.html (дата последнего обращения 14.10.2014).
2. Змановская, Е. В. Современный психоанализ: теория и практика / Е.В. Змановская. – СПб.: Питер, 2011. – 288 с.
3. Кохут, Х. Анализ самости: системный подход к лечению нарциссических нарушений личности / Х. Кохут. – М.: Когито-Центр, 2003. – 368 с.
4. Кудрявцев, С. В. 3500 кинорецензий: в 2 томах / С.В. Кудрявцев. – Том 1. – (А-М). – М.: Печатный Двор, 2008. – 688 с.
5. Рагозинская, В.Г. Молчание фру Фоглер: символы и архетипы / В.Г. Рагозинская // Символическое и архетипическое в культуре и социальных отношениях: Материалы международной научно-практической конференции 5-6 марта 2011 года. – Пенза-Прага: Социосфера, 2011. – С. 212-214.
6. Culler J. On Deconstruction. Theory and Criticism after Structuralism. Ithaka: Cornell University Press, New York, 1982, p. 10.

ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МАЛЬЧИКОВ 11-13 ЛЕТ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ, С ПОМОЩЬЮ ПРОЕКТИВНОЙ МЕТОДИКИ «НАРИСУЙ ЧЕЛОВЕКА» КАРЕН МАХОВЕР

П.А. Черномурова, Е.В. Терехова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Подростковый возраст является периодом повышенной эмоциональности, так как это не только период бурного и неравномерного роста и развития тела, но и время стремления к независимости и самостоятельности,

болезненного самолюбия и обидчивости. Нервная система подростка еще не всегда способна выдерживать сильные или длительно действующие раздражители и под влиянием их часто переходит в состояние торможения или, наоборот, сильного возбуждения. У ребенка появляется повышенная критичность по отношению к взрослым, острая реакция на попытки преуменьшить их достоинство, принизить их взрослость все это является причинами нарушений эмоционального состояния подростка.

Эмоциональное состояние детей, находящихся в психоневрологическом диспансере, еще более не стабильно, так как они имеют психические заболевания, находятся вдали от родственников и вынуждены починяться общему распорядку медицинского учреждения.

Среди негативных переживаний ребенка тревожность занимает особое место, так как она является пусковым механизмом психических нарушений, и механизмом, осложняющим течение уже имеющегося расстройства, накладывает свой отпечаток на личность в целом. Это мнение находит подтверждение в данных о неблагоприятном клиническом прогнозе при сочетании синдромов тревожного регистра (собственно тревоги, страхов и навязчивостей) с личностными нарушениями, особенно – с шизотипическим, зависимым, истерическим и пограничным вариантами расстройств личности. К началу подросткового возраста клиническая картина тревожных переживаний заметно усложняется, обогащаясь новыми сюжетами и более сложными формами стратегий преодоления (как более конструктивных, так и малоэффективных).

Согласно исследованиям динамики проявления тревожности у девочек и мальчиков подросткового возраста с психической симптоматикой психотического уровня при шизофрении, шизотипическом расстройстве и аффективных психических расстройствах Е.Е. Малковой, выявлен более высокий уровень тревожности у подростков-мальчиков. Опираясь, на результаты данного исследования, мы посчитали более актуальным отслеживание эмоционального состояния именно подростков мужского пола.

Для диагностики эмоционального состояния была использована методика «Нарисуй человека» Карен Маховер.

К. Маховер считала, что личность развивается посредством движения, переживания и мышления специфического тела. Проективные методы исследования мотивации последовательно раскрыли глубинные и, возможно, неосознаваемые детерминанты самовыражения, которые не могут открыто проявляться в прямой коммуникации. Можно предположить, что вся созидательная деятельность несет специфический отпечаток конфликтов и потребностей, оказывающих давление на творящего субъекта.

Деятельность, выступающая как выполнение инструкции «нарисовать человека», является творческим опытом, как это может засвидетельствовать сам человек, выполняющий рисунок. Богатые и концентрированные переживания при рисовании человеческой фигуры свидетельствуют о тесной связи между рисуемой фигурой и личностью рисующего.

В целом в любом человеке, как подготовленном, так и неподготовленном, заложена способность к проецированию своих внутренних состояний в визуальной форме. Считается, что основной механизм изобразительной деятельности – проекция (Л.Д. Лебедева, Ю.В. Никонорова, Н.А. Тараканова).

Иными словами, изобразительный продукт – отражение индивидуально-психологических свойств автора, его мироощущения, характера, самооценки. Так, согласно К. Маховер, любой детский рисунок является проективным по отношению к внутреннему психическому состоянию личности.

Особенности социальных обстоятельств развития, семейной ситуации, эмоциональное и физическое самочувствие, а также другие подобные факторы влияют на построение художественного образа, композицию, использование пространства, цвета, символики, характер движений.

Графические методы дают человеку возможность самому не только проецировать реальность, но и по-своему интерпретировать ее. Полученный результат в значительной мере отражает настроение, состояние, особенности внутреннего мира «художника».

С позиции феноменологии изобразительный продукт рассматривается как выражение внутреннего переживания, часть личности автора. Взаимодействуя с художественными материалами, люди открывают индивидуальность и уникальность собственного внутреннего мира (Л.Д. Лебедева, Ю.В. Никонорова, Н.А. Тараканова).

Для диагностики эмоционального состояния мальчиков, как сказано выше, была проведена проективная методика «Нарисуй человека». Было выбрано пять мальчиков подросткового возраста (11-13 лет). Испытуемые находились в комфортных условиях, сидели в классе, и им дали инструкцию: «Нарисуй человека». Во времени они ограничены не были.

Во время проведения методики испытуемые жалоб на здоровье не предъявляли, вегетативных и сензитивных нарушений не наблюдалось. Проявляли средний уровень работоспособности.

После того как испытуемый закончил рисовать, ему были заданы четырнадцать вопросов по нарисованному персонажу, его местоположению, о его мечтах и т.п. Каждый испытуемый ответил на все заданные вопросы.

По результатам интерпретации рисунков выявлено несколько тенденций у детей подросткового возраста, находящихся в психоневрологическом диспансере:

- Потребность во внимании;
- Тревога;
- Агрессия или подавленная агрессия;
- Недостаток общения, неумение общаться, иногда аутизация;
- Чувствительность к критике, нежелание ее слушать;
- Неосознанное намерение защищаться;
- Скупость в выражении любви и ласки.

По этим параметрам можно сделать общий вывод: эмоциональное состояние испытуемых неудовлетворительно. Присутствует постоянная тревога и агрессия, а также они очень нуждаются во внимании. Это, конечно же, вызвано подростковым периодом, также сказывается их психические заболевания. Возможно, сказывается и то, что эти мальчики воспитываются в детских домах, где каждый должен быть сам за себя, и там им не оказывают должного индивидуального внимания.

Для того чтобы дети, которые находятся в психоневрологическом диспансере, чувствовали себя более комфортно и у них был положительный эмоциональный фон, воспитателям стоит соблюдать несколько рекомендаций.

Для ребенка, который поступил в психоневрологический диспансер, после улучшения психического состояния стоит организовывать знакомства с остальными детьми в игровой форме, чтобы он не чувствовал себя одиноким.

Для детей, которые находятся в психоневрологическом диспансере уже некоторое время, организовывать игры на их коллективное сплочение. Ведь зачастую они чувствуют себя брошенными и одинокими, из-за этого появляется страх и агрессия, и, конечно же, эмоциональный фон у таких детей нестабилен и неудовлетворительный.

Если проводить такие игры 1-2 раза в неделю, то дети станут более дружными и сплоченными, будут чувствовать поддержку друг друга. Вследствие этого эмоциональный фон улучшится, и лечение будет более продуктивным.

Список литературы

1. Возрастная и педагогическая психология: / Сост. И.В. Дубровина, А.М. Прихожан, В.В. Зацепин. – М.: Академия, 2005. – 368 с.
2. Лебедева Л.Д., Никонорова Ю.В., Тараканова Н.А. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии. – СПб.: Речь, 2006. – 336 с.

3. Малкова Е.Е. Динамика связанных с полом проявлений тревожности у подростков с психическими расстройствами психотического уровня // Вестник ЮУрГУ. – 2012, № 6.
4. Маховер К. Проективный рисунок человека / К. Маховер. – М.: Смысл, 1996. – 90 с.

ОСОБЕННОСТИ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОСЛАБЛЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ

А.Л. Черноус[1], Д.Г. Косян[2]

[1]Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
[2]Общеобразовательное учреждение гимназия № 11 имени А.Н. Кулакова

Здоровье – состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни (Иванников В.С., 1998).

В классификации ВОЗ выделено пять групп здоровья детского населения.

Первая группа – здоровые дети с нормальным развитием и нормальным уровнем функций – дети, не имеющие хронических заболеваний; имеющие нормальное, соответствующее возрасту, физическое и нервно-психическое развитие.

Вторая группа – здоровые дети, имеющие функциональные и незначительные морфологические отклонения; часто (4 раза в год и более) или длительно (более 25 дней по одному заболеванию) болеющие (здоровые, с морфологическими отклонениями и сниженной сопротивляемостью).

Третья группа – дети, имеющие хронические заболевания или с врожденной патологией в стадии компенсации, с редкими и не тяжело протекающими обострениями хронического заболевания.

Четвертая группа – дети, с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации, с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным периодом реконвалесценции после острых заболеваний.

Пятая группа – дети, больные тяжелыми хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, со значительным снижением функциональных возможностей. Как правило, дети данной группы не посещают детские учреждения и массовыми медицинскими осмотрами не охвачены.

При наличии нескольких функциональных отклонений и заболеваний у одного ребенка окончательная оценка состояния здоровья проводится по наиболее тяжелому из них. Особое профилактическое значение имеет

выделение II группы здоровья, поскольку функциональные возможности детей и подростков, отнесенных к этой группе, снижены, и при отсутствии медицинского контроля, адекватных коррекционных и лечебно-оздоровительных мероприятий у них существует высокий риск формирования хронической патологии (Никифорова Г.С., 2003).

Чем хуже экологическая обстановка и состояние организма самих родителей, тем чаще на свет появляются дети с ослабленным здоровьем.

Далеко не всегда ослабленное здоровье должно обуславливаться отклонениями в физическом развитии и наличием хронических заболеваний. Многочисленные вирусные заболевания подрывают здоровье не меньше. К сожалению, понятие «часто болеющий ребенок» известно многим родителям.

В исследовании Н.Г. Веселова (Веселов Н.Г., 1990) указано, что в медицине часто болеющими считаются:

дети до 1 года, если случаи острых респираторных заболеваний (ОРЗ) – 4 и более в год;

дети от 1 до 3 лет – 6 и более ОРЗ в год;

дети от 3 до 5 лет – 5 и более ОРЗ в год;

дети старше 5 лет – 4 и более ОРЗ в год.

Многие исследователи признают, что большинство соматических симптомов ребенка вызваны аффективными или личностными нарушениями и психологическими факторами риска развития психосоматических заболеваний. При обсуждении внешних факторов риска частых и длительных заболеваний среди прочих приводятся плохие взаимоотношения между родителями, частые стрессовые ситуации в процессе воспитания детей, раннее, в возрастном аспекте, начало посещения детьми дошкольных учреждений.

В психологической литературе приводятся данные, указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. Так, им свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери).

Плохое самочувствие, ограничение движений, тяжелое и длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, высокой тревожности, депрессивным и регрессивным реакциям. Все это отражает социальную ситуацию развития, складывающуюся в условиях болезни. Основными последствиями этой ситуации являются изменения в направленности личности, в системе самооценок, в установке на деятельность (Михайлова Н.В., 1998; Румянцев А.Г., 1996).

В современной психологии значительное место занимают вопросы, связанные с регуляторной функцией психики, которая проявляется в готовности и умении человека действовать определенным образом в различных жизненных ситуациях: в учебе, труде, в общении, наедине с самим собой и т.д. Особое внимание уделяется проблемам исследования специфически-личностных механизмов регуляторной функции психики, выявление которых позволяет не только изучать психические закономерности различных видов социального поведения, но и дает возможность прогнозировать его.

С каких бы позиций не изучалась личность – философских, педагогических, социальных или психологических – как на важнейшее ее качество, наиболее часто указывается способность личности действовать «автономно, эффективно, самостоятельно». При этом разные методологические позиции и эмпирические ракурсы изучения «автономности», «самостоятельности» порождают существенные различия в представлениях исследователей относительно феноменологии, структуры и механизмов, обеспечивающих ее проявление.

С позиций системного подхода показано, что высокий уровень развития самостоятельности личности обеспечивается высоким уровнем сформированности его системы субъектной регуляции, являющейся одним из универсальных механизмов согласования активности личности с требованиями деятельности. Показано также, что в системе субъектной регуляции отображаются наиболее существенные структурные характеристики личности, определяющие ее целостность, это придает характеру выполнения деятельности, а следовательно, и самой субъектной регуляции, личностную «окраску», превращая ее именно в субъектную, т.е. индивидуально характерную.

В психолого-педагогической литературе проблема успешности учебной деятельности является, пожалуй, наиболее актуальной. Поскольку учебная деятельность, как и любая реальная деятельность человека, очень сложна и многогранна, то в качестве факторов ее успешности разными исследователями были закономерно выделены самые разнообразные психические предпосылки. Естественно, что в их числе назывался уровень развития собственно познавательных процессов, когнитивных функций – уровень развития мышления, памяти, внимания, наличие определенных способностей и т.д. Отмечались и личностные мотивационно-потребностные предпосылки успеваемости, такие, например, как ответственное отношение к учебной деятельности, наличие положительной мотивации и др.; в качестве необходимого для успешной учебной деятельности фактора называлась и работоспособность (Прыгин Г.С., 2009).

На самом пороге школы сразу же возникает серьезное препятствие на пути к высокому качеству образования, связанное с неумением детей регулировать свое поведение (управлять собой). В этот период чрезвычайно важно для детей, идущих в первый класс, умение владеть эмоционально-волевыми процессами и самостоятельно организовывать свои действия, т.е. наличие у детей определенного уровня самостоятельной саморегуляции, что послужит основой на всем периоде младшей школы.

Младшим школьным возрастом принято считать возраст детей примерно от 7 до 10-11 лет, что соответствует годам его обучения в начальных классах. Это возраст относительно спокойного и равномерного физического развития.

Увеличение роста и веса, выносливости, жизненной емкости легких идет довольно равномерно и пропорционально.

Костная система младшего школьника еще находится в стадии формирования – окостенение позвоночника, грудной клетки, таза, конечностей еще не завершено, в костной системе еще много хрящевой ткани.

Процесс окостенения кисти и пальцев в младшем школьном возрасте также еще не заканчивается полностью, поэтому мелкие и точные движения пальцев и кисти руки затруднительны и утомительны.

Происходит функциональное совершенствование мозга – развивается аналитико-систематическая функция коры; постепенно изменяется соотношение процессов возбуждения и торможения: процесс торможения становится все более сильным, хотя по-прежнему преобладает процесс возбуждения, и младшие школьники в высокой степени возбудимы и импульсивны.

Поступление в школу вносит важнейшие изменения в жизнь ребенка. Резко изменяется весь уклад его жизни, его социальное положение в коллективе, семье. Основной, ведущей деятельностью становится отныне учение, важнейшей обязанностью – обязанность учиться, приобретать знания. А учение – это серьезный труд, требующий организованность, дисциплину, волевые усилия ребенка. Школьник включается в новый для него коллектив, в котором он будет жить, учиться, развиваться целых 11 лет.

Основной деятельностью, его первой и важнейшей обязанностью становится учение – приобретение новых знаний, умений и навыков, накопление систематических сведений об окружающем мире, природе и обществе.

Разумеется, далеко не сразу у младших школьников формируется правильное отношение к учению. Они пока не понимают, зачем нужно учиться. Но вскоре оказывается, что учение – труд, требующий волевых усилий, мобилизации внимания, интеллектуальной активности, самоограничений (Крутецкий В.А., 1980).

Так в возрасте 7-11 лет активно развивается мотивационно-потребностная сфера и самосознание ребенка. Одними из важнейших становятся стремление к самоутверждению и притязание на признание со стороны учителей, родителей и сверстников, в первую очередь связанное с учебной деятельностью, с ее успешностью. Учебная деятельность требует от детей ответственности и способствует ее формированию как черты личности.

Закрепляется так же и волевой компонент. В этом возрасте развивается самопознание и личностная рефлексия как способность самостоятельно установить границы своих возможностей («могу или не могу решить эту задачу?», «чего мне не хватает для ее решения?»), внутренний план действий (умение прогнозировать и планировать достижение определенного результата), произвольность, самоконтроль. Ребенок овладевает своим поведением (Шаповаленко И.В., 2005).

Эмоциональная сфера младших школьников характеризуется легкой отзывчивостью на происходящие события и окрашенностью восприятия, воображения, умственной и физической деятельности эмоциями; непосредственностью и откровенностью выражения своих переживаний – радости, печали, страха, удовольствия или неудовольствия; готовностью к аффекту страха; в процессе учебной деятельности страх ребенок переживает как предчувствие неприятностей, неудач, неуверенности в своих силах, невозможность справиться с заданием; школьник ощущает угрозу своему статусу в классе, семье; большой эмоциональной неустойчивостью, частой сменой настроений (на общем фоне жизнерадостности, бодрости, веселости, беззаботности), склонностью к кратковременным и бурным аффектам; эмоциогенными факторами для младших школьников являются не только игры и общение со сверстниками, но и успехи в учебе и оценка этих успехов учителем и одноклассниками; свои и чужие эмоции и чувства слабо осознаются и понимаются; мимика других воспринимается часто неверно, так же как и истолкование выражения чувств окружающими, что приводит к неадекватным ответным реакциям младших школьников; исключение составляют базовые эмоции страха и радости, в отношении которых у детей этого возраста уже имеются четкие представления, которые они могут выразить вербально, называя пять синонимичных слов, обозначающих эти эмоции (Ильин Е.П., 2008).

Нами было организованно и проведено исследование на базе МАОУ гимназия № 11. Целью исследования стало выявление особенностей развития волевой сферы детей с ослабленным здоровьем младшего школьного возраста. Гипотеза состояла в том, что уровень развития волевой

сферы детей с ослабленным здоровьем младшего школьного возраста ниже, чем уровень развития данного качества у сверстников, относящихся к категории здоровых детей.

Для проведения исследования использовалась анкета «Самооценка состояния здоровья» Д.Н. Давиденко, тест «Обобщенная характеристика проявления силы воли» Н.Н. Обозова, адаптированная методика для детей 10-11 лет «Валеологические типы личности», тест «Насколько ты самостоятелен (самостоятельна)?», тест «Ты собранный или рассеянный человек?». В эксперименте принимали участие 30 человек в возрасте от 10 до 11 лет.

Почти 10 % (9,9 %) детей оценили свое состояние здоровья как ниже среднего и близкое к плохому, отмечая, что болеют более 4 раз в год. Также эти дети оценили свою волю по силе как слабую. У этих детей преобладают третий и четвертый валеологические типы личности, которым присущи низкий уровень собственной ответственности за свое здоровье, характерна конфликтность в отношениях с окружающими людьми, болезнь приносит им определенную выгоду. Такие дети не самостоятельны и нуждаются в пристальной родительской опеке, у них плохое внимание и высокая неорганизованность.

Остальные 90 % (90,1 %) детей оценили свое здоровье как идеальное и близкое к идеальному, говоря о том, что долго никогда не болеют, а волю оценивают как среднюю и высокую по ее силе. У таких детей преобладают первый и второй валеологические типы личности, которым присущи высокий уровень ответственности за свое здоровье и поведенческой активности, им свойственны трудоголизм, стремления к высоким жизненным достижениям, максимальной самоотдачи и даже самопожертвования, болезнь для них – это вынужденный отдых и передышка от многочисленных забот. Большинству детей из данной группы свойствена самостоятельность, но они прекрасно понимают, что еще предстоит научиться делать много других вещей самостоятельно, а главное, что попытки сделать это они уже предпринимают. Также этим детям свойственен высокий уровень собранности.

Таким образом, мы видим, что если ребенок в младшем школьном возрасте во время закрепления волевой, мотивационной, поведенческой и эмоциональной сферы будет подвержен частым и длительным заболеваниям, попадая в ситуации плохого взаимоотношения между родителями и сверстниками, в стрессовые ситуации в процессе воспитания и обучения, то ребенок начинает быть тревожным, боязливым, неуверенным в себе, быстро утомляться, быть зависимым от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери), а плохое самочувствие, ограничение

движений, тяжелое и длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, депрессивным и регрессивным реакциям, подавляющим волевую сферу ребенка.

Список литературы

1. Веселов Н.Г. Принципы организации и система оздоровления часто болеющих детей в условиях детских дошкольных учреждений / Н.Г. Веселов, Е.Ю. Кузнецова, Г.К. Ермакова, Н.Н. Яременко с соавт. – Л., 1990. – 55 с.
2. Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт [электронный ресурс]. – http://www.who.int/ru/.
3. Иванников В.С. Психологические механизмы волевой регуляции: / В.С. Иванников. – М., 1998. – С. 58-61 с.
4. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. Учеб. пособие. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 783 с.
5. Крутецкий В. А. Психология: Учебник для учащихся пед. училищ. – М.: Просвещение, 1980. – 352 с.
6. Михайлова Н.В. Клинико-физиологические и психологические особенности часто болеющих детей: Автореф. дис...канд. мед. наук: Спец.: 14.00.09/ Н.В. Михайлова. – М., 1998. – 25 с.
7. Никифорова Г.С. Психология здоровья: новое научное направление: Учебник для вузов / Г.С. Никифорова – СПб.: Питер, 2003. – С. 28-30 с.
8. Парыгин Г.С. Психология самостоятельности: Монография. – Ижевск, Набережные Челны: Институт управления, 2009. – 408 с.
9. Румянцев А.Г. Часто болеющие дети. Традиционный взгляд.
10. Шаповаленко И.В. Возрастная психология.(Психология развития и возрастная психология). – М.: Гардарики, 2005. – 349 с.

ДИАГНОСТИКА ПЕРФЕКЦИОНИЗМА У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК

А.А. Шалабанова

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

В условиях современного общества и социальных изменений личность испытывает различные качественные и количественные модификации, поэтому становится распространенным такое явление, как стремление к самосовершенствованию и идеализации себя. Для описания стремления личности к самосовершенствованию ученые используют термин «перфекционизм».

Проблема перфекционизма является актуальной в настоящее время. В современной психологии становится все больше исследований в данной области, однако они относительно немногочисленны. В России данная проблема изучается сравнительно недавно. Отечественные работы

о перфекционизме в основном направлены на анализ зарубежных исследований, в то время как в зарубежной клинической психологии и психотерапии теории представлений о перфекционизме интенсивно разрабатывались с 60–80-х годов XX в.

Это сложное, малоисследованное явление, его влияние может охватывать все сферы жизни личности. В таких условиях особую актуальность приобретает исследование данного феномена, поскольку он отражает и одновременно способствует движению личности в направлении самосовершенствования.

Исследованием феномена перфекционизма занимались зарубежные ученые К. Хорни, А. Адлер, М. Холлендер, Д. Бернс, А. Пахт, М. Аддерхолт-Элиот, Л. Сильверман, П. Хьюитт, и отечественные психологи Н. Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева и др.

В зарубежной и отечественной науке единого и окончательного определения понятия «перфекционизма» не существует. В философии это понятие рассматривается как моральная доктрина, в основе которой лежит убеждение в том, что совершенствование, как собственное, так и других людей, является той целью, к которой должен стремиться человек. Предполагается, что искомое совершенство включает прежде всего добродетели, а также развитие присущих человеку талантов и дарований. Представители перфекционизма иногда считают, что совершенствование человека является не только его нравственной задачей, но и смыслом человеческой истории (Ивина, 2004).

Первые научные теоретические попытки исследования перфекционизма в психологии берут свое начало с 30-х годов XX в., когда К. Хорни и А. Адлер рассмотрели стремление к совершенству как один из главных мотивирующих факторов поступка человека. Причем К. Хорни подчеркивает, что повышение требований общества к индивиду увеличивает стремление последнего к совершенствованию, постепенно приводит к формированию невротической потребности совершенства, которое основывается на идеализированном образе «Я», то есть представлении о том, какой должна быть личность, какими чертами должна обладать. При такой тенденции со временем происходит отчуждение реального «Я» и формируется невротик – нарцисс (нарциссическая патология характера), который идентифицирует себя с идеализированным «Я». А. Адлер отмечает, что стремление быть совершенным естественно в том смысле, что оно является неотъемлемой частью жизни, побуждением, без которого жизнь была бы невозможной, стремление к совершенству является «потенциально здоровой активностью» (Карвасарский, 2002).

Проблема перфекционизма стала изучаться на Западе, начиная с 80-х годов. Так, в 1978 году М. Холлендер впервые использовал термин «перфекционизм» для обозначения такой черты характера, которая проявляется в повседневной практике предъявления к себе требований более высокого качества выполнения деятельности, чем того требуют обстоятельства, а также в стремлении к безупречному выполнению задачи. Типичным определением перфекционизма было рассмотрение его как тенденции устанавливать чрезмерно высокие стандарты для себя и невозможность почувствовать удовлетворенность от проделанной работы (Адлер, 1986). В то же время Д. Бернс сделал важное уточнение, добавив к определению перфекционизма когнитивный компонент – мышление в терминах «все или ничего», при котором допускаются только два варианта выполнения деятельности – полное соответствие высоким стандартам или полный крах.

В современной психологии перфекционизм – это стремление субъекта к совершенству, высокие личные стандарты, стремление человека доводить результаты любой своей деятельности до самых высоких стандартов, это потребность в совершенствовании продуктов своей деятельности.

В настоящее время многие ученые убеждены в том, что «перфекционизм» – дисфункциональная личностая черта, предполагающая стремление личности устанавливать чрезмерно высокие стандарты, и как следствие, невозможность испытывать удовлетворение от результатов своей деятельности. Они считают, что чрезмерное стремление к совершенству сопряжено с хроническим субъективным дискомфортом, высоким риском психических расстройств и сниженной продуктивностью деятельности.

Д. Барнс и А. Пахт подчеркивали, что перфекционисты – это люди, которые демонстрируют стремление к недостижимому и невозможному, что постоянно держит человека в напряжении и тревоге. А это, в свою очередь, приводит к появлению мигрени, депрессии и т.д. Исследования М. Аддерхолта-Элиота позволили раскрыть характерные свойства перфекциониста: медлительность, страх неудачи, склонность руководствоваться принципом «все или ничего», нерешительность, неуверенность, робость действия, трудоголизм. По мнению этого автора, волнение перфекционистов быть несовершенными хоть в чем-то и возможность допустить ошибку связано с различными негативными переживаниями и усиливает медлительность, иногда даже и бездеятельность (Юдеева, 2007).

Психолог Л. Сильверман пишет о том, что идеализм перфекционистов не следует сдерживать, что люди, которые ставят перед собой грандиозные цели, стремятся быть совершенными, готовы работать и отстаивать свои идеалы, могут приносить большую пользу обществу (Седунова, 2013).

Хьюитт и Флетр, канадские ученые, создатели трехмерной теории перфекционизма и разработчики MPS, дали такое определение: «Перфекционизм – это стремление быть совершенным, безупречным во всем». Они обнаружили и описали следующие составляющие перфекционизма: перфекционизм, ориентированный на себя; перфекционизм, ориентированный на других; социально приписанный перфекционизм. Рассмотрим подробнее. Перфекционизм, ориентированный на себя предполагает наличие высоких личных стандартов, внутреннюю мотивацию самосовершенствования, склонность сосредотачиваться на цели, тенденцию ставить перед собой труднодостижимые цели и готовность прикладывать усилия ради их достижения; предполагает повышенную самокритичность, развитые самодисциплину, самоконтроль, склонность к рефлексии. Выраженность этой составляющей перфекционизма предполагает самокритичность, которая при чрезмерной выраженности может переходить в склонность к чрезмерному самоисследованию, самокопанию и самообвинению, делающую невозможным принятие собственных изъянов, недостатков и неудач. Перфекционизм, ориентированный на себя – составляющая, которая, как установили Хьюитт и Флетт, существенно превалирует над остальными у людей с высокой степенью выраженности стремления быть совершенными, у людей одаренных, у людей академически успешных. Высокий уровень перфекционизма, ориентированного на других, предполагает наличие чрезвычайно высоких стандартов, установленных человеком для других, требовательность по отношению к окружающим, нетерпимость, нежелание прощать ошибки, несовершенства. Социально предписанный перфекционизм – это убежденность человека в том, что другие люди имеют относительно него чрезвычайно высокие ожидания, которым очень трудно, если вообще возможно, соответствовать; но он должен соответствовать стандартам, устанавливаемым для него окружающим, чтобы заслужить одобрение и приятие, избежать негативной оценки (Грачева, 2006).

Научной разработкой проблемы перфекционизма первыми в России занялись Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова и Т.Ю. Юдеева. По мнению данных ученых, современная социокультурная ситуация способствует развитию расстройств аффективного спектра личности путем культивирования эмоциональной сдержанности и рациональности, компульсивного

стремления, совершенству и идеалу. Указанными учеными осуществлен ряд исследований, обнаруживающих тесную взаимосвязь перфекционных и депрессивных тенденций. Результаты их научных разработок выявили, что «перфекционизм стал не только болезнью культуры, но и важной характеристикой человека нашего времени» (Гаранян, 2006).

Отношение к перфекционизму сложилось у людей разное. Некоторые его сторонники отмечают, что стремление к идеалу (часто граничащее для окружающих с элементарным житейским занудством) во многом и делает из человека настоящего мастера своего дела. Музыкант оттачивает свое мастерство, писатель выбрасывает в мусорную корзину очередную неудачную рукопись, чтобы в итоге выдать действительно стоящий продукт. Перфекционизм толкает людей постоянно развиваться, учиться, не стоять на месте.

Стремление к совершенству – похвальное качество, если оно не перерастает в желание достичь идеала, когда человек вновь и вновь меняет и исправляет то, что уже не требует исправления. Тогда человек напрасно тратит силы и время для достижения недостижимой цели, а для творческих людей это становится катастрофой. Зачастую небольшое улучшение требует больших переделок, и дело превращается в скучную рутину, на которую тратится огромное количество времени и сил (Ильин, 2011).

Основными признаками юношеского перфекционизма являются завышенный уровень притязаний и высокая требовательность к себе; высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; восприятие других людей как требовательных и критикующих; постоянное сравнение себя с окружающими; оценка и планирование деятельности по принципу «все или ничего»; фиксация внимания на собственных неудачах и ошибках.

Стремясь довести любое дело до идеала, «шлифуя» каждую мелочь, перфекционисты постоянно испытывают сомнения в качестве выполненной работы, крайне чувствительны к критике и практически не имеют возможности испытывать удовлетворение от результатов своей деятельности из-за убеждения, что она выполнена недостаточно хорошо.

На практике чрезмерное стремление к совершенству часто оборачивается одиночеством (невозможно найти друзей, отвечающих таким высоким требованиям), отсутствием возможности отдыхать и развлекаться (стремление идеально выполнять даже незначительные дела отнимает огромное количество времени) и нервными расстройствами, к которым приводит постоянное напряжение (отличные результаты надо постоянно подтверждать).

Перфекционизм может начать формироваться под влиянием семьи уже в детском возрасте. Например, авторитарные родители могут буквально навязывать детям убеждение, что любовь можно заслужить только в том случае, если все их требования будут выполнены на «отлично». Ребенок должен соответствовать родительским ожиданиям и непременно демонстрировать высокие успехи в одобряемой родителями деятельности. Это так называемая «условная любовь», вынуждающая детей ради родительского одобрения стремиться к недостижимому совершенству. Через некоторое время такие дети сами начинают предъявлять к себе чрезмерно высокие требования – «родительский голос» становится их собственным. Так и получаются дети-перфекционисты, из которых потом вырастают перфекционисты-юноши.

Чаще всего подобная родительская требовательность связана с их собственными нереализованными потребностями и желанием все-таки воплотить свои мечты в жизнь, «с помощью» детей. На таких детей возлагаются особенные надежды: они должны в своей жизни решить задачи, не решенные родителями, не повторив при этом их ошибок и не сделав своих собственных. Ведь ценой ошибки может стать разочарование и отвержение со стороны самых близких людей. Именно поэтому дети-перфекционисты так часто чувствуют себя плохими, недостойными и несовершенными. Перфекционистов могут воспитать и слишком тревожные и контролирующие родители, желающие «дать детям самое лучшее», позаботиться об их будущем. Также перфекционисты могут вырасти в «хаотичных» семьях, то есть в семьях, где у детей отсутствует ощущение безопасности окружающего мира. Это семьи с нестабильными, неупорядоченными отношениями и часто происходящими негативными событиями: переездами, болезнями, разводами и другими неожиданными изменениями. У юношей и девушек, выросших в таких нестабильных семьях, очень выраженной является потребность как-то упорядочить свою жизнь, взять ее «под контроль». Для достижения этой цели могут использоваться «внешние» средства: хорошая (отличная) учеба, четкий график жизни с определенными обязанностями, безупречный порядок в комнате. Так появляется чувство безопасности и компенсируется чувство неуверенности и беспомощности.

Перфекционизм в спорте обычно начинается тогда, когда ребенок выбирает себе идеала, «героя», на которого он хочет походить и потом буквально изматывает себя на тренировках и «надрывается» в спортзале.

Необходимо отметить, что причины юношеского перфекционизма кроются в детстве и зависят от стиля семейного воспитания. Главным провоцирующим фактором становится авторитарный стиль воспитания,

сочетающий в себе высокие требования, жесткий дисциплинарный режим и недостаточные эмоциональную поддержку и участие. В таких условиях на ребенка возлагаются большие надежды – ему надлежит оправдать родительские чаяния, приумножить родительские достижения и избежать их промахов.

Особый интерес представляет исследование психологических предпосылок конструктивности перфекционизма в юношеском возрасте, в период жизни, когда молодым людям свойствена постановка высоких, а иногда и завышенных целей, с одной стороны, и недостаточная личностная зрелость, с другой (Холмогорова, 2009).

Нами было проведено экспериментальное исследование, направленное на изучение перфекционизма у юношей и девушек, которое проводилось на базе муниципального казенного общеобразовательного учреждения «Абалаковская средняя общеобразовательная школа № 1» в сентябре 2014 года. В исследовании по изучению перфекционизма приняли участие 24 человека, из них – 12 девушек и 12 юношей в возрасте 16-18 лет.

Мы считаем, что наиболее усовершенствованной методикой изучения перфекционизма является многомерная шкала перфекционизма П. Хьюитта и Г. Флетта (Hewitt P. & Flett G. Multidimensional Perfectionism Scale, MPS-H) – русскоязычный вариант «Многомерная шкала перфекционизма» (MPS-H), адаптированная И.И. Грачевой (Грачева, 2006).

Данный опросник диагностирует ориентацию (направленность) перфекционизма и позволяет выявлять уровень перфекционизма и соотношения перфекционистских тенденций.

«Многомерная шкала перфекционизма» (MPS-H) имеет трехфакторный вид и представляет собой опросник, который содержит 45 заданий, распределенных поровну между тремя шкалами (по 15 пунктов в каждой), которые в свою очередь группируются в следующие параметры (шкалы) исследуемого феномена:

1) перфекционизм, ориентированный на себя (ПОС) – предполагает существования высоких стандартов, постоянной самооценки и поведения, а также выраженное стремление к совершенству, которое варьируется по интенсивности у разных людей;

2) перфекционизм, ориентированный на других людей (ПОД) – предполагает нереалистичные стандарты для людей значимых (из близкого окружения), ожидание совершенства и постоянное оценивание других;

3) социально приписанный перфекционизм (СПП) – характеризуется субъективным убеждением в том, что люди в своих нереалистичных

ожиданиях склонны слишком требовательно оценивать личность и давить на нее с целью подтолкнуть ее быть более совершенной и идеальной (Грачева, 2006).

Проанализируем результаты исследования уровня перфекционизма сначала у девушек с помощью вышеописанной методики. Мы отмечаем, что у 42 % девушек были выявлены высокие показатели по шкале ПОС. Данный факт свидетельствует том, что девушки склонны сосредотачиваться на труднодостижимых целях и готовы прикладывать усилия ради их достижения. Им присуща самокритичность, развитая самодисциплина, самоконтроль, самокритичность и склонность к рефлексии. По шкале ПОД не выявлено высоких показателей, следовательно, у учащихся не выражена тенденция к предъявлению чрезвычайно высоких требований к окружающим. Кроме того, у 17 % девушек были обнаружены показатели выше нормы по шкале СПП. Поэтому учащиеся убеждены в том, что другие люди имеют относительно них чрезвычайно высокие ожидания, которым очень трудно соответствовать; но они должны соответствовать стандартам, устанавливаемым для них окружающими, чтобы заслужить одобрение и принятие, избежать негативной оценки.

Теперь проанализируем результаты исследования уровня перфекционизма у юношей. Уровень сформированности перфекционизма по шкале ПОС превышает норму у 8 % юношей, поэтому они предъявляют чрезвычайно высокие требования к себе. По шкале ПОД не выявлено высоких показателей, следовательно, у учащихся не выражена тенденция к предъявлению чрезвычайно высоких требований к окружающим. Необходимо отметить, что у 8 % юношей были обнаружены высокие показатели по шкале СПП. Это свидетельствует о том, что молодые люди расценивают требования, предъявляемые к ним окружающими, как завышенные и нереалистичные.

Таким образом, обобщая подходы отечественных и зарубежных исследователей, мы пришли к выводу что перфекционизм – это стремление к безупречности и совершенству, в поведении и деятельности, касающейся разных сфер жизни. Все исследователи едины в том, что перфекционизм может оказывать негативное влияние на эмоциональное состояние, психологическое благополучие, межличностные контакты. Мы вслед за П. Хьюиттом и Г. Флеттом понимаем под перфекционизмом стремление быть совершенным, безупречным во всем.

Признаками юношеского перфекционизма являются завышенный уровень притязаний и высокая требовательность к себе; высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; восприятие других людей как требовательных и критикующих; постоянное

сравнение себя с окружающими; оценка и планирование деятельности по принципу «все или ничего»; фиксация внимания на собственных неудачах и ошибках.

Необходимо отметить, что причины юношеского перфекционизма кроются в детстве и зависят от стиля семейного воспитания. Главным провоцирующим фактором становится авторитарный стиль воспитания, сочетающий в себе высокие требования, жесткий дисциплинарный режим и недостаточные эмоциональную поддержку и участие. В таких условиях на ребенка возлагаются большие надежды – ему надлежит оправдать родительские чаяния, приумножить родительские достижения и избежать их промахов.

Анализируя результаты экспериментального исследования, мы обнаружили, что уровень сформированности перфекционизма, ориентированного на себя, наблюдается чаще у девушек, которые во всем предъявляют чрезвычайно высокие требования к себе. Кроме того, у всех учащихся не выражена тенденция к предъявлению чрезвычайно высоких требований к окружающим. Также в ходе исследования было выявлено, что уровень социально предписанного перфекционизма оказался выше у девушек.

Список литературы

1. Адлер А. Индивидуальная психология. История зарубежной психологии / Под ред. П.Я. Гальперина, А.Н. Ждан. – М.: Издательство МГУ, 1986. – 140 с.
2. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства // Современная терапия психических расстройств. – 2006. – № 1. – С. 31-41.
3. Грачева И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 6. – С. 73-89.
4. Грачева И.И. Уровень перфекционизма и содержание идеалов личности: Дис... кан. психол. наук. – М., 2006. – 210 с.
5. Ильин Е.П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень. – СПб.: Питер, 2011. – 224 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – 2-е доп. перераб. изд. – СПб.: Питер, 2002. – 1019 с.
7. Седунова А.С. Перфекционизм и стили саморегуляции личности // Теория и практика общественного развития. – 2013. – № 8. – С. 127-129.
8. Философия: Энциклопедический словарь / Под редакцией А.А. Ивина. – М.: Гардарики, 2004. – 421 с.
9. Холмогорова А.Б. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов // Вопросы психологии. – 2009. – № 3. – С. 16-26.
10. Юдеева Т.Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств: Дис… кан. психол. наук. – М., 2007. – 275 с.

ФЕНОМЕН «ДЕЖА ВЮ»: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И СВЯЗЬ С МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Х.А. Шарабарина

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

Феномен «дежа вю» широко распространен в обществе. «Дежа вю» (в пер. с франц. – «уже виденное») – особое состояние, при котором человек считает, что происходящее с ним в данный момент уже имело место быть раньше; отметим, что люди, испытывающие «дежа вю», чувствуют себя скорее положительно, чем отрицательно (Мещеряков, Зинченко, 2004). По исследованию Д.Н. Рыбина, около 96 % опрошенных утверждают, что испытывали это состояние хотя бы раз в жизни (Рыбин, 2008). Столь частое явление должно быть наиболее глубоко изучено, однако это не так. На сегодняшний день отмечено, что «дежа вю» может наблюдаться при целом ряде психоневрологических заболеваний, таких как височная эпилепсия, шизофрения, депрессия, синдром Шарля Бонне, оно регистрируется при различных нарушениях сна и может являться ранним диагностическим признаком в клинике объемных образований головного мозга. Многие ученые, проводя анкетирование по теме «дежа вю», приходили к выводу, что наиболее часто «дежа вю» появляется у людей открытых, готовых к переменам, также отмечалось, что появление «дежа вю» тесно связано с работой полушарий, поэтому появление этого явления может зависеть и от межполушарной асимметрии головного мозга.

В нашей статье мы приведем краткую историю изучения феномена «дежа вю», его возможные причины, а также подробно остановимся на проблеме межполушарной асимметрии головного мозга, рассмотрим свойства каждого полушария и особенности людей, для которых характерен тот или иной тип полушария, мы также опишем результаты исследований отечественных психологов, свидетельствующих о связи феномена «дежа вю» с межполушарной асимметрией головного мозга.

Открытие феномена приписывается Эмилю Буараку (1851-1917), который и дал явлению именно такое название. Но расширил его понимание Флоренс Арно, предположивший, что существует не только «уже виденное», но и «уже слышанное» и «уже испытанное». Мы же, в свою очередь, считаем, что «дежа вю» – комплексное состояние, которое не ограничивается только зрительным восприятием.

Артур Аллин в 1896 г. в своей статье заключил, что «дежа вю» – это не что иное, как забытые сновидения. Со сновидениями также связали происхождение «дежа вю» Зигмунд Фрейд и Карл Юнг. Но Зигмунд Фрейд дополнял свое объяснение тем, что увиденное во сне уже было в качестве реального опыта в жизни, а Юнг посчитал, что существует еще и другая жизнь, параллельная.

В 1990 г. Герман Сно предположил, что следы памяти содержатся в головном мозге в виде голограмм. Они же позволяют достраивать воспоминания до законченного образа, и, если голограмма является полным кусочком памяти, возникает эффект «дежа вю» (Курган, 2006).

Если рассматривать «дежа вю» с физиологической точки зрения, то стоит упомянуть теорию американца Уильяма Х. Бернхама. По его мнению, «дежа вю» возникает именно тогда, когда нервная система человека находится в настолько хорошо отдохнувшем состоянии, что восприятие реальности происходит глубже, чем обычно. Все происходящее становится очевидным и понятным, так и происходит ощущение «уже виденного».

В 1955 году психиатр Уайлдер Пенфилд попытался обнаружить «дежа вю» экспериментально, воздействуя на височные доли пациентов разрядами тока. В итоге 8 % пациентов испытали несуществующие воспоминания (Курган, 2006). С другой биологической точки зрения, причиной «дежа вю» является минимальное нарушение функции нейронных путей, участвующих в передачи информации на центры более высокой обработки. Например, мозг объединяет информацию, полученную от отдельного пути в единую информацию, небольшая задержка (или ускорение) в скорости на одном пути может привести к тому, что мозг интерпретирует данные из двух путей, как независимые и отдельные экземпляры одного и того же опыта, хотя разница между ними лишь в миллисекунды (Brown, 2004). Это позволило привести к ощущению: что-то, что происходит сейчас, произошло раньше.

«Дежа вю» может также возникать, когда какая-либо реальная сцена сначала получает только начальную обработку, а после следует более полная переработка той же обстановке с более полным вниманием. Например, вы впервые входите музей и в первую очередь обращаете внимание на фонтан в центре зала. Но слева (или справа) от вас находится лестница, которая не была удостоена внимания, но получила начальную обработку, неосознанную вами. Когда вы обращаете внимание на лестницу уже целенаправленно, неожиданно возникает чувство, что предмет вам знаком (Brown, 2004).

В XXI веке возникают новые теории. Так, австриец Йозеф Шпат в 2002 г. утверждал, что данный феномен возникает тогда, когда у человека

по каким-то причинам отключается гиппокамп и работает парагиппокамп, выдающий нам ситуацию за уже знакомую ранее. О работе гиппокампа, как о причине «дежа вю», говорит биолог Судзуми Тонегава, если конкретно, то об его зубчатой извилине, позволяющей мгновенно распознавать мельчайшие различия в похожих образах. Именно благодаря ей человек осознает, какие впечатления ему уже знакомы, а какие нет. Если впечатления оказываются слишком похожи, происходит сбой в системе и, как результат – эффект «уже виденного».

Следует отметить, что «дежа вю» связывают с феноменом деперсонализации, что означает расстройство самовосприятия личности. Меграбян Андраник в своей книге «Деперсонализация» относит «дежа вю» именно к нарушению сознания «я». Там же он приводит несколько мнений относительно понимания феномена «уже виденного». Так, один автор относит данный симптом к подсознательной сфере личности, который выступает наружу при проявлении нового однородного впечатления (Меграбян, 1962). Существует также мнение, что «дежа вю» – проявление расщепления личности. Анри Бергсон, известный французский философ, предполагает под феноменом «дежа вю» одновременное возникновение двух образов – воспоминания и восприятия, поскольку в сознании существует два образа, реальный и возможный.

Существует предположение относительно связи между двумя полушариями головного мозга. Если поступающая информация передается непосредственно на доминантное полушарие, где она в конечном счете обрабатывается, и второй экземпляр информации направляется через недоминирущее полушарие, то небольшое замедление в этих волокнах, связанное с межполушарной передачей по корпусу мозолистого тела, может привести к «дежа вю».

Одним из основных принципов функционирования полушарий большого мозга является асимметрия. Функциональная асимметрия полушарий мозга означает специфические особенности структуры и функции мозговых полушарий, приводящие к тому, что при осуществлении одних психических функций главенствует левое, а других – правое полушарие (Мещеряков, Зинченко, 2004). Межполушарная асимметрия, как одна из важных особенностей функционирования высших отделов мозга, в основном определяется двумя моментами: асимметричной локализацией нервного аппарата второй сигнальной системы и доминированием правой руки как мощного средства адаптивного поведения человека. Этим и объясняется, что первые представления о функциональной роли межполушарной асимметрии возникли лишь тогда, когда удалось установить локализацию нервных центров речи.

По данным современной нейро- и психофизиологии, левое полушарие большого мозга у человека специализируется на выполнении вербальных символических, правое – на обеспечении и реализации пространственных, образных функций. В этом проявляется важнейшая форма функциональной асимметрии мозга – асимметрия психической деятельности (моторного – центра Брока и сенсорного – центра Вернике в левом полушарии) (Покровский, Коротько, 2003).

Считается, что человек с преобладанием правого полушария предрасположен к созерцательности и воспоминаниям, он тонко и глубоко чувствует и переживает, но медлителен и малоразговорчив, обладает хорошо развитым воображением. Доминирование левого полушария ассоциируется у человека с большим словарным запасом, активным его использованием, с высокой двигательной активностью, целеустремленностью, высокой способностью экстраполяции, предвидения, прогнозирования. Левое полушарие отвечает за логику и анализ. Левое полушарие играет существенную роль не только в мозговой организации самих речевых процессов, но и в мозговой организации всех связанных с речью высших форм психической деятельности – категориального восприятия, активной речевой памяти, логического мышления и др., в то время как правое полушарие в меньшей степени участвует в их протекании (Лурия, 2003).

Анализ психолого-педагогической литературы показал, что практически все психические процессы являются сложными по их функциональной организации, ибо они могут совершаться на разных уровнях (непроизвольном и произвольном, неосознанном и осознанном, непосредственном и опосредованном). Это позволяет достаточно обоснованно предполагать, что существует тесное взаимодействие обоих полушарий, причем роль каждого из них может меняться в зависимости от задачи, на решение которой направлена психическая деятельность, и от структуры ее организации (Хомская, 2005). Например, было выявлено, что люди, у которых левое полушарие доминантно по функциям речи, могут проявлять признаки доминантности правого полушария по другим показателям. Помимо этого, существуют «чистые» правши (с ведущими правой рукой, ухом и глазом) и праворукие (у которых при ведущей правой руке ведущими ухом и(или) глазом являются левые). Сложными и неоднородными представлены также группы левшей (с ведущей левой рукой) и амбидекстров (с ведущими обеими руками).

В наше время проводится множество исследований связи «дежа вю» с работой различных отделов головного мозга. Так, в исследовании П.Н. Власова и А.В. Червякова, в котором участвовала группа из 161 человека (132 здоровых и 32 с опухолями головного мозга), при анализе МРТ-снимков

пациентов, испытывавших «дежа вю», было выявлено, что в большинстве (84,5 %) случаев для генерации «дежа вю» необходимо поражение медиальных отделов височной доли с вовлечением гиппокампа. Ими же было выявлено, что у левшей «дежа вю» встречается достоверно чаще (Власов, Червяков, 2011).

Далее при исследовании симптомов «дежа вю» П.Н. Власовым и А.В. Червяковым были получены такие результаты: у подавляющего большинства исследуемых феномен «дежа вю» появлялся при поражении правого полушария (79,3 %). Тем не менее у 29,7 % пациентов «дежа вю» регистрировался при поражении левого полушария, при этом левши, включенные в группу исследования, в это число не входили; что касается эмоциональной окраски «дежа вю» и страха перед его наступлением, показано, что у здоровых людей в 66 % случаев «дежа вю» вызывает положительные эмоции и лишь 4 % респондентов боятся появления этого феномена. Наиболее часто «дежа вю» вызывает отрицательные эмоции у лиц с измененной моторной асимметрией, левшей и амбидекстров, а также вызывает страх у пациентов с опухолями головного мозга (Власов, Червяков, 2011). Данный факт хорошо обоснован в исследовании межполушарной асимметрии в патогенезе заболеваний центральной нервной системы на примере больных эпилепсией.

Эпилепсия – хроническое заболевание, проявляющееся повторными судорожными или другими припадками, не провоцированными какими-либо немедленно определяемыми причинами и сопровождающееся изменениями личности. Эпилептический припадок – клиническое проявление аномального и избыточного разряда группы нейронов головного мозга. Примерно в 66 % случаев эпилепсия является самостоятельной болезнью, в остальных она обусловлена органическим поражением головного мозга (Гусев, 2009).

При наличии патологии центральной нервной системы в виде эпилепсии, не затрагивающей в больших полушариях напрямую элементы первичной структурно-функциональной организации речи, памяти и эмоций, эти звенья продолжают функционировать по ранее выработанной схеме. Однако в результате патологических процессов могут изменяться порог возбуждения и уровень метаболизма нейронов, процессы нормального межполушарного взаимодействия разных их уровней, что проявляется в виде ухудшения определенных функций (Гимранов, 2005). Возможны изменения в восприятии, памяти, нарушения речи и другое.

У больных эпилепсией лобные отделы левого полушария участвуют в формировании позитивного эмоционального реагирования, а правого – негативного. У них также отмечается межполушарная асимметрия

в виде преобладания активности правого полушария, обеспечивающая формирование негативных эмоций (Гимранов, 2005). При доминировании функции правого полушария человек склонен к негативному восприятию среды.

Таким образом, появление феномена «дежа вю» напрямую связано с межполушарной асимметрией головного мозга. Ввиду частого появления «дежа вю» у больных эпилепсией и появлении у них чувства страха или других негативных эмоций, за которые, как уже было доказано, отвечает правое полушарие, можно с уверенностью говорить о том, что ощущение «дежа вю» в большей мере связано с работой правого полушария. Феномен может встречается как у левшей, так и у любых других индивидов с доминантным правым полушарием. Согласно особенностям межполушарной асимметрии каждого индивида, правополушарными могут быть как левши, так и правши. Нами планируется проведение исследования для подтверждения связи феномена «дежа вю» с межполушарной асимметрией головного мозга с использованием активациометра. Немаловажно отметить, что дальнейшее изучение феномена «дежа вю» в клинической картине растущих опухолей головного мозга может помочь диагностировать появление этих опухолей.

Список литературы

1. Brown Alan S. The Déjà Vu Illusion/ Current Directions in Psychological Science. – 2004. – P. 256-259.
2. Власов П.Н., Червяков А.В. Психопатологическая симптоматика у здоровых: феномен «дежа вю» // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – С. 19-22.
3. Гимранов Р.Ф. Межполушарная асимметрия в патогенезе заболеваний центральной нервной системы и ее коррекция транскраниальной магнитной стимуляцией. – М., 2005 – 204 с.
4. Гусев Е.И., Коновалов А.Н. Неврология и нейрохирургия / Под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова, В.И. Скворцова. – М., 2009. – 420 с.
5. Курган А. Тайна феномена дежа вю: опыт феноменологического анализа /– [Электронный ресурс]: http://www.gumer.info/bogoslov_Buks/Philos/kurg/.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2003. – 384 с.
7. Меграбян А.А. Деперсонализация. – Ереван: Армгосиздат. 1962. – 355 с.
8. Мещеряков Б., Зинченко В. Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б. Мещеряков, В. Зинченко. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004 – 672 с.
9. Покровский В.М., Коротько Г.Ф. Физиология человека / Перераб. и доп. – М., 2003. – 656 с.
10. Рыбин Д.Н. «Дежа вю» как позитивный феномен становления многомерного мира человека / Вестник Алтайской государственной педагогической академии. – 2008. – С. 2-4.
11. Хомская Е.Д. Нейропсихология / 4-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.

Подписано в печать 01.12.2014 г.
Бумага офс. 80 г/м^2. Усл. печ. л. 36.
Тираж 300 экз. Заказ № 184.

Отпечатано в ООО «Версо».
660079, г. Красноярск, ул. А. Матросова, 30к.
Тел.: 235-04-89, 235-05-89, e-mail: versona24@yandex.ru