



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

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Материалы VII-й Международной научно-практической конференции
(г. Красноярск, 26-27 ноября 2020 года)



КРАСНОЯРСК
2021

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

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

Материалы VII-й Международной
научно-практической конференции

(г. Красноярск, 26-27 ноября 2020 года)

Под общей редакцией И. О. Логиновой

Красноярск
2021

УДК 159.9
ББК 88.46
П86

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

П86 **Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал** : материалы VII-й Междунар. науч.-практ. конф. (г. Красноярск, 26-27 ноября 2020 г.) / И. О. Логинова, В. Б. Чупина, Л. С. Гавриленко [и др.]. – Красноярск : Версо, 2021. – 472 с.

ISBN 978-5-94285-221-4

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

УДК 159.9
ББК 88.46

ISBN 978-5-94285-221-4

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ОБЩЕМИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ..... 10

BODY IMAGE, SELF-ESTEEM AND SENSATION SEEKING AS PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE IN STUDENTS

Mila Dosković, Igor Ranisavljev, Jelisaveta Todorović 10

EXHAUSTION - STRESS – RESILIENCE

H.-W. Gessmann 20

IMPORTANCE OF COMMUNICATION IN REDUCING ADOLESCENT VIOLENCE

Zita Gierasimovic , Zyta Kuzborska 29

THE RELATIONSHIP BETWEEN STRESS, BURNOUT AND AEROBIC CAPACITY AMONG PHYSIOTHERAPISTS

Jurga Indriuniene, Indre Nakutaviciute, Ruta Petraviciene,
Ruta Dadeliene, Inga Muntianaite 37

SATISFACTION WITH LIFE AND DEPRESSION IN PEOPLE OF DIFFERENT ROMANTIC RELATIONSHIP STATUS IN EARLY ADULTHOOD

Ivana Janković, Miljana Spasić Šnele, Jelisaveta Todorović 43

PERSONALITY TRAITS AS PREDICTORS OF BURNOUT OF EMPLOYEES IN SERBIA

Snežana Stojiljković, Kristina Randelović 50

FAMILY FUNCTIONING AND IDENTITY STATUS AMONG STUDENTS

Milica Simic, Jelisaveta Todorović, Vesna Andelković 59

РАЗДЕЛ 2.

ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ..... 68

КОМПОНЕНТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА COVID-19

Ж.Г. Василькова..... 68

ПРОЦЕСС СТАНОВЛЕНИЯ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У СТУДЕНТОВ 2-4 КУРСОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ» КРАСГМУ

Л.С. Гавриленко, В.Б. Чупина, Т.И. Тарасова..... 75

ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С БИСЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
О.В. Груздева, Е.С. Болгова, О.Л. Беляева.....	82
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И КОММУНИКАТИВНОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ	
В.А. Гуров, Е.И. Прахин.....	88
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕПРЕССИИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА И ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ	
Э.И. Дали	99
ТЕЛО И ТЕЛЕСНАЯ КУЛЬТУРА КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ, ЗДОРОВЬЯ И ЦЕЛОСТНОСТИ ЛИЧНОСТИ	
А. Даниленко, М. Мартинковски	104
ТРЕХЭТАПНЫЙ МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Ю.А. Дыхно, А.А. Матвейкина	113
СПЕЦИФИКА МЕДИАПОТРЕБЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	
Ю.В. Живаева, Е.И. Стоянова.....	118
ЦЕННОСТНАЯ МОДАЛЬНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ КАК РЕСУРС КОГНИТИВНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ	
В.И. Кабрин, О.М. Краснорядцева, Э.А. Щеглова, Е.В. Бредун	123
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РОСГВАРДИИ	
А.В. Косолап.....	130
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ ПОСЛЕ СМЕРТИ БЛИЗКИХ ЛЮДЕЙ.	
Е.П. Малюткина, К.Р. Стаценко, Е.Н. Штуко, А.В. Сивкова	132
ПРИРОДА И ПСИХИЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКА В ТЕОРЕТИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЯХ ПСИХОАНАЛИЗА (ФИЛОСОФСКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ)	
М. Мартинковски, А. Даниленко.....	140
СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛИЧНОСТИ	
И.С. Морозова, Е.А. Медовикова, А.Е. Каргина, Д.Н. Гриненко	151

ЗАНЯТИЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ ТРЕНИНГА КАК СПОСОБ СПЛОЧЕНИЯ КОМАНДЫ	
Т.Н. Милова	159
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	
С.Н. Михасюк, А.В. Даниленко	168
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИСЛЕДОВАНИЕ ДЕПЕРСОНИФИКАЦИИ ОБЩЕНИЯ ПОДРОСТКОВ	
Н.И. Нелюбин, А.Н. Ходосевич	175
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	
Н.В. Попенко	182
ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ КРАСОТЫ ФИЗИЧЕСКОГО ОБЛИКА В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ	
А.Р. Рафикова	187
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ К УСЛОВИЯМ СЛУЖБЫ	
Т.Ю. Рублёва	193
ПРОСТРАНСТВО ИНТЕРНЕТА И ХАРАКТЕРИСТИКИ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ	
А.В. Северин	200
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА РОДИТЕЛЕЙ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ	
М.С. Севостьянова	207
ПРОЕКТ «ЭКОЛЕТНИЕ» КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ (НА ПРИМЕРЕ КРАЕВОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «УЮТ»)	
Н.В. Тихонова, Е.Ю. Арбузова	215
ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА	
Н.В. Тихонова, Н.А. Демина	221

ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ И ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ СТАРШИХ КУРСОВ НА ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ	
Н.В. Тихонова, В.Б. Чупина	228
ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КРИЗИСА СЕРЕДИНЫ ЖИЗНИ	
Т.В. Черникова, Л.С. Булгакова.....	234
ЭМПИРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНОЙ АДАПТАЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ: КОНСТРУИРОВАНИЕ И АПРОБАЦИЯ ПРОГРАММЫ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ	
Т.В. Черникова, В.В. Болучевская	243
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
В.Б. Чупина, Л.С. Гавриленко, Т.И. Тарасова.....	253
АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ АКТИВИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ (НА ПРИМЕРЕ КРАЕВОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «УЮТ»)	
В.Б. Чупина, Н.В. Тихонова	258
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ПЛАТФОРМА КУЛЬТУРНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА: ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ	
Ф.В. Шитиков, О.В. Волкова.....	263
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНО ВОСПРИНИМАЕМОГО ЭЙДЖИЗМА	
А.И. Шпаков, Л.Г. Климацкая, К. Ковальчук, О.В. Павлють, О.А. Ковальчук, И.А. Новосельцев.....	270
<i>РАЗДЕЛ 3.</i>	
<u>РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ.....</u>	278
АКТУАЛЬНОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ЖИЗНЕННЫХ ПЕРСПЕКТИВ ЛИЧНОСТИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ	
А.З. Азимова, Ю.В. Живаева, В.Б. Чупина.....	278
ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ АРТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ТРЕВОЖНОСТЬЮ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	

Г.А. Айвазова, Ю.В. Живаева	286
КОРРЕКЦИЯ ПОВЫШЕННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ЗАДАЧА В СИСТЕМЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19	
А.А. Алексеева, А.И. Вахтель, О.В. Волкова	290
ИППОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
Ю.О. Антонова, И.О. Кононенко	297
ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ КАК ФАКТОРА ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ ПТСР	
О.О. Байдос, Е.И. Стоянова, Н.О. Маслий	303
РОЛЬ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В РАЗВИТИИ ЭМПАТИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ	
С.М. Гайдаренко	312
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И АЛЕКСИТИМИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ	
А.Е. Ганжа, Н.Н. Вишнякова	319
ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	
В.Е. Глазкова, Н.В. Попенко	325
СОСТОЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ И ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА КАРАНТИНЕ С БОЛЕЗНЬЮ COVID-19. ПСИХОГИГИЕНА В УСЛОВИЯХ САМОИЗАЛЯЦИИ	
Я.П. Гойколова, Ю.В. Живаева	332
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 20-40 ЛЕТ	
У.Ш. Донгак, Ж.Г. Василькова	338
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗИТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
П.С. Жерновская	345
ВЛИЯНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, СТРАДАЮЩИХ ПТСР	
П.А. Иванов, М.А. Лисняк	350

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Е.С. Киричик	359
ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	
А.Д. Кораблина, Н.В. Попенко	367
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА СТУДЕНТОВ-ПСИХОЛОГОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СРЕДАХ	
Я.А. Коркунов, Ю.В. Живаева	372
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ 65-70 ЛЕТ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	
Д.Е. Кочурова, И.О. Кононенко	378
ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ И СТЕПЕНИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г. КРАСНОЯРСКА	
И.К. Кузнецов, Н.Н. Вишнякова	383
ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	
А.Е. Куковьякина, Ю.В. Живаева	389
ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ СЕБЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ ЛЮДЬМИ РАЗНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ	
Е.А. Лаевская, Е.И. Стоянова, Ю.В. Живаева	396
РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПЕРВОКЛАССНИКОВ С ДИАГНОЗОМ КОНДУКТИВНАЯ И НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ПОТЕРЯ СЛУХА, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
В.В. Лазарян, Г.В. Сенченко	403
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ КРАСГМУ ИМ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО	
А.А. Ласкина, Ж.Г. Василькова	410
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ СЧАСТЬЯ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА «КРАСНОЯРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ РФ»	

К.К. Марьясова, Е.В. Зорина.....	417
ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЕЙ	
Н.К. Приходько, Н.Н. Вишнякова	420
ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВОВ	
М.М. Рассвет, Е.И. Стоянова, Ю.В. Живаева	429
ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЭТАП В РАБОТЕ С НАРКОЗАВИСИМЫМИ ПАЦИЕНТАМИ	
А.В. Рупека, О.В. Волкова	438
ПРОЯВЛЕНИЕ БУЛЛИНГА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	
О.А. Сластихина, Н.В. Басалаева	445
СВЯЗЬ КОМПОНЕНТОВ РАСЩЕПЛЕННОЙ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ	
О.К. Таусинова	451
САМОРЕАЛИЗАЦИЯ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС ЛИЧНОСТИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА	
О.А. Цветкова, О.В. Волкова.....	458
К ВОПРОСУ ОБ ИПОХОНДРИЧЕСКОМ ТИПЕ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ	
А.Ю. Шадрина, О.В. Волкова	465

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ОБЩЕМИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

УДК 159.9

BODY IMAGE, SELF-ESTEEM AND SENSATION SEEKING AS PREDICTORS OF QUALITY OF LIFE IN STUDENTS

Mila Dosković¹, Igor Ranisavljev², Jelisaveta Todorović¹

¹*Faculty of Philosophy, University of Niš, Serbia*

²*Faculty of Sport and Physical Education, University of Belgrade, Serbia*

Summary. The main aim of this research was to determine whether the domains of quality of life can be predicted by the dimensions of body-esteem, self-esteem and sensation seeking in students. Body Esteem Scale (Mendelson, White, & Mendelson, 1997), The State Self-Esteem Scale (Heatherton & Polivy, 1991), Sensation seeking scale (Zuckerman, 1994) and World Health Organization Quality of Life – Brief (WHOQOL, 1998) were applied. The sample consisted of 149 first-year psychology (73) and sport and physical education (76) students. The percentage of variance of criterion variables (domains of quality of life) explained by predictor models ranges from 20,9 % to 37,9% in the subsample of sports students, and from 23% to as much as 53.4% in the subsample of psychology students. In general, the dimensions of self-esteem and body-esteem stand out as good predictors of domains of quality of life (with positive β coefficients), and the dimensions of sensation seeking, except Disinhibition, are mostly not statistically significant predictors of quality of life. The finding that is consistently repeated in both subsamples is that the most important predictors for domain Psychological QOL were variables related to self-esteem and body-esteem in the field of physical appearance, which explain from 37.9% to 48.5% of the variance of the criteria. The results of previous research show that the less concern/dissatisfaction of individuals with their own body, the better the quality of life of these individuals, which is in line with the findings of our research.

Key words: quality of life, body image and body esteem, self-esteem, sensation seeking, psychology students, sport and physical education students

Relevance. In understanding people's mental health, recently the focus has shifted from the contribution of psychopathological phenomena to the contribution of positive experiences, personality traits and conditions that promote the development and optimal functioning of people. Contemporary concepts of mental health focus on concepts such as quality of life, life satisfaction,

psychological/social/subjective well-being (Anđelković & Hadži Pešić, 2013; Hadži Pešić & Anđelković, 2013).

Self-esteem is one of the personality variables that current research show to be significantly associated with quality of life (Diener et al., 2005; as cited in Anđelković & Hadži Pešić, 2013). People with high self-esteem are less sensitive to failure and criticism because they do not perceive them as a threat, such people bear stress more easily due to feelings of control and optimism, as well as faith in their abilities. Self-esteem can be taken as the primary indicator of an individual's positive adjustment (Todorović, Zlatanović, Stojiljković i Todorović, 2009), therefore self-esteem is included in this research as one of the possible predictor variables of quality of life.

Concepts such as body experience, body self-acceptance, or body self-esteem are closely related to self-esteem in general (Harter, 1993). Although the instrument used for measuring state of self-esteem includes a subscale related to physical appearance, given the choice of subsample of students of the Faculty of Sports and Physical Education, the Body Esteem Scale (Mendelson, White, & Mendelson, 1997) was also included in the research. This instrument examines in more detail the construct of body image and esteem, which is possibly of even greater importance for this subsample given the activities related to the profession they have chosen. In addition, this research provides an opportunity to examine whether this additionally included instrument provides richer information in relation to body self-esteem or whether it is more economical to use only one subscale within global self-esteem measures.

The research also includes the concept of sensation seeking, having in mind the theory of activity (as cited in Anđelković & Hadži Pešić, 2013). This theory assumes that participation in an interesting activity leads to satisfaction and happiness, as long as that activity is not too severe to cause anxiety, or too easy to lead to boredom. In addition, it is assumed that in psychology and sports students, different domains of sensation-seeking play a role in assessing quality of life (for example, that sports students will be more focused on seeking excitement and adventure through unusual sports activities). Having in mind research results about the positive effects of physical exercise on physical health and subjective quality of life (Fox, 1999), one of the predictor variables includes average number of hours of physical activity per week.

State of the problem. The main problem of this research was to examine whether the domains of quality of life can be predicted by the dimensions of body-esteem, self-esteem, sensation seeking and sociodemographic variables, on subsamples of psychology students and sports and physical education students.

Materials and methods.

Sample

The sample consists of 149 first-year undergraduate students, aged 19 to 29 (AS = 19.84, SD = 1.49). The sample consisted of a subsample of psychology

students at the Faculty of Philosophy, 73 of them (16 males and 57 females), as well as a subsample of students of the Faculty of Sports and Physical Education - 76 of them (50 males and 26 females). The subsamples are approximately equal in size and reflect the typical gender structure of these departments. In the entire sample, 21 respondents are professionally engaged in sports, and 74 of them are recreationally engaged.

Measures

Dependent variable:

Quality of life is measured with World Health Organization Quality of Life – Brief (WHOQOL, 1998). It contains 24 items, the respondents give answers on a five-point scale. Quality of life is defined through four subscales/domains: 1) Physical (7 items) - activities, drug treatment, energy, mobility, presence of pain, quality of sleep, work capacity; 2) Psychological (6 items) - satisfaction with physical appearance, negative and positive emotions, self-confidence; 3) Social (3 items) - interpersonal relations, social support, sexual activity; 4) Environment (8 items) - financial resources, opportunities for recreation and leisure. The Cronbach α for Physical subscale is at a satisfactory level ($\alpha = .713$) after removing item number 4, as well as for Psychological subscale ($\alpha = .799$) after removing item number 26, and also for Environment ($\alpha = .720$). Social subscale doesn't have a satisfactory reliability of internal consistency ($\alpha = .313$) on the tested sample.

Predictor variables:

Body image is operationally defined with the Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults (BES; Mendelson, White, & Mendelson, 1997). The instrument has three subscales: BE-Appearance (general feelings about appearance) - consists of 10 items ($\alpha = .860$), BE-Weight (weight satisfaction) - 8 items ($\alpha = .874$), BE-Attribution (others' evaluations about one's body and appearance) - 5 items ($\alpha = .629$). Respondents state their degree of agreement with the statements using a five-point scale. Items that are not affirmative are reversed.

Self-esteem is defined through The State Self-Esteem Scale (SSES; Heatherton & Polivy, 1991) - contains 20 items that assess the respondents' self-esteem at a given time using a five-point scale. It measures three components of state self-esteem: Appearance (6 items), Social (7 items) and Performance (7 items). The reliability of all subscales on the examined sample is good (Cronbach α is .757; .807; .790 respectively).

Sensation seeking is measured with Sensation seeking scale (SSS; Zuckerman, 1994). This multidimensional measure consists of four mutually correlated scales (each subscale consists of 10 items with a dichotomous forced response): Thrill and Adventure Seeking (TAS; interest in physically challenging activities), Experience Seeking (ES; interest in low-risk, novel experiences, unconventional lifestyle) Disinhibition (Dis; favourable attitudes to uninhibited social interactions), and Boredom Susceptibility (BS; dislike for

repetition and predictability). In the examined sample, the reliability of the internal consistency for subscales Dis ($\alpha = 0.703$) and TAS ($\alpha = 0.758$) is at a satisfactory level, while the reliability of the subscales BS ($\alpha = 0.467$) and ES ($\alpha = 0.421$) is inadequate.

Sociodemographic registered variables: gender; age; how many hours per week do the respondents exercise.

Procedure. After giving informed consent, the respondents filled in the questionnaires after their classes at the faculty.

Results.

Table 1

Correlations between criterion and predictor variables on subsamples of sports and physical education students and psychology students

Pearson c.c.	subsample	Criterion variables – domains of Quality of life			
Predictor variables		Physical	Psychological	Social	Environment
Gender	s	-0,042	0,035	0,041	0,102
	p	-0,135	-0,023	0,074	0,033
Hours of weekly exercise	s	0,301**	0,108	0,168	-0,132
	p	0,084	0,047	0,185	0,020
BE-Appearance	s	0,390**	0,536**	0,116	0,223
	p	0,377**	0,679**	0,383**	0,387**
BE-Weight	s	0,303**	0,402**	0,040	0,194
	p	0,342**	0,391**	0,218	0,243*
BE-Attribution	s	0,325**	0,251*	0,196	-0,058
	p	0,085	0,161	0,013	0,024
Disinhibition	s	0,047	0,043	-0,014	-0,035
	p	-0,014	0,158	-0,164	-0,007
Boredom Susceptibility	s	-0,128	-0,182	-0,072	-0,195
	p	0,003	0,085	0,038	-0,003
Thrill and Adventure Seeking	s	-0,055	-0,071	-0,066	-0,112
	p	0,190	0,177	-0,048	0,248*

Experience Seeking	s	-0,068	-0,136	-0,341**	-0,064
	p	-0,011	0,101	0,133	-0,048
SE-Performance	s	0,328**	0,466**	0,320**	0,248*
	p	0,491**	0,557**	0,450**	0,303**
SE-Social	s	0,015	0,367**	-0,079	0,229
	p	0,248*	0,492**	0,513**	0,248*
SE-Appearance	s	0,456**	0,578**	0,156	0,159
	p	0,403**	0,603**	0,393**	0,285*

s-subsample of sports and physical education students; p-subsample of psychology students
 *p<0,05, **p<0,01

In the subsample of sports and physical education students, SE-Performance is in positive correlations of low or medium intensity with all domains of QOL. The other two dimensions of SE and the three dimensions of BE are mainly in the low and medium positive correlations with all domains of QOL, except with the Social and Environment. Hours of weekly exercise is only in a positive correlation with the Physical QOL. Considering sensation-seeking, there is only negative medium correlation between the ES and Social QOL. Similar correlations were obtained in a subsample of psychology students. There is low positive correlation between TAS and Environment QOL. All dimensions of SE are positively correlated (mostly medium and low intensity) with all dimensions of QOL (with one exception). A similar situation with somewhat lower correlations is between the criterion variables and BE-Appearance and BE-Weight. On both subsamples of all predictor variables, dimensions of state self-esteem have the most statistically significant correlations and correlations of the highest intensity with domains of quality of life.

Given that not all predictor variables are correlated with criterion variables, as well as that there are certain correlations between predictors, the Forward method was chosen when performing linear regression. In all regression models, the following predictors were used: gender, hours of weekly exercise, three dimensions of body-esteem, four dimensions of sensation seeking, and three dimensions of state self-esteem. The domains of quality of life were criterion variables respectively.

**Regression analysis: prediction models of Quality of life domains
on subsample of sports and physical education students**

Criterion variable QOL	Model	Model summary	Predictor*	β	p	Part
Physical	1	F=9,75; p=0,003 R=0,457; R ² =0,209	SE-Appearance	0,457	0,003	0,457
	2	F=8,38; p=0,001 R=0,564; R ² =0,318 Δ R ² =0,109; p=0,022	SE-Appearance	0,438	0,003	0,468
			Hours of weekly exercise	0,331	0,022	0,371
Psychological	1	F=23,24; p=0,000 R=0,616; R ² =0,379	SE-Appearance	0,616	0,000	0,616
Social	1	F=6,49; p=0,015 R=0,382; R ² =0,146	SE-Performance	0,382	0,015	0,382
	2	F=8,56; p=0,001 R=0,562; R ² =0,316 Δ R ² =0,170; p=0,004	SE-Performance	0,606	0,000	0,541
			SE-Social	-0,470	0,004	-0,447

*all other predictors are excluded (β is not statistically significant)

The criterion variable Environment has no statistically significant predictors among variables used in a subsample of students of the Faculty of Sports and Physical Education.

Table 3

**Regression analysis: prediction models of Quality of life domains
on subsample of psychology students**

Criterion variable QOL	Model	Model summary	Predictor*	β	p	Part
Physical	1	F=18,78; p=0,000 R=0,501; R ² =0,251	SE-Performance	0,501	0,000	0,501
	2	F=12,43; p=0,000 R=0,558; R ² =0,311 Δ R ² =0,060; p=0,033	SE-Performance	0,557	0,000	,547
			Disinhibition	-0,251	0,033	-,283
Psychological	1	F=51,82; p=0,000 R=0,697; R ² =0,485	BE-Appearance	0,697	0,000	0,697
	2	F=30,96; p=0,000 R=0,731; R ² =0,534 Δ R ² =0,049; p=0,021	BE-Appearance	0,567	0,000	0,583
			SE-Performance	0,256	0,021	0,309
Social	1	F=25,37; p=0,000 R=0,552; R ² =0,304	SE-Social	0,552	0,000	0,552
	2	F=17,73; p=0,000 R=0,619; R ² =0,384 Δ R ² =0,079; p=0,009	SE-Social	0,620	0,000	0,609
			Disinhibition	-0,290	0,009	-0,338
Environment	1	F=11,97; p=0,001 R=0,414; R ² =0,171	BE-Appearance	0,414	0,001	0,414
	2	F=8,51; p=0,001 R=0,480; R ² =0,230 Δ R ² =0,059; p=0,041	BE-Appearance	0,468	0,000	0,462
			Disinhibition	-0,249	0,041	-0,266

*all other predictors are excluded (β is not statistically significant)

Results of regression analysis are further presented and discussed in following text.

Discussion of the results. In regression models tested on a subsample of sports and physical education students, all statistically significant predictors, except SE-Social, have a positive β coefficient. Similarly, SE-Appearance and Hours of weekly exercise together explain 31.8% of the Physical QOL variance, which indicates that sports students' perception is that the path to good body and physical health is partially through physical activity. SE-Appearance explains 37.9% of the variance of Psychological QOL in this subsample. We can summarize that predictor variables which mainly refer to self-esteem and acceptance of one's own physical appearance and physical activity, largely contribute to explaining the Physical and Psychological domains of quality of life in this subsample. In the subsample of sports and physical education students the Social QOL (31.6% of the variance explained) is assessed as better if they have more pronounced self-esteem in the field of intellectual abilities (SE-Performance), which they assess as important for adequate social relations, and if they have lower scores on SE-Social, which is somewhat unexpected. However, the scale Social QOL has unsatisfactory reliability of internal consistency, so this finding is possibly compromised.

In a subsample of psychology students SE-Performance and the sensation seeking dimension Disinhibition together explain 31.1% of the variance of Physical QOL. Psychological QOL is also explained by two statistically significant predictors: BE-Appearance that explains 48.5% of the variance of the criteria, and SE-Performance that explains an additional 4.9% of the Psychological QOL variance. In the final regression model 38.4% of the variance of Social QOL is explained by the dimensions SE-social and Disinhibition. For the criterion Environment, two statistically significant predictors were distinguished: BE- Appearance which explains 17.1% and Disinhibition which explains an additional 5.9% of the variance of the Environment. In a subsample of psychology students, of the above predictors, those related to the dimensions of body-esteem or self-esteem have a positive β coefficient and higher scores on them contribute to the assessment of quality of life as better. The predictor Disinhibition in all predictor models in which it occurs has a negative β coefficient, so we can conclude that in a subsample of psychology students disinhibited social behavior (reduced social restrictions, less restriction of social norms) contributes to lower quality of life in social relations and environment. Living according to the norms of the social community and fitting into it seems important for several aspects of the quality of life of psychology students. In addition, SE-Performance appears as a significant predictor for several aspects of quality of life, which may indicate greater investment of these students in this sphere of life, and perhaps the attitude that thoughtful, responsible behavior is necessary for physical and mental health. However, by far the best predictor of Psychological QOL is the dimension of

BE-Appearance that explains 48.5% of the variance of the criteria, which supports the idea of the key role of self-acceptance of one's own physical appearance for the mental health of these students. This result can also be explained with the importance of physical appearance in adolescence and value system in cultural context.

In recent years, research on body image, diet-related behavior, and perceived health competence has indicated that these concepts play a significant role in people's quality of life. Sanftner (2011) identified a significant impact of body image and eating habits perception on the quality of life of Americans. Cox et al. (2010) warn that individuals with greater body dissatisfaction are more prone to developing eating disorders and body dysmorphia, which can generally lead to a reduction in quality of life. In athletes, higher levels of subjective well-being are associated with a more positive body image (Petrie & Greenleaf, 2011). In a large student sample results showed that students who are less worried about body shape/with less pronounced body dissatisfaction, who perceive themselves as competent in health-related behavior, who study successfully and don't consume drugs, have a better quality of life (Silva, Campos, Morocco, 2018). Some other findings in this direction are those of Cox et al. (2011) and Kolodziejczyk et al. (2015) who assessed the relationship between some aspects of body image and quality of life in different samples and consistently verified that the greater the concern/dissatisfaction of individuals with the body, the poorer the quality of life. All these results, which show that the less concern about body shape in women and the less dissatisfaction with the general appearance of the body in men, the better the quality of life of these individuals, are in line with the findings of our research.

Conclusion. The percentage of variance of domains of quality of life explained by predictor models ranges from 20,9 % to 37.9% in the subsample of sports students, and from 23% to as much as 53.4% in the subsample of psychology students. In general, the dimensions of self-esteem and body-esteem stand out as good predictors of domains of quality of life (with positive β coefficients). Concerning the sensation-seeking dimensions, only Disinhibition is a statistically significant predictor of several aspects of QOL in a subsample of psychology students. In both subsamples the most important predictors for domain Psychological QOL were variables related to self-esteem and body-esteem in the field of physical appearance, which explain from 37.9% to 48.5% of the variance of the criteria, which is in line with the results of current research in this field. Given a certain overlap between the sub-dimensions of the BES and the Appearance from the SSES (on both subsamples the correlation of the scales range from 0.379 to 0.794), perhaps in the next study two subscales (SE-Performance and SE-Social) from the SSES, and instead of the SE-Appearance the whole BES could be used, having in mind the wealth of information it provides.

References

1. Anđelković V., Hadži Pešić M. Kvalitet života [Quality of life] // Odnosi na poslu i u porodii u Srbiji početkom 21 veka / ur. V. Hedrih, J. Todorović, M. Ristić. Niš: Filozofski fakultet, 2013.
2. Cox T.L., Zunker C., Wingo B., Thomas D.M., Ard J.D. Body Image and Quality of Life in a Group of African American Women // *Social Indicators Research*. 2010. Vol. 99. P. 531-540.
3. Cox T.L., Ard J.D, Beasley T.M., Fernandez J.R., Howard V.J., Affuso O. Body image as a mediator of the relationship between body mass index and weight-related quality of life in black women // *Journal of Women's Health*. 2011. Vol. 20, № 10. P. 1573-1578. DOI: 10.1089/jwh.2010.2637
4. Fox K.R. The influence of physical activity on mental well-being // *Public Health Nutrition*. 1999. Vol. 2, № 3a. P. 411-418.
5. Hadži Pešić M., Anđelković V. Subjektivno blagostanje [Subjective well-being] // Odnosi na poslu i u porodii u Srbiji početkom 21 veka / ur. V. Hedrih, J. Todorović, M. Ristić. Niš: Filozofski fakultet, 2013.
6. Harter S. Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents // *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* / ed. R. F. Baumeister. New York: Plenum, 1993. P. 87-116. URL: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4684-8956-9_5
7. Heatherton T.F., Polivy J. Development and validation of a scale for measuring state self-esteem // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. Vol. 60. P. 895-910.
8. Kolodziejczyk J.K., Gutzmer K., Wright S.M., Arredondo E.M., Hill L. [et al.]. (2015). Influence of specific individual and environmental variables on the relationship between body mass index and health-related quality of life in overweight and obese adolescents // *Qual. Life Res*. 2015. Vol. 24. P. 251-261. DOI: 10.1007/s11136-014-0745-1
9. Mendelson B.K., White D.R., Mendelson M.J. Manual for the body-esteem scale for adolescents and adults // *Res. Bull*. 1997. Vol. 16, № 2.
10. Petrie T., Greenleaf C. Body Image and Athleticism // *Body image – A Handbook of Science, Practice and Prevention* / ed. T. Cash, L. Smolak. New York: The Guilford Press, 2011.
11. Sanftner J.L. Quality of life in relation to psychosocial risk variables for eating disorders in women and men // *Eat. Behav*. 2011. Vol. 12, № 2. P. 136-142. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2011.01.003
12. Silva W.R.D., Campos J.A.D.B., Marôco J. Impact of inherent aspects of body image, eating behavior and perceived health competence on quality of life of university students // *PLoS ONE*. 2018. Vol. 13, № 6. e0199480. DOI: 10.1371/journal.pone.0199480
13. Todorović D., Zlatanović L., Stojiljković S., Todorović J. Povezanost perfekcionizma sa samopoštovanjem i depresivnošću kod studenata [Correlation between perfectionism and self esteem and depression in students] // *Godišnjak za psihologiju*. 2009. № 6. P. 173-184.
14. Zuckerman M. Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking. Cambridge University Press, 1994.
15. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group // *Psychological Medicine*. 1998. Vol. 28, № 3. P. 551-558.

EXHAUSTION - STRESS – RESILIENCE

H.-W. Gessmann

*ICCP – International Center of Clinical Psychology and Psychotherapy,
Aichach, Germany*

Summary. The number of people who suffer from a state of exhaustion is growing from year to year. Often they cannot cope with the daily work, which they have been performing for many years, and suffer from constant fatigue, they always want to sleep. I research the reasons and try to understand how you can not only help these people, but also increase their psychological stability in stressful situations. Research on stress in recent years has allowed us to learn a lot. They show the variety of possible causes of disturbances in the work of the stress-resistance mechanism. The results of studies in the field of psychological stability are also interesting, which made it clear why people do not get sick, despite the increased physical and psychological stress. In this talk, I want to talk about the latest research findings in the field of psychological resilience, and present the latest evidence from neurobiological research in the field of stress management. As examples, I have chosen the somatic effects of prolonged stress in type 2 diabetes and fibromyalgia. In the third and final part of the report, I will talk about possible preventive measures and voice effective therapeutic methods of treatment.

Key words: Exhaustion, fatigue, stressful situations, stress-resistance mechanism, psychological resilience, type 2 diabetes, fibromyalgia

Relevance. All individuals with no exception are subject to exhaustions as we go along with our respective daily lives. However, exhaustion—or burnout rather—always breeds stress; and when it reaches to extremities due to certain factors, the individual will most likely fall victim to a state of burnout. Burnout, defined as an occupational phenomenon, is a state characterized by exhaustion, negativism towards own professionalism, and reduced work effectiveness resulting from unmanaged chronic stress.

Causes and origins of burnout from varying sources range from bullying and personality disorders to a spoiled childhood, and/or an early social development into a feminized man which may likely cause a decreased stress endurance in later life. In some cases, a state of burnout may be viewed from a social perspective as a form of achievement within globalized capitalism (Egle & Klinger, 2012). In terms of social science, such phenomenon is illustrated as of an adaptation of complex interplay of factors between individual and organizational routines, which may be viewed as reflexive or intentional (Maslach et al., 2001).

For example, Sennett (1998) explains in his book “The Corrosion of Character” that “according to the slogans of the new order, dependence is a sin”.

The flexible person must act independently, for such autonomy is a prerequisite in order for current economic processes to function. Oskar Negt interprets this flexible person as “the uprooted person” (as cited in Egle & Klinger, 2012). As such, a lack of relationship is a basic principle of modern society, resulting to a lack of support in the private sector.

Organizational and individual factors influencing burnout. Körner (2003) defined the labor and organizational factors that influence burnout as—amongst others—excessive responsibility, restricted activity and options, lack of social support either in work or personal life or both, and conflicts in roles (as cited in Egle & Klinger, 2012). The state of clienteles may also play a role in causing burnout, especially if they are unmotivated, aggressive, and/or problematic in certain areas. The structure of the work in terms of anonymity and transparency, as well as the size of the organization further affect the interplay of such factors. These include work results not acknowledged nor recognized from both the clients and the organization. All the psychological stress and strain caused by the aforementioned factors are major triggers of burnout most especially in social professions.

On the other hand, the individual factors defined are subdivided into two: job-related attitude and personality traits. (Körner, 2003, as cited in Egle & Klinger, 2012). The former includes idealism, enthusiasm, a high sense of responsibility, and a compromising attitude where such unhealthy ideals lead to people no longer working so they may live, but rather living so they should work. There are also individuals with pronounced perfectionism which result to pressure generated to itself; but the individual in question may not recognize this and therefore the pressure is instead projected to their surrounding environment. Personal borders also cease to be perceived when there is high sense of social commitment and over-identification with the clients. Meanwhile, the personality traits include heightened fear, self-worth issues, and utter lack of self-confidence. Such traits are compensated for by actionism, a workaholic behavior, and a certain degree of aggressiveness, so as to imply importance on one’s self when working on multiple tasks. Such coping strategies are mostly passive, and indirect in nature and therefore any positive and/or negative events are not perceived as the result of one’s actions, but are defensively believed to be caused by environmental conditions. These individual traits further increase the vulnerability of an individual to a likely risk of burnout.

As implied earlier, occurrences of burnout are mostly observed in work places, especially of those with progressive and comprehensive rationalization in the company and professional specialization. Professions lacking of social recognition, or worse, looked down upon by the society may have adverse effects to the individual in terms of stress tolerance. Moreover, professions with increasing demands and stressful changes in values are further identified as triggers to burnout thus leads to a downfall of structure of in everyday life (Egle & Klinger, 2012).

Stress processing system. Recent neurobiological studies explain a connection between the stress processing system in the brain and the vegetative nervous system, as well as the hormone axis between the brain and the adrenal gland, or the adrenal cortex and the adrenal medulla. This pituitary adrenal cortex (HPA axis) is activated when stress is processed and then releases cortisol in the adrenal cortex after a triggered sequential reaction. Then, glucocorticoid receptors regulate the cortisol release in the adrenal cortex by providing feedback when there is sufficient concentration. The more of these receptors there are, the lower the cortisol level in the blood - thus indicating a higher stress tolerance.

As stress occurs, the brain activates particularly in the hypothalamus and releases the stress hormones most especially corticotrophin-releasing hormones (CRH) and the messenger arginine-vasopressin (AVP). These two stress hormones activate the two axes between the sympathetic and parasympathetic nerves, the locus-caeruleus-norepinephrine axis (LC - NE axis), and the HPA axis, which then releases adrenaline and noradrenaline in the adrenal medulla and cortisol in the adrenal cortex.

At eustress, the messenger brain-derived neurotrophic factor is released which is required to expose nerve tracts in the brain to synapses. Eustress is therefore a prerequisite for learning, as it presupposes—for synapse connection (synaptogenesis). More exposure to a certain situation increases the effectiveness of the nerve connection; the situation is therefore more efficiently carried out, which also reduces the stress response and hormone release.

The stress processing system may also evolve to adapt in changing environmental influences, whenever the inner balance is threatened. This balance (allostasis) is restored through neuronal, hormonal and behavioral programs anchored in the genes. Messenger substances are released, activating the connection between brain and body. Equilibrium (homeostasis) is attained again once the stress-causing situation is handled and managed.

Moreover, CRH and AVP are released in a much larger amount when persistent stress is continuously experienced, leading to an excessive release of cortisol and significantly increased its concentration level. A certain extent of increased cortisol level may cause negative effects on different areas of the brain, thus restricting synaptogenesis and learning ability. However there is a distinct difference of affected areas on the brain, depending on the kind of stress whether it is physical or psychological. Physical stress will mainly damage the hippocampus and amygdala, but psychological stress includes especially the prefrontal cortex as one of the affected areas. The said areas are further affected by nerve degradation, restricting the cognitive assessment in managing stress. The amygdala, however, grows instead, making it more active and creates somatization

Adaptation usually takes place in that same situation in stress processing as long as it is eustress.

However, with changing stress situations that prevent possible adaptation, there is an extended, persistent stress reaction that does not subside.

Such somatization could also lead to certain types of depression. The stress processing system eventually fails to work—not even with eustress—helplessly exposing the individual to stress factors. This will inevitably lead to prolonged burnout and cause high risks of cases of chronic fatigue syndrome (CFS) or fibromyalgia syndrome.

Epigenetics. In the subject area of epigenetics, the interaction between the existing genetic makeup and the environmental factors is described. For example, this explains to how and why humans and earthworms differ so much in so many aspects (i.e. appearance, behavior, etc.), but still share 90% of same genome with each other. The answer: it is not only due to genome itself, but also the environment and its interactions with the environment that take place.

To elaborate further, test subjects of chimpanzees in a stress study (USA) were examined for their serotonin transporter gene. Two different combinations of inheritance from father and mother are possible: (1) short part and long part and (2) two long parts. In the experiment, the chimpanzees with the different genetic makeup were put under stress and the ACTH from the HPA axis was examined as a stress marker; this results to hardly any difference at all before and after the event of stress. This concludes to not only the genetic makeup being the decisive factor, but the early life experiences of either care or neglect. A large difference in the ACTH release before and after the stress could be found in the neglected chimpanzees with the genetic combination “short-long”; early interaction with the organism’s environment caused the increased sensitivity to stress, as measured with the ACTH release.

A different study by a research group from Canada led by Michael Meaney (2001) has carried out experiments on the influence of childhood attachment experience in rats on certain stress-relevant parameters. An intensive bond between the rat mother and her baby affects, among others, a specific area in the brain metabolism. The expression of Neurotrophic Factor 1A is of great importance in the learning process when connecting exposed synapses. As such, it is concluded that cuddling and grooming is an important basis for learning abilities in later life, making the learning processes less stressful for the individual. Second, childhood attachment experiences affect a particular gene segment that is responsible for two tasks: (1) the expression of glucocorticoid receptors (docking sites in the brain keep cortisone levels in the blood low and help deal with stress and (2) the expression of oxytocin (binding hormone). This gene segment is surrounded by a form of shell, which is broken down by the physical proximity between mother and child, whereby the gene segment comes into effect. Once more through epigenetics - the crucial point is that, the envelope of the gene segment is degraded by the positive environmental influences. The experience of close bond with the mother in childhood leads to the same behavior towards the children in the adult rat, transferring the positive

phenomenal effect of physical closeness is to the next generation. The physical proximity that a rat mother gives to her baby makes her rat more lifelong stress-resistant and she is able to pass on this potential to her children without the genes having changed due to the early positive environmental influences.

Overall, close ties (in the form of cuddling and grooming) creates positive influences for stress sensitivity for later life. The inheritance does not run through the genes, but through the interaction of environmental influences and the genes. The early attachment leads to increased stress resistance in adulthood through epigenetic changes and a transgenerational transmission due to the combination of attachment and stress resistance.

Stress and Type 2 diabetes. Type 2 diabetes mellitus has long been considered an established disease without a psychosomatic cause due to it being a metabolic disease. However in as early as the 17th century, English doctor Thomas Willis (1675) noticed that most people experiencing severe stress, sadness and suffering later developed diabetes. Menninger (1935) conducted a study based on this and hypothesized the existence of psychogenic diabetes and spoke of “diabetic personality”, noticing that during clinical examinations, there were certain personality traits that occurred frequently in diabetes patients. However, it could not be clarified whether the personality was the cause or the consequence of the diabetes.

Later on, various studies from 2006 to 2008 found a connection between anxiety and depression and the risk (+ 37 to 50%) of developing diabetes. However, these correlation studies do not provide any background information. Further studies show an increased risk of diabetes due to stressful life events, emotional stress, anger, hostility and sleep disorders.

In stressful situations, the allostasis system continues to help the body function well. If this system gets into an imbalance, it also affects the central processing in the brain. When processing a large amount of stress, the amygdala is activated, which causes glutamate to be released into the paraventricular nucleus (midbrain), from where there is a direct connection between the autonomic nervous system (sympathetic, parasympathetic and HPA axes) into the beta cells of the islets of Langerhans. This means that there is a direct activation of insulin secretion. This is necessary so that the brain gets as much glucose as possible in order to be able to process the stress. The coordination between glutamate 1 and glutamate 4 receptors determines whether the energy goes to the muscles and fat or to the brain (glucose metabolism). This process is called “brain pool”. The brain is a kind of attractor because it tries to get as much glucose as possible.

If the stress to be processed is so strong that the glucose is insufficient - in the case of chronic psychosocial stressors - a cerebral programming error occurs. In childhood, this can be characterized by emotional neglect or by prenatal or perinatal complications and by food-related signals. In addition to the imprints from early childhood, there are false signals (e.g. from psychotropic

plants and opiates). The latter intervene in the “diabetes metabolism” due to their counterproductive effect (after four months of use, the pain receptors are reprogrammed to increase sensitivity to pain). Structural disorders (e.g. a brain tumor) are rarely the cause of a disorder of the brain metabolism due to the aforementioned cerebral programming by early stress, resulting to increased food intake as the brain sends the message to the body that it needs more glucose to handle the constant stress. This can unbalance the need for food and the food intake. This can lead to obesity and the body pool as a second mechanism.

The body pool meant that the glucose, e.g. B. stored in the liver is not sufficient, which is why more glucose is required through food intake. This leads to obesity, which increases the risk of developing type 2 diabetes. However, the body pool mechanism already increases the risk of developing diabetes. That is why the term “selfish brain” was created.

This scientifically clarifies the connection between the early childhood stress factors and the low life expectancy due to various diseases: diabetes, chronic obstructive pulmonary diseases.

Chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia (FA). The ICD-10 diagnosis for the chronic fatigue syndrome lies within the neurological disorders section; G9.3 chronic fatigue syndrome in immune dysfunction is synonymous with benign myalgic encephalomyelitis and post-viral fatigue syndrome. Such diagnosis is confirmed only with excluded symptoms such as the following: depression, anxiety disorder, malignant disease, and sleep apnea, underactive or overactive thyroid, thyroiditis pernicious anemia; vitamin B12 deficiency, chronic hepatitis, diabetes mellitus, anemia, hemochromatosis, HIV/AIDS, hypercalcemia, Addison’s disease, Celiac disease, multiple sclerosis, myasthenia gravis, Parkinson’s disease, polymyalgia, myopathies, sarcoidosis, lupus erythematosus and Lyme disease.

The CDC criteria for CFS were established in 1994 to distinguish it from several other exhaustion disorders, with the main criteria (i.e. unexplained yet clinically proven chronic fatigue, determinable starting time, no improvements through rest, no consequences of overload, burdens all aspects of everyday life, and persists longer than six months) and the secondary criteria (i.e. short-term memory, restricted concentration, sore throat, headaches, armpit lymph nodes, muscle/joint pain, etc.)

The actual cause of CFS has not exactly been clarified yet but there are biological stressors and psychosocial disorders that can become triggers. It is still a question of etiology and pathogenesis. Various viruses may trigger CFS specifically as biological stressors, but not exactly as its casual factors. For some researchers, the question of immunological causes is still in the foreground.

In 2009, a study was published by the Whittemore Peterson Institute that showed a connection between CFS and the retrovirus XMRV (Mikovits et al., 2009). As a result, the immunologists felt confirmed and the discussion about

the cause of CFS reignited. Four different working groups tried to replicate this, but none succeeded. All samples were contaminated with a retrovirus, which had nothing to do with the clinical picture and as such, the work was withdrawn in 2011 (Boseley, 2010).

A study on personality disorder related to CFS showed a 4-fold proportion of people with personality disorder than the normal population. The most significant are: schizoid, borderline, avoidance, compulsive and depression. These personality disorders lead to unstable relationships and an unhealthy lifestyle. People with personality disorders often show a low willingness to cooperate in treatments and therapies are often discontinued (Nater et al., 2010).

Another study revealed that childhood stress factors are 5-6 times more common in the history of CFS patients than in the control group. These results could not be published in the 1990s because the reviewers attributed the results to an overestimation of the impact of childhood stress factors. (Heim et al., 2009)

Consequently, there seems to be a large overlap between CFS and FA. The diagnosis for FA took place via the 18 tender points (tendon attachment points) If a general pressure on 11 out of 18 points causes a reaction in the patient and these 11 points are distributed over the four quadrants (the navel corresponds to the origin) of the body, the diagnosis is considered positive. Attempts have been made to sublimate the FA among other rheumatological diseases. FA is the only disease that has patent protection. This is legally relevant for those affected to ensure that they suffer from a recognized illness and do not simulate it. However, there is no evidence of a relevant muscular disorder as the cause. Rather, this is the result of the disease, but not the cause. The muscles change through permanent protection. Since 2003, the 18 tender points have no longer been used as a scientific diagnostic method for FA because it was not valid and reliable. Rheumatological treatment (psychological counseling, relaxation procedures for coping with pain) helps superficially but does not address the causes (Wolfe et al., 1990).

The pain sensitivity of those affected is increased on every area of the body—which is why the 18 tender points have been abandoned—indicating central sensitization processes. This can also affect other sensory perceptions (e.g. noise sensitivity). Increased fatigue, fatigue, sleeping disorders, cognitive impairment are common in this patient group and the whole is pathogenically heterogeneous, i.e. it is a syndrome and not a clinical picture. This shows the large overlap with the CFS. Depending on what the patient puts in the foreground—pain or exhaustion—the diagnosis fails. That is why there is a new diagnostic procedure. Wolfe - who is also responsible for the 18 tender points - has divided the body into 19 areas. The severity depends on the four additional criteria in addition to the number of areas affected by the pain: fatigue; sleeping disorder; cognitive impairment; dizziness, irritable colon, and/or depression. Depending on the severity, the individual additional criteria

give points between 0 and 3, which can add up to 12. This descriptive diagnosis no longer focuses only on pain and recognizes the symptoms of the somatization disorder as a psychosomatician (Wolfe & Häuser, 2011).

The pathogenesis model of FA starts with early stress experiences and occasionally a genetic predisposition, leading to increased stress vulnerability. Afterwards, those affected are exposed to biological stressors and often psychosocial stressors; chronification is favored by the self-help groups (patient-related factors) and rheumatological treatment (iatrogenic factors). In psychosomatic treatment, the patient is often worked on both the pathogenically relevant parameters and the chronification parameters. FA is treatable and after a short time the pain disappears through adequate psychosomatic treatment. A differentiation is needed in what is behind it. The mental disorder with the main symptom of pain is often a somatoform pain disorder or somatization disorder, but also a post-traumatic stress situation—which is often overlooked. The functional pain syndrome must be differentiated from this, which is often due to anxiety disorders or an anankastic personality disorder. With a correct differentiation, the causes can be treated specifically, which leads to efficient improvement and healing.

Prevention and therapy. There are three main levels of prevention: primary, secondary and tertiary; primary level of prevention mainly focuses on preventing unfavorable environmental influences leading to far-reaching negative influences in childhood.

One major approach to prevent these early influences is parent-training programs such as Faustlos and PALME. Faustlos is a program “that has been developed for the prevention of aggression and potentially violent behavior in children...” (Krannish et al., 1997); teachers will role play conflict situations with the children and solve for a non-violent solution. Meanwhile the PALME is preventive training for single mothers-and may also include fathers-based on attachment theory and psychodynamic-interactional approaches (Franz et al., 2011).

Another approach is to teach mindfulness. The raisin method is a mindfulness training for stress prevention and can be used if these criteria are met: daily recurring experiences; relatively little time is taken up; patient enjoys it; not too many different raisins; and can be integrated into a ritual. Biofeedback is a psychosomatic method. The patient is exposed to a mild stress situation and the stress effect in the brain is visualized. The decisive factor is not the impact of stress on the brain, but the time it takes to return to a normal level. The visual representation gives the patient a good idea of the psychosomatic relationships. Those affected can use the curves to relate their feelings to their respective status.

Many patients suffer from the unfavorable combination of putting the basic needs of control and self-esteem in the foreground and neglecting pleasure gain and attachment. This imbalance leads to perfectionism, fear of the new,

low adaptability, actionism, controlling others and increasing self-esteem to feeling inferiority, etc. These interplays of factors overwhelm the self, inevitably leading to burnout.

The approach in therapy is then to integrate more happiness and healthy relationships into the life of the person concerned. A central element of therapy should also focus on conflict management strategies. It is important for those affected to replace immature conflict management strategies with mature ones, so that they can recognize and experience the advantages of anticipation, sublimation and humor in everyday situations in which they have felt themselves to be victims and have become involved in auto-aggressive conflict management.

Conclusion. Overall, any form of prevention, therapy, and/or treatment of exhaustion or burnout are only sustainable only when taking careful considerations specifically of its origins and roots.

References

1. Boseley S. Research casts doubt over US chronic fatigue virus claim. UK study fails to find proof of headline-grabbing American study into test for ME/CFS. The Guardian. 2010. URL: <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2010/jan/06/chronic-fatigue-syndrome-xmr-v-virus> (date accessed: 10.09.2020).
2. Egle U.T., Klinger D.CH. Exhaust, Stress, Resilience. Retrieved from Celenus Kliniken Lindau Psychotherapy Weeks Clinical Lecture 2nd Week. 2012.
3. Franz M., Weilhrauch L., Schäfer R. PALME: a preventive parental training program for single mothers with preschool aged children // J. Public Health. 2011. Vol. 19. P. 305-319. DOI: 10.1007/s10389-011-0396-4
4. Heim C., Nater U.M., Maloney E., Bonev, R., Jones J.F., Reeves W.C. Childhood trauma and risk for chronic fatigue syndrome: association with neuroendocrine dysfunction // Archives of General Psychiatry. 2009. Vol. 66, № 1. P. 72-80. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.508
5. Krannich S., Sanders M., Ratzke K., Diepold B., Cierpka M. FAUSTLOS--Ein Curriculum zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern [FAUSTLOS--a curriculum for promoting social competence and preventing aggressive and violent behavior in children] // Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 1997. Vol. 46, № 3. P. 236-247.
6. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout // Annual review of psychology. 2001. Vol. 52. P. 397-422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.39
7. Meaney M. Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations // Annual review of neuroscience. 2001. Vol. 24. P. 1161-1192. DOI: 10.1146/annurev.neuro.24.1.1161
8. Menninger W.C. Psychological factors in etiology of diabetes // J. Nerv. Ment. Dis. 1935. Vol. 81. P. 1-13. DOI: 10.1097/00005053-193501000-00001
9. Mikovits J.A., Lombardi V.C., Pfost M.A., Hagen K.S., Ruscetti F.W. Detection of an infectious retrovirus, XMRV, in blood cells of patients with chronic fatigue syndrome // Virulence. 2009. Vol. 1, № 5. P. 386-390. DOI: 10.4161/viru.1.5.12486
10. Nater U.M., Jones J.F., Lin J.S., Maloney E., Reeves W.C., Heim C. Personality Features and Personality Disorders in Chronic Fatigue Syndrome: A Population Based Study // Psychother. Pyschosom. 2010. Vol. 79, № 5. P. 312-318. DOI: 10.1159/000319312

11. Sapolsky R.M. Stress, the Aging Brain and the Mechanisms of Neuron Death. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 1992.
12. Sennett R. The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism. New York: W. W. Norton, 1998.
13. Willis T. Pharmaceutice rationalis. Sive diatribe de medicamentorum operationibus in humano corpore. Oxford: E Theatro Sheldoniano, 1675.
14. Wolfe F., Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria // Annals of medicine. 2011. Vol. 43, № 7. P. 495-502. DOI: 10.3109/07853890.2011.595734
15. Wolfe F., Smythe H.A., Yunus M.B. [et al.]. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia // Arthritis and Rheumatism. 1990. Vol. 33, № 2. P. 160-172. DOI: 10.1002/art.1780330203
16. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. URL: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ (date accessed: 28.05.2019).

УДК 159.9

IMPORTANCE OF COMMUNICATION IN REDUCING ADOLESCENT VIOLENCE

Zita Gierasimovic¹, Zyta Kuzborska²

¹Vilnius University, Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences, Vilnius, Lithuania

²Vilnius Gediminas Technical University, Vilnius, Lithuania

Summary. A number of methods to reduce violence have been developed; however, they are not always effective. Special attention is devoted to the prevention of violence among adolescents and the explanation of the consequences of harmful habits to their health.

The aim of the investigation is to evaluate the importance of drama games to the communication between adolescents. As many as 24 adolescents of different ages who are being treated for dependence on psychoactive substances took part in the investigation. Drama games were made use of in the investigation. During the game the adolescents were taught how to behave when communicating with one another and how to deal with awkward and conflict situations. It was established that as many as one the fourth of the adolescents witnessed acts of violence in their family or at school without taking part in them. More than half the adolescents have confronted with the acts of violence and one the third of the adolescents have committed acts of violence themselves. Boys more often choose violence. One the fourth of the girls observed violence but did not take part in it. One the third of the adolescents found the game activities attractive and understandable, whereas the preventative measure was inefficient for the remaining part. Games had a positive impact on the development to communication skills. After the games the behaviour of the adolescents in different situations differed sta-

tistically significantly, cases when conflicts were handled in a peaceful way became more frequent.

Key words: communication, psychoactive substances, violence, drama games, preventative measures

Relevance. During an act of violence an individual does not feel safe, he/she experiences fear that possible attacks might repeat themselves. Forms of physical and psychological violence occur most often. Verbal aggression is more common among girls, whereas boys express their negative emotions in a more aggressive form, Stecky and Little, (2008). The manifestation of violence is the result of an antisocial behaviour in the family. Adolescents experience a lack of attention on the side of the people surrounding them, and the subtlety of the situation needs “pseudo” compensation for violence, the empty niche is filled with psychoactive substances and their active use (Braithwaite, 2017).

Communication is beneficial as it helps the internal limits of an adolescent to be assessed and be directed towards a healthy lifestyle. The drama game is one of the forms of communication stimulating an adolescent’s interests, encouraging him/her to express his/her opinion, developing his/her feeling of personal value, the ability to communicate (Žygaitienė B, 2016). During the game, in carrying out the assignment, an adolescent takes a decision, learns to recognise emotions, overcomes the fear of making a mistake (Białecka-Pikul, 2017). Adolescents who are initiators of the acts of violence tend to develop dangerous habits. Consequences of the acts of violence that adolescents are subject to might be different, they lose the wish to attend school and the relationships with their classmates become strained, unfriendly (Achenbach, 2017).

The aim of the investigation is to evaluate the importance of drama games to mutual communication between adolescents.

Materials and methods of the investigation. The investigation was carried out at the Social Rehabilitation and Integration Centre in the city of Vilnius during a two-month adaptation period where the adolescents were treated for dependence on psychoactive substances. The criteria for selecting the investigation subjects were as follows: they were treated at the Social Rehabilitation and Integration Centre; all of them were diagnosed with dependence on psychoactive substances; they agreed to take part in the investigation voluntarily. A permission to carry out the investigation was obtained from the administration. Drama games were made use of in the investigation, the participants in the investigation were familiarised with the aim and course of the investigation. During the games the adolescents were taught how to communicate with one another and how to deal with conflict situations. The aim of the games was to encourage the adolescents to get to know themselves and to promote mutual communication, to teach them to deal with the developed situation and to build up self-confidence. The sessions took place three times, the duration of the game was 45 minutes, a social worker observed the games. The instrument

of the investigation was an anonymous questionnaire survey. The respondents were interviewed before and after the third game.

The research results. A total of 24 adolescents (seventeen boys and seven girls) of different ages and from a different social background participated in the investigation. The age of the investigation subjects was as follows: 4.2 % of the respondents belonged to a 7-12-year-old age group, 79.2 % of them belonged to a 13-16-year-old age group and 16.7 % of the respondents belonged to an age group consisting of the adolescents over 17 years of age. The majority, 79.2 % of the adolescents, admitted that they had confronted with cases of violence and anger in the family and 83.3 % of the adolescents often faced the manifestation of aggression at school, and the concept of anger and aggression was understandable to them. It is quite often that 47.4 % of the boys in a 13-16-year-old age group are aggressive and 50 % of the adolescents – one girl and one boy from the age group consisting of the adolescents of over seventeen years of age showed no signs of aggressiveness (Table 1).

Table 1

Actions of adolescents in cases and anger depending on the gender of the respondents

Adolescents' response/actions to violence (n=24)		Boys n (%)	Girls n (%)	χ^2 ; p
Have the opportunity to watch cases of violence and anger in the family	Often	11 (78.6)	3 (21.4)	1.14; 0.769
	Sometimes	3 (60.0)	2 (40.0)	
	Pay no attention to it	2 (66.7)	1 (33.3)	
	Have no opportunity to do that	1 (50.0)	1 (50.0)	
Have the opportunity to watch cases of violence and anger at school	Often	9 (69.2)	4 (30.8)	1.61; 0.448
	Sometimes	6 (85.7)	1 (14.3)	
	Have no opportunity to do that	2 (50.0)	2 (50.0)	
Solution of the situation/problem	I often help defend/stand up for the victim	2 (100)	0	1.65; 0.895
	I sometimes help defend/stand up for the victim	4(80.0)	1(20.0)	
	I watch the situation but do not participate in it	3(60.0)	2 (40.0)	
	I withdraw from a conflict situation	2 (66.7)	1(33.3)	
	I notify other/older members of the family thereof	3(75.0)	1(25.0)	
	I do nothing	3(60.0)	2(40.0)	

Have you ever happened to use aggression against others when solving problems?	Always	0	0	1.65; 0.724
	Often	7(77.8)	2(22.2)	
	Rarely	9(69.2)	4(30.8)	
	Never	1(50.0)	1(50.0)	

During the investigation it was established that 20.8 % of the respondents, including one (4.2 %) from a 7-12-year-old age group, watched cases of aggression and violence, did not use aggression as a tool to resolve the problem, did not undertake any actions to put a stop to aggression, and 8.3 % of the respondents-girls from the age group consisting of the adolescents of over 17 years of age resolved the problems by means of physical actions (physical violence) and the improper language (verbal violence). Among the girls, one (4.2 %) from a 13-16-year-old age group did not use physical actions to resolve the problem but notified the senior members of the family/the team thereof. One the fifth (20.8 %) of the adolescents watched situations involving aggression without participating in them. 28.6 % of the girls indicated that they nicknamed and during verbal aggression used the obscene language, whereas 52.9% of the boys nicknamed. 76.5% of the boys, and 71.4% of the girls irrespective of their age group, during verbal aggression resorted to threatening. More than half of the boys indicated several variants of verbal aggression applied: 88.2% of the boys indicated threatening-nicknaming, 41.2% of them used abuse. Several variants of verbal aggression were indicated by the girls: 57.1% of the girls indicated abuse –nicknaming and 28.6% – harassment and nicknaming, 42% of the girls used threatening-nicknaming.

When assessing the respondents' answers to the questions of the questionnaire after the extra curriculum activities, the following was established: 33.3% of the respondents often watched violent programmes on TV, more than half the respondents spent their leisure time playing computer games. It seems that 75.0% of the respondents associated all kinds of their occupation during their leisure time with new impressions, whereas for 29.2% of the adolescents this was resting and withdrawal from all the problems that arose. Seventeen (70.8%) adolescents from a 13-16-year old age group chose an entertaining kind of occupation, three (12.5%) respondents, who belonged to an age group consisting of the adolescents of over 17 years of age, chose a cultural kind of occupation. Six (25.0%) adolescents indicated occupation of a social direction, and three (12.5%) adolescents from a 13-16-year old age group indicated an intellectual kind of occupation, 20.8% of the respondents indicated pursuits devoted to communication.

When assessing the respondents' answers to the questions of the questionnaire after the third session, the following was established: 66.7% of the respondents often watched violent programmes on TV, more than half

the respondents spent their leisure playing computer games. It seems that 54.2 % of the respondents associated all kinds of their occupation during their leisure time with new impressions, whereas for 20.8 % of the adolescents this was resting and withdrawal from all the problems that arose. Seventeen (70.8 %) adolescents from a 13-16-year-old age group chose an entertaining kind of occupation, one respondent (4.2 %) who belonged to an age group consisting of the adolescents of over 17 years of age chose a cultural kind of occupation. Four (16.7%) adolescents indicated occupation of a social direction, and three (12.5%) adolescents from a 13-16 year-old-age group indicated an intellectual kind of occupation, 58.3 % of the respondents indicated pursuits devoted to communication.

Activities encouraging communication. 12.5% of the adolescents in the age group consisting of the adolescents of over 17 years of age dealt with a conflict situation/problem with the help of these games, 8.3% of the respondents indicated that this was a means to reduce the internal tension.

20.8% of the respondents indicated that games had an impact on the development of communication skills, a better understanding of the team members, and 37.5% of the respondents from a 13-16-year-old age group found that it made communication with the age group consisting of older people easier (Table 2).

25.0% of the respondents thought that the function of games was recreational, five (20.8%) respondents indicated that this was an entertainment devoted to reducing tension. 16.7% of the respondents from a 13-16-year-old age group were of the opinion that this was relaxation, which did not require much energy and health. Games encouraged the development of communication skills and the preparation for the future, this was what 88.2% of the boys and 100.0% of the girls thought.

Table 2

The impact of activities on adolescents depending on the gender of the respondents

Purpose of activities, (n=24)	Boys, n (%)		Girls, n (%)		χ^2	p
	Yes	No	Yes	No		
Forming the features of the character	2 (11.8)	15 (88.2)	1(14.3)	6(85.7)	0.03	0.87
Teaching how to behave in different situations	1(5.9)	16 (94.1)	3(42.9)	4(57.1)	4.88	0.03*
Having an impact on the development of communication skills	7 (41.02)	10 (58.8)	5 (71.4)	2(21.6)	1.82	0.18
Building up self-confidence	5 (29.4)	12 (70.6)	4 (57.1)	3(42.9)	1.63	0.20

Strengthening social contacts	5 (29.4)	12 (70.6)	3(42.9)	4 (57.1)	0.40	0.53
Helping to resolve conflicts	8 (47.1)	9 (52.9)	6 (85.7)	1(14.3)	3.05	0.08
Suppressing anger, aggression and desperation	3 (17.6)	14 (82.4)	2 (28.6)	5(71.4)	0.36	0.55
Decreasing tension	2 (11.8)	15 (88.2)	1(14.3)	6(85.7)	0.03	0.87

The respondents (n=24), four of whom (16.7%) were from the age group consisting of the individuals of over 17 years of age specified that the investigational function of games was interesting (Table 3).

Table 3

Features and the purpose of extra curriculum activities depending on the gender of the respondents

<i>Games, (n=24)</i>	Boys, n (%)		Girls, n (%)		χ^2	p
	Yes	No	Yes	No		
<i>Features of extra curriculum activities</i>						
Preparation for the future	13 (76.5)	4(23.5)	5 (71.4)	2(28.6)	0.07	0.80
Relaxation (depletion of the excess of energy)	11(64.7)	6(35.3)	1(14.3)	6(85.7)	5.04	0.03*
Reduction of tension	14 (82.4)	3(17.6)	4 (57.1)	3(42.9)	1.68	0.20
Experience of socialisation	8 (47.1)	9(52.9)	1 (14.3)	6(85.7)	2.27	0.13
Knowing how to be a member of/how to play in a team	6 (35.3)	11(64.7)	3 (42.9)	4(57.1)	0.12	0.73
<i>Contents of extra curriculum activities</i>						
Must be attractive, new	15 (88.2)	2(11.8)	5 (71.4)	2(28.6)	1.01	0.32
Must generate interest	11(64.7)	6(35.3)	1(14.3)	6(85.7)	5.04	0.03*
Must develop the skills of independence	12 (70.6)	5(29.4)	6 (85.7)	1(14.3)	0.61	0.44

The respondents (n=24) took an active part in the preventative measures. It became clear that 87.5% of the investigation subjects participated in lectures and workshops (on the themes of communication), and (75.0%) of the respondents (including 16.7% of the girls and fourteen (58.3%) boys) took part in the discussions willingly. Nineteen (79.2%) respondents participated actively in the agile extra curriculum activities/games, and fifteen (62.5%)

respondents acquired certain communication skills during the outings. One (4.2%) respondent from the age group consisting of the adolescents of over 17 years of age indicated that quizzes were the most unpopular and little known preventative measure, 8.3% of the respondents from a 13-16 year old age group considered the competition of drawings and compositions to be unpopular preventative measures, 12.5% of the girls attributed film reviews to this type of preventative measures and 12.5% of the respondents from a 13-16-year-old-age group regarded the team game “work of a security guard” as unpopular.

Discussion of the results. More than half the respondents admitted that they were familiar with the concept of violence; they had confronted with aggression in the family and at an educational institution. Our investigation shows that depending on the gender, half the boys and girls did not engage in violence and did not experience violence in the family. Meanwhile, the majority of the boys and one the fourth of the girls often witnessed acts of violence in their families. There are no statistically significant differences in the answers of the boys and girls ($p=0.32$).

The results of our investigation showed that the respondents attending the Social Rehabilitation and Integration Centre were only sometimes aggressive. Similar data were obtained during our investigation when studying the school environment — 30.8% of the girls witnessed and suffered from violence and 22.2% of them committed acts of violence themselves. One the fourth of the girls watched the conflict situation but did not take part in dealing with that situation. In case of our investigation, though quite rarely, our respondents had to commit acts of violence themselves and experience violence. Aggression attacks, however, manifested themselves rather seldom. Sometimes they helped to defend the victim.

The comparison of the answers given by boys and girls confirmed the fact that games had a positive impact on reducing the number of the acts of violence, especially if the communication activities related to the behaviour in different situations ($p < 0,05$).

The data of our investigation suggested that the adolescents assessed games intended for relaxation in the positive ($p=0.03$). These activities reduced the number of aggression cases and eliminated the causes of violent behaviour in all age groups of the investigation subjects irrespective of their gender, ($p=0.03$).

After the games, intercommunication between the adolescents and their parents intensified by as much as six times, and the number of cases when the adolescents gave priority to violent TV programmes decreased twofold.

The behaviour of the adolescents changed after the investigation, they received assistance from their peers more often.

The results of the investigation revealed that the behaviour of the adolescents was statistically significant in different situations, cases of resolving

conflicts in a peaceful way became more frequent, $p < 0,05$. Communication with the team members built up self-confidence of the adolescence in dealing with the cases of violence.

Conclusions. One the fourth of the adolescents sometimes had a chance to watch acts of violence without taking part in them; more than half the adolescents was subject to violence and one the third of the adolescents often committed acts of violence themselves. Boys choose violence more often, though sometimes they help to defend the victim.

1. In most cases, the adolescents assess communication as a preventative measure in the positive. Before the game the majority of the adolescents gave priority to watching violence programmes, computer games; after the game the behaviour of one the third of the adolescents changed, the cases of solving conflicts in a peaceful way became more frequent, half the adolescents looked for the new forms of entertainment, they communicated with their parents six times more often than they did before that activity. One the third of the adolescents found games in a team attractive and understandable, whereas the preventative measure had no effect on the remaining adolescents.

References

1. Achenbach T.M., Ivanova M.Y., Rescorla L.A. Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½–90+ years: Developmental, multi-informant, and multicultural findings // *Comprehensive Psychiatry*. 2017. Vol. 79. P. 4-18. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.03.006
2. Bialecka-Pikul M., Kołodziejczyk A., Bosacki S. Advanced theory of mind in adolescence: Do age, gender and friendship style play a role? // *Journal of Adolescence*. 2017. Vol. 56. P. 145-156. DOI: 10.1016/j.adolescence.2017.02.009
3. Braithwaite E.C., O'Connor R.M., Degli-Esposti M., Luke N., Bowes L. Modifiable predictors of depression following childhood maltreatment: a systematic review and meta-analysis // *Translational Psychiatry*. 2017. Vol. 7. P. e1162. DOI: 10.1038/tp.2017.140
4. Braams B.R., Crone E.A. Longitudinal changes in social brain development: Processing out comes for friend and self // *Child Development*. 2016. Vol. 88, № 6. P. 1952-1965. DOI: 10.1111/cdev.12665
5. Ensink K., Bégin M., Normandin L., Godbout N., Fonagy P. Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2017. Vol. 18, № 1. P. 11-30. DOI: 10.1080/15299732.2016.1172536
6. Žygaitienė B., Veličkienė J. Collaboration of the Family and the School in Prevention of Adolescent Delinquent Behaviour // *Pedagogika*. 2016. Vol. 122, № 2. P. 60-75.
7. Card N.A., Stucky B.D., Sawalani G.M., Little T.D. Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment // *Child Development*. 2008. Vol. 79. P. 1185-1229.

THE RELATIONSHIP BETWEEN STRESS, BURNOUT AND AEROBIC CAPACITY AMONG PHYSIOTHERAPISTS

**Jurga Indriuniene, Indre Nakutaviciute, Ruta Petravičienė,
Ruta Dadelienė, Inga Muntianaitė**

*Vilnius University, Faculty of Medicine, Institute of Health Sciences
Department of Rehabilitation, Physical and Sports Medicine
Vilnius, Lithuania*

Summary. Medical professionals experience more work stress than other specialties, furthermore, many results of different researches have shown that the level of stress continues to grow. When stress persists, it becomes chronic and negatively affects a person's physical and mental health. Work related stress is associated not only with burnout, exhaustion, but also with increased morbidity, chronic diseases and especially with cardiovascular disorders. The aim of our research was to determine the relationship between stress, burnout and aerobic capacity among physiotherapists. The research included 30 participants, who completed two questionnaires about stress and burnout and performed two tests for aerobic capacity evaluation. 80 percent of physiotherapists were experiencing low, medium or high level stress. Burnout was found in 23 percent of participants. 64 percent of subjects' aerobic capacity was evaluated as average and 16 percent of subjects had poor and very poor aerobic capacity. 20 percent of the participants' tonus of sympathetic part of autonomic nervous system was normal and they were considered healthy, but not physically trained. After statistical analysis there was no statistically significant relationship found between physiotherapists' stress or burnout and aerobic capacity.

Key words: physiotherapists, stress, burnout, aerobic capacity

Relevance. Stress is a psychological and physiological response to changes in the environment and harmful factors (Koolhaas et al., 2011). Work-related stress occurs when job-related factors interact with individual factors (Clough et al., 2017). Psychosocial and work stress risk factors have been identified as one of global problems and it is the second most common health complaint among workers. Medical professionals experience more work stress than other specialties, furthermore, many studies' results have shown that the level of stress continues to grow (Hall et al., 2016; Blekemolen et al., 2016). When stress persists, it becomes chronic and negatively affects a person's physical and mental health, it is becoming difficult for a person to get rid of stress which results in changes in a person's psychological and/or physiological condition and leads to illness (Koolhaas et al., 2011; Blekemolen et al., 2016).

State of the problem. Burnout syndrome is the result of chronic stress. It is a specific type of occupational stress and involves symptoms of emotional exhaustion, depersonalisation, and reduced feelings of personal accomplishment (Schaufeli et al., 2009; Weber, 2015). It is a syndrome that is common among those working in the helping professions and is thought to be the result of the ongoing emotional demands associated with these occupations (Shanafelt et al., 2012).

The long-term effects of stress are usually a major factor in emotional exhaustion, manifested by decreased enthusiasm for work, helplessness, and feelings of fatigue. Also, long-term stress leads to depersonalization, which is described as indifferent attitude towards patients and negative attitude towards colleagues or profession, separation, loss of personal achievements - when a person loses the sense of being responsible for their work (Martins et al., 2014; Owczarek et al., 2017). This is most common among individuals who work directly with other people (Bridgeman et al., 2018).

Physiotherapists face with staff deficiency, high workloads and different tasks at the same time in their work. They place too high demands on themselves and this can lead to a conflict between clinical reality and personal ideals (Gonzalez-Sanchez et al., 2017). Burnout syndrome among physiotherapists exists not only in emotional exhaustion, accompanied by a strong sense of frustration and failure, but also in a loss of self-confidence, which lead to decreased concern about the patients (Schaufeli et al., 2009; Owczarek et al. 2017). It has also been observed that young physiotherapists are more likely to experience work-related stress. Lack of support and situation management from managers, organizational problems, high demands from the government and patients, lead to increasing levels of stress among physiotherapists. Stress, burnout and misunderstanding of their negative effect affect physiotherapists' health and productivity (Mikolajewska, 2014).

Work related stress is associated not only with burnout, exhaustion, but also with increased morbidity, chronic diseases and especially with cardiovascular disorders (Sara et al., 2018). Persons' aerobic capacity is closely related with health and especially with cardiovascular system status. Low level of aerobic capacity is a risk factor for morbidity, disability and premature mortality from cardiovascular disease (Golbidi et al., 2015). McCormick et al. (2015) in their study showed that psychological fatigue reduces persons' aerobic capacity while people with higher aerobic capacity have lower cardiac reactivity to stressors and have better cardiovascular regeneration.

Although the number of studies on work-related stress and burnout has increased significantly, there is still a lack of research on how they affect aerobic capacity. **The aim of the research:** to determine the relationship between stress, burnout and aerobic capacity among physiotherapists.

Materials and methods. The study involved 30 (23 women and 7 men) physiotherapists working in Vilnius hospital. The mean age of the subjects was 34.03 ± 10.49 year. The average work experience was 10.47 ± 8.84 year.

5 physiotherapists worked in the inpatient rehabilitation unit and 25 subjects in the outpatient rehabilitation unit. Exclusion criteria: 1) pregnancy, 2) any injuries or medical conditions that prohibit exercise, 3) cardiovascular disease, previous heart surgeries, arrhythmias, or history of myocardial infarction, 4) workload less than 0.5 full-time, 5) less than one year of work experience.

The research included 2 questionnaires: The Workplace Stress Scale (The Marlin Company, 2001) and Burnout Questionnaire (adapted by Michelle Post, 1981). The Workplace Stress Questionnaire consists of 8 questions, rated from “never” (1 point) to “very often” (5 points). Burnout Questionnaire consist of 28 questions each rated from “never or no change” (1 point) to “always or much change” (5 points).

Aerobic capacity was evaluated using Ruffier Index (Ruffier, 1951; Guo et al., 2018). Before the Ruffier test participants were instructed to sit and rest for 5 minutes. Resting heart rate (HR) was collected at the end of 5 minutes (P1). Then participants were asked to complete 30 squats in 45 seconds, paced by a metronome. The squatting required moving up and down, bending the knees to a 90 degree angle, while keeping the back straight and the arms extended straight forward. HR was collected immediately after the squats (P2). Upon completion of the squats, participants were asked to sit and recover for one minute. A third measurement of HR was obtained at one minute post-test (P3). Based on the three HR measurements, the Ruffier Index (RI) was calculated as: $RI = (P1 + P2 + P3 - 200) / 10$; Ruffier Index value: less than 0 - excellent, from 0 to 5 – very good, from 5 to 10 - average, from 10 to 15 – poor, more than 15 – very poor cardiovascular endurance.

Blood circulatory system was evaluated using Orthostatic Sample. During the Orthostatic Sample participants were asked to rest on back for 5 minutes, than one minute HR was measured. Then they were asked to stand up and after standing still for a minute the heart rate was measured again. The heart rate and heart rate variability give conclusions about the functional state of the autonomic nervous system. If standing HR increase in 12-18 beats per minute (BPM) compared to the resting HR than the tonus of sympathetic part of autonomic nervous system is normal, the person is considered healthy, but not physically trained. If HR change from 0 to 12 BPM the tone of the sympathetic part is decreased, the person is considered healthy and physically trained. If HR increase more than 18 BPM the tone and irritability of sympathetic nervous system is increased and person has a risk of cardiovascular disease (Tank et al., 1995).

Statistical data analysis was carried out using IBM SPSS Statistics for Windows 23.0 and Microsoft Office Excel 2013 software packages.

Results and their discussion. Assessing the level of work-related stress of physiotherapists, we found that the average stress was 19.17 ± 4.17 points, the minimum value was 12, the maximum was 29 points. After analyzing the points on the stress scale, we found that 6 subjects didn't fell stress, they felt relaxed and relatively calm at work. 14 participants experienced low, 7 experienced moderate and 3 participants experienced severe level of stress (Fig.1).

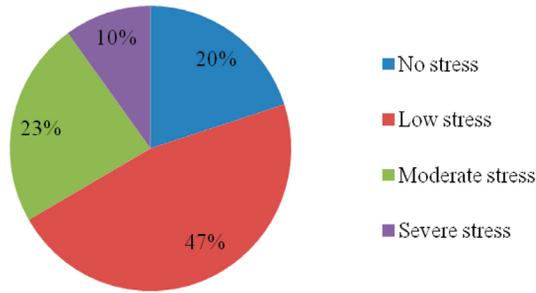


Figure 1. Subject’s distribution according to work-related stress level

After analyzing the questionnaire we found that 20 subjects thought they had too much work and / or deadlines, 14 persons felt that work had a negative effect on their physical or emotional state, and they also found it difficult to express feelings and opinions about working conditions to the supervisor. All subjects stated that they put adequate efforts into the tasks at work and feel that they control the situation. 27 physiotherapists mentioned that they use their skills and talents at work to the maximum.

After analyzing the data of the questionnaire we found that the average burnout was 62.5 ± 13.03 points, the minimum value was 43, the maximum – 92 points. 6 physiotherapists had no burnout syndrome, 17 had a low chance of developing burnout and 7 persons already had burnout (Fig.2). The most common reason for burnout was low salary, as well as constant time tracking and contact with angry patients. Participants stated that they often feel underestimated, feel lack of support from supervisor and professional union and they also complained about their health status.

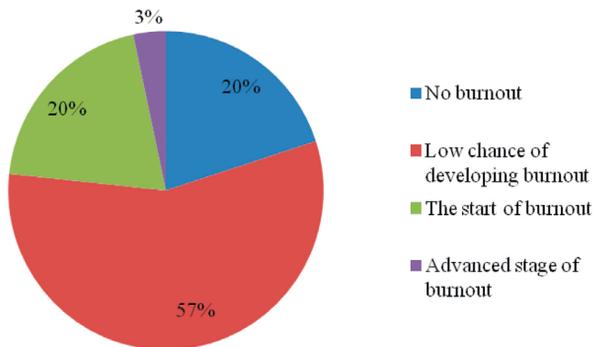


Figure 2. Subject’s distribution according to stage of burnout

After analysing the Ruffier Index of physiotherapists we found that average value was 7.47 ± 3.54 points, minimum value was 0.8 and maximum – 16.4 points. Based on Ruffier Index, 6 participants had a high level of aerobic capacity, 19 participant’s aerobic capacity was evaluated as average and 5 participants had poor and very poor aerobic capacity (Fig.3).

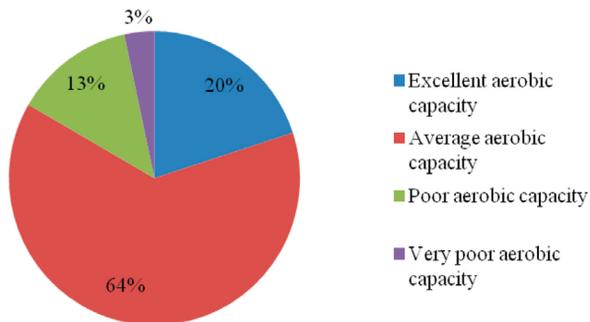


Figure 3. Subject’s distribution according aerobic capacity based on Ruffier Index

After evaluating the status of circulatory system of the subjects with the Orthostatic Sample we found that the average value of this indicator was 7.2 ± 5.79 points, the minimum value was 0, and the maximum value was 16 points. According to the results the tone of the sympathetic nervous system of 24 persons was evaluated as decreased and that mean they were healthy and psychically trained. 6 of the participants had a normal nervous system tonus which means they were conditionally healthy, but were not physically trained.

In order to find out the relationship between the variables, we performed a correlation analysis. We found that there was a very weak but statistically insignificant relationship between work related stress and the Ruffier Index also between the burnout and the Ruffier index ($p > 0.05$). Also we found a very weak but statistically insignificant relationship between stress and the Orthostatic Sample and between burnout and the Orthostatic Sample ($p > 0.05$) (Table 1).

Table 1

Relationships between physiotherapists’ work-related stress, burnout, Ruffier Index and Orthostatic Sample.

Index	Ruffier Index	Orthostatic Sample
Work-related stress	$r = 0.125$ $p = 0.511$	$r_s = 0.176$ $p = 0.352$
Burnout	$r = 0.191$ $p = 0.313$	$r_s = 0.169$ $p = 0.372$

r – Pearson’s correlation coefficient; r_s – Spearman’s correlation coefficient; p - statistical significance.

Conclusions. 80 percent of physiotherapists were experiencing low, medium or high level of stress. Burnout was found in 23 percent of participants. According to Ruffier Index 64 percent of subjects' aerobic capacity was evaluated as average and 16 percent of subjects had poor and very poor aerobic capacity. Based on an Orthostatic Sample results 20 percent of the participants' tonus of sympathetic part of autonomic nervous system was normal and they were considered healthy, but not physically trained. After statistical analysis there was no statistically significant relationship found between physiotherapists' stress or burnout and aerobic capacity.

References

1. Blekemolen J.R.M., Hulshof C.T.J., Sluiter J.K. The Prevalence of Work-Related Stress Complaints among Healthcare Workers for the Disabled Participating in a Workers' Health Surveillance Program // *Occup. Med. Health Aff.* 2016. Vol. 4. P. 6.
2. Bridgeman P.J., Bridgeman M.B., Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals // *AJHP.* 2018. Vol. 75, № 3. P. 147-152.
3. Burnout Questionnaire. Adapted by Michelle Post, MA, LMFT from Public Welfare, American Public Welfare Association. 1981. Vol. 39, № 1.
4. Clough B.A., March S., Chan R.J., Casey L.M., Phillips R., Ireland M.J. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review // *Systematic Reviews.* 2017. Vol. 6. P. 144.
5. Golbidi S., Frisbee J.C., Laher I. Chronic stress impacts the cardiovascular system: animal models and clinical outcomes // *American Journal of Physiology - Heart and Circulatory Physiology.* 2015. Vol. 308, № 12. P. H1476-H1498.
6. González-Sánchez B., González López-Arza M.V., Montanero-Fernández J., Varela-Donoso E., Rodríguez-Mansilla J., Mingote-Adán J.C. Burnout syndrome prevalence in physiotherapists // *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2017. Vol. 63, № 4. P. 361-365.
7. Guo Y., Bian J., Li Q., Leavitt T., Rosenberg E.I., Buford T.W., Smith M.D., Vincent H.K., Modave F. A 3-minute test of cardiorespiratory fitness for use in primary care clinics // *PLoS One.* 2018. Vol. 7, № 30. P. e0201598.
8. Hall L.H., Johnson J., Watt I., Tsipa A., O'Connor D.B. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review // *PLoS One.* 2016. Vol. 11, № 7. P. e0159015.
9. Koolhaas J.M., Bartolomucci A., Buwalda B. [et al.] Stress revisited: a critical evaluation of the stress concept // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2011. Vol. 35, № 5. P. 1291-301.
10. Martins L.F., Laport T.J., Menezes V.P., Medeiros P.B., Ronzani T.M. Burnout syndrome in primary health care professionals // *Cien Saude Colet.* 2014. Vol. 19, № 12. P. 4739-50.
11. McCormick A., Meijen C., Marcora S. Psychological Determinants of Whole-Body Endurance Performance // *Sports Medicine.* 2015. Vol. 45, № 7. P. 997-1015.
12. Mikołajewska E. Work - related stress and burnout in physiotherapists a literature review // *Medycyna Pracy.* 2014. Vol. 65, № 5. P. 693-701.
13. Owczarek K., Wojtowicz S., Pawłowski W., Białoszewski D. Burnout syndrome among physiotherapists // *Wiad Lek.* 2017. Vol. 70, № 2. P. 537-542.
14. Ruffier J.E. Considérations sur l'indice de résistance du cœur à l'effort // *Méd Éduc. Phys. Sport.* 1951. Vol. 3. P. 7-12.

15. Sara J.D., Prasad M., Eleid M.F., Zhang M., Widmer R.J., Lerman A. Association Between Work-Related Stress and Coronary Heart Disease: A Review of Prospective Studies Through the Job Strain, Effort-Reward Balance, and Organizational Justice Models // J. Am. Heart Assoc. 2018. Vol. 7. P. e008073.

16. Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice // Career Dev. Int. 2009. Vol. 14, № 3. P. 204-20.

17. Shanafelt T.D., Boone S., Tan L., Dyrbye L.N., Sotile W., Satele D., West C.P., Sloan J., Oreskovich M.R. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population // Arch. Intern. Med. 2012. Vol. 172, № 18. P. 1377-85.

18. Tank J., Baevsky R.M., Wesk M. Hemodynamic regulation during postural tilt assessed by heart rate and blood pressure variability combined with impedance cardiography // Wiener Medizinische Wochenschrift. 1995. Vol. 145, № 22. P. 616-625.

19. The Work Place Stress Scale (WSS). The Marlin Company, North Haven, Connecticut and The American Institute of Stress, Yonkers, New York, 2001.

20 Weber J.C. Practical judgment and burn-out syndrome among physicians // La Revue de Médecine Interne. 2015. Vol. 36, № 8. P. 548-550.

УДК 159.9.072

SATISFACTION WITH LIFE AND DEPRESSION IN PEOPLE OF DIFFERENT ROMANTIC RELATIONSHIP STATUS IN EARLY ADULTHOOD¹

Ivana Janković, Miljana Spasić Šnele, Jelisaveta Todorović

Faculty of Philosophy, Niš, Serbia

Summary. The period of early adulthood is facing the challenge of fulfilling important life tasks, and one of them is the establishment of more lasting partnerships. Success in accomplishing this task can be reflected in some aspects of mental health. As indicators of mental health, in this paper we examined life satisfaction and depression in participants of different partner status in early adulthood. The study involved 200 participant who are single, 197 in romantic relationship and 254 in marriage. The level of satisfaction with life was measured with a question which rate the level of satisfaction with life in general. Depression was measured with scale Patient health Questionnaire PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). The results show that satisfaction with life is lower in participants who are single in comparison to both participants who are married and in relationship. On the other hand, depres-

¹ This paper was created as part of the project Role of Applied psychology in Quality of Life of an Individual in Society. Psychology department Faculty of Philosophy in Nis, Faculty of Philosophy's Education-Science Board decision No. 183/1 in Nis (from 16-9-01 to 28.06.2018).

sion is higher among participants who are single but only in comparison to participants who are in marriage. Effect of relationship status on the level of satisfaction with life and depression does not depend on gender in early adulthood. The study discusses possible explanations for the positive relationship between a stable partnership and life satisfaction and the negative relationship with depression.

Key words: life satisfaction, depression, partner status, early adulthood

Relevance. The age period between 20 to 40 years is defined by numerous developmental psychologist (e.g. Levinson, Ericson) as early adulthood. According to Ericsson (1968/2008; as cited in Anđelković, 2016), this is a period during which is expected of a person not only to become physically and financially independent of their parents, but also to establish an intimate relationship. Although intimacy exists in different types of emotional relationships between two adult people, in this developmental phase the most important one is the romantic relationship. Failure to fulfill this developmental task can lead to isolations, loneliness, fear of intimacy, depression (Anđelković, 2016), whereas forming romantic relationship could be significant contributor to satisfaction with life. Forms of romantic relationships can be different and can be viewed as a continuum. Romantic relationships – which range from casual dating to marriage – have the potential to affect people’s mental health, physical health, sexuality, and financial status (Kamp Dush, & Amato, 2005). In this study, we deal with the issue of mental health depending on the existence or non-existence of a partnership, respectively, marriage. Life satisfaction and depression will be considered as indicators of mental health.

Life satisfaction is defined as cognitive component of subjective well-being that refers to the assessment of quality of life in general or of specific domains e.g. job, family, friends etc. (Diener & Suh, 1997; Rodgers, Neville & La Grow, 2017; cited in Caycho-Rodriguez et al., 2018). It could be understood as a conscious cognitive judgment of life in which individuals compare their life circumstances with a self-imposed standards (Esnaola, Benito, Antonio-Agirre, Freeman & Sarasa, 2017).

Social scientists have amassed a considerable amount of evidence showing that married individuals enjoy better mental health than never-married and previously-married individuals (Horwitz, White, & Howell-White 1996; Simon 2002). It is a well-established fact that married people have a well-being advantage over non-married cohabiters and people without a partner (Shapiro & Keyes 2008). For a variety of reasons, married people tend to have fewer psychological problems, are healthier, and more satisfied with life than the non-married (Zimmermann & Easterlin, 2006).

Married individuals reported the highest level of subjective well-being, followed by individuals in cohabiting relationships, steady dating relationships, casual dating relationships, and individuals who dated infrequently or not at all (Kamp Dush, & Amato, 2005).

Research suggested that marital quality is related more strongly to the well-being of wives than of husbands, whereas the status of being married is more strongly related to the well-being of husbands than of wives (Nock, 1998; as cited in Kamp Dush, & Amato, 2005). Also, research suggests that having a romantic partner has more benefits, in terms of higher subjective well-being, for men compared to women (Stronge, Overall, & Sibley, 2019). In other recent studies, no gender differences were found (Kamp Dush & Amato, 2005; Simon, 2002). Given this inconsistency in the literature, we will pay explicit attention to gender differences and similarities in our results.

Depressive disorders are defined by gloomy feelings, the person does not enjoy anything, loses interest and energy, feelings of guilt or low self-worth, it is usually accompanied by physical symptoms, poor and insufficient sleep, poor appetite, low self-esteem and low global satisfaction with life (Fakhari et al., 2020; Lim, Tam, Lu, Ho, Zhang, & Ho, 2018). Depression is the most common mental health condition in the general population and in its most severe form, can lead to suicide and increased risk of mortality (Lim et al., 2018). Depression often runs a chronic course and substantially impairs an individual's occupational potential and quality of life.

Numerous studies show that there is a complex relationship between age, sex, marital status and depression. Married people experience lower levels of depression, anxiety and other forms of psychological distress (Bebbington 1987; Jang et al., 2009; Bulloch et al., 2009; LaPierre, 2009; as cited in Bulloch, Williams, Lavorato & Patten, 2017). Unmarried people who have a partner are more likely to feel depressed than married people, but less likely than people without a partner (Moor & Komter, 2012). Unpartnered women and men had more depressive symptoms than the partnered (Grundy, Broek, & Keenan, 2019). The odds of feeling depressed are about one and a half times as large for people without a partner as for married people (Moor & Komter, 2012).

Research on the relationship between depression and the partner status of men and women provides different results. Many studies consistently confirm that among the never married, men have more depression and anxiety (Davies 1995; Moor & Komter, 2012). In the same direction are the data that getting married is related to lower levels of depression for men, but not for women (Horwitz et al., 1996). Also, the odds ratios of depression were smaller for

females (vs males) who were single, widowed or separated compared to married people (Bulloch et al., 2017). On the other hand, there is research that confirms that the associations between marital status and depression do not differ significantly for women and men. Unmarried men are not significantly more depressed than unmarried women (Simon, 2002).

State of the problem. The aim of this study is to examine the relationship between partner status, life satisfaction and depression in participants, and to examine whether depending on the partner status (never-married, in a romantic relationship and in marriage) changes life satisfaction and level of depression. Also, the aim is to examine whether the established relationships differ between men and women.

Sample. The sample consisted of 200 participants who are single (never-married) (N (male)=86, N (female)=109), 197 in romantic relationship (N (male)=73, N (female)=121), and 254 in marriage (N (male)=69, N (female)=176) aged 19 to 40 (M=29,46, SD=6,12). Mean age of group of participants who are single is 26,25 (SD = 4,931), in relationship 26,355 (SD=4,605), and in marriage 34,41 (SD=4,605).

Instruments. The level of satisfaction with life was measured with a question: “On the scale from 1 (completely unsatisfied) to 10 (completely satisfied) rate the level of your satisfaction with life in general.

Depression was measured with scale Patient health Questionnaire PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) (“In last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems: weak interest or satisfaction to do something, etc.”). The scale consisted of nine questions. Cronbach α on our sample was 0,862.

Results.

Table 1

Descriptive statistics

	Relationship status	M	SD	min	max
Satisfaction with life	Single (never-married)	6,937	2,078	0,50	10
	In marriage	7,426	1,946		
	In romantic relationship	7,599	1,791		
Depression	Single (never-married)	0,822	0,709	0,00	3,00
	In marriage	0,646	0,616		
	In romantic relationship	0,702	0,534		

The results presented in Table 1 indicate that level of satisfaction of life is higher, and depression is lower than empirical mean of both variables in all three groups.

Table 2

Effect of interaction between gender and relationship status on satisfaction with life and depression (two-way ANOVA)

	Groups	F	p	Partial Eta Squared
Satisfaction with life	Gender	0,257	0,612	0,000
	Relationship status	5,424	0,005	0,017
	Gender*Relationship status	0,579	0,561	0,002
Depression	Gender	2,095	0,148	0,003
	Relationship status	4,985	0,007	0,016
	Gender*Relationship status	0,368	0,692	0,001

According to the Table 2 we can see that interaction between gender and relationship status is not statistically significant. It showed that there is statistically significant effect of relationship status - satisfaction with life is lower in participants who are single in comparison to both participants who are married and in relationship (Table 3). On the other hand, depression is higher among participants who are single but only in comparison to participants who are in marriage.

Table 3

Differences in satisfaction with life and level of depression between participants of different relationship status

	Relationship status		M difference	Std. Erros	p
Satisfaction with life	Single (never-married)	In marriage	-0,488	0,188	0,027
		In romantic relationship	-0,662	0,198	0,003
Depression	Single (never-married)	In marriage	0,177	0,060	0,010

Discussion of the results. The formation of a romantic relationship, as one of the most important developmental tasks of early adulthood, can have significant effects on a person's mental health. To that end, the aim of this study was to examine whether there are differences in life satisfaction and the level of depression depending on partner status (never-married, in romantic relationship and in marriage) in early adulthood. In addition, the aim was to examine whether there is an interaction between gender and partner status when it comes to life satisfaction and the level of depression.

The results of this research confirm that satisfaction with life is lower in participants who are single in comparison to both participants who are mar-

ried and in relationship. Also, depression is higher among participants who are single but only in comparison to participants who are married. The results are in line with the results of numerous other studies, they confirm the positive impact of marital status on the mental health of married people, increasing life satisfaction (Camp Dush, & Amato, 2005; Zimmermann & Easterlin, 2006) or decreasing depression (Carlson & Kail, 2018; Horwitz et al., 1996; Moor & Komter, 2012). There are several potential explanations for why marriage may improve the mental health of young adults in particular.

One explanation is that the association between marriage and mental health is the result of selection (Mastekaasa 1992; Horwitz et al. 1996). In other words, married people do not have better mental health because they are married; rather, people with better mental health are the ones who get married. Also, the positive link between marriage and mental health is explained by the availability of different types of resources to people who are married. Marriage is typically thought to increase economic resources. This type of economic support reduces stress from potential economic problems, which will have a positive impact on the mental health of spouses (Ross, Mirowsky, & Goldstein 1990).

The most commonly accepted explanation for the link between marriage and well-being refers to social support and social integration. The social support provided by spouses and the satisfaction gained from being in long-term, committed relationships accounts for much of the emotional benefits of marriage (Kamp Dush, & Amato, 2005). Married and those who live in cohabitation not only revealed a higher life satisfaction plus higher emotional and instrumental support, but also reduced perceived stress, which contributed to higher life satisfaction (Zhu et al., 2018). Singlehood may be deleterious to life satisfaction because of the higher loneliness and lower social support from a significant other (Adamczyk & Segrin, 2015).

Although the results of previous research suggest that marriage will have a more positive effect on men than on women (Horwitz et al., 1996), the results of this research do not confirm said. The obtained results indicate that the effect of relationship status on the level of life satisfaction and depression does not depend on gender. These results are consistent with the results of some previous research (Camp Dush & Amato, 2005; Simon, 2002). The explanation may need to be sought in the fact that all the benefits that marriage brings, both psychologically and economically, are equally important for both men and women. Also, getting married fulfills an important life task - finding a partner, forming a family, and a marital union in early adulthood is highly valued by both sexes.

Conclusion. Forming a more lasting partnership is an important life task in early adulthood. The results of this research show that married people are more satisfied with life, and are less depressed compared to unmarried people. Although we can assume that the feeling of security (in the broadest sense) provided by marriage contributes to better mental health, however question whether people prone to depressive moods and conditions are significantly less likely to form a relationship remains open.

References

1. Anđelković V. Odrastanje u odraslom dobu [Growing up in adulthood]. Niš, Srbija: Filozofski fakultet, Univerzitet u Nišu. 2016. P. 14-15. (In Serb.)
2. Adamczyk K., Segrin C., Direct and Indirect Effects of Young Adults' Relationship Status on Life Satisfaction through Loneliness and Perceived Social Support // *Psychologica Belgica*. 2015. Vol. 55, № 4. P.196-211.
3. Bulloch G.M.A., Williams V.A. J., Lavorato H. D., Patten B. S. The depression and marital status relationship is modified by both age and Gender // *Journal of affective disorders*. 2017. Vol. 223. P.65-68.
4. Carlson D. L., Kail B. L. Socioeconomic variation in the association of marriage with depressive symptoms // *Social science research*. 2018. Vol. 71. P. 85-97.
5. Caycho-Rodríguez T., Ventura-León J., García Cadena C.H. [et al.]. Psychometric Evidence of the Diener's Satisfaction with Life Scale in Peruvian Elderly // *Revista Ciencias de la Salud*. 2018. Vol. 16, № 3. P. 473-491.
6. Esnaola I., Benito M., Agirre I.A., Freeman J., Sarasa M. Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) by country, gender and age // *Psicothema*. 2017. Vol. 29, № 4. P. 596-601.
7. Fakhari A., Farahbakhsh M., Azizi H., Esmaeili E. D., Mirzapour M., Rahimi V.A., Hashemi L., Gaffarifam S. Early marriage and negative life events affect on depression in young adults and adolescents // *Archives of Iranian medicine*. 2020. Vol. 23, № 2. P. 90-98.
8. Grundy E., van den Broek T., Keenan K. Number of Children, Partnership Status, and Later-life Depression in Eastern and Western Europe // *Journals of Gerontology: Social Sciences*. 2019. Vol. 74, № 2. P. 353-363.
9. Horwitz A.V., White H.R., Howell-White S. Becoming Married and Mental Health: A Longitudinal Study of a Cohort of Young Adults // *Journal of Marriage and the Family*. 1996. Vol. 58. P. 895-907.
10. Kamp Dush M.C., Amato R.A. Consequences of relationship status and quality for subjective well-being // *Journal of Social and Personal Relationships*. 2005. Vol. 22, № 5. P. 607-627.
11. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure // *Journal of general internal medicine*. 2001. Vol. 16, № 9. P. 606-613.
12. Lim G.Y., Tam W.W., Lu Y., Ho C.S., Zhang M.W., Ho R.C. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014 // *Scientific reports*. 2018. Vol. 8, № 1. P. 1-10.
13. Mastekaasa A. Marriage and Psychological Well-Being: Some Evidence on Selection into Marriage // *Journal of Marriage and Family*. 1992. Vol. 54. P. 901-911.
14. Moor N., Komter A. Family ties and depressive mood in Eastern and Western Europe // *Demographic Research*. 2012. Vol. 27, № 8. P. 201-232.

15. Ross C.E., Mirowsky J., Goldsteen K. The impact of the family on health: The decade in review // *Journal of Marriage and Family*. 1990. Vol. 52, № 4. P. 1059-1078.
16. Shapiro A., Keyes C.L.M. Marital status and social well-being: Are the married always better off? // *Social Indicators Research*. 2008. Vol. 88, № 2. P. 329-346.
17. Simon R.W. Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health // *The American Journal of Sociology*. 2002. Vol. 107. P. 1065–1096.
18. Stronge S., Overall N.C., Sibley C.G. Gender differences in the associations between relationship status, social support, and wellbeing // *Journal of Family Psychology*. 2019. Vol. 33, № 7. P. 819-829.
19. Zhu X., Wang K., Chen L., Cao A., Chen Q., Li J., Qiu J. Together Means More Happiness: Relationship Status Moderates the Association between Brain Structure and Life Satisfaction // *Neuroscience*. 2018. Vol. 384. P. 406-416.
20. Zimmermann A.C., Easterlin R.A. Happily ever after? Cohabitation, marriage, divorce, and happiness in Germany // *Population and Development Review*. 2006. Vol. 32, № 3. P. 511-528.

УДК 159.9.072

PERSONALITY TRAITS AS PREDICTORS OF BURNOUT OF EMPLOYEES IN SERBIA

Snežana Stojiljković, Kristina Randelović

Faculty of Philosophy, University of Niš, Niš, Serbia

Summary. Burnout syndrome is a negative emotional reaction to work due to long-term exposure to a stressful work environment and represents the exhaustion of a person's physical and mental potential. The main goal of this study was to examine which personality traits can be considered as predictors of employee burnout. Burnout at work is defined on the basis of Christine Maslach's model, with indicators of emotional exhaustion mainly included here. Personality traits were examined in accordance with the Five-factor personality model, formulated by Costa and McCrae. The research sample consisted of the employees working for state-owned companies in main regions of Serbia (N = 443, 182 (41.6%) males), aged 20 to 65 years (M = 43.03, SD = 10.65). It is a part of a geographic cluster sample from a broader research project conducted in Serbia. The results indicated that the level of job burnout was not high. Neuroticism correlated positively while Extraversion and Conscientiousness correlated negatively to employees' burnout. Multiple regression analysis was conducted in order to examine the basic hypothesis of the study. Regression model prove to be statistically significant ($F_{(5,440)} = 13.898$; $p < .001$; $R = .371$; $R^2 = .138$). Neuroticism is better predictor of burnout ($\beta = .261$; $p < .001$) than Extraversion ($\beta = -.198$; $p < .001$). These findings are in line with the previous empirical evidence in the field. Some

other personality and sociodemographic characteristics should be taken into account in future research.

Key words: job burnout, emotional exhaustion, personality traits, Five-factor model, employees in state-owned companies, Serbia

Relevance and introduction. Burnout is a complex phenomenon that deserves attention of the researchers because of its numerous potentially negative consequences, both for the individual and for the community as a whole. This is clear from the definition of this phenomenon in the *APA concise dictionary of Psychology* (2009, p. 65): “physical, emotional, or mental exhaustion, especially in one’s job or career, accompanied by decreased motivation, lowered performance, and negative attitudes towards oneself and others”. Some European countries (such as, Sweden and the Netherlands), recognise job burnout syndrome as a formal medical diagnosis (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). In Serbia, it is recognized as relevant because of its negative consequences to person’s quality of life and society (Popov, Latovljević & Nedić, 2015).

Cristina Maslach (1993), well known author in this field of psychology, pointed out that there are three essential features of burnout: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. Emotional exhaustion refers to the person’s feeling of that he/she is emotionally “combusted” and exhausted by work and, as well as by an unfavourable work environment. Experience of emotional emptiness is also present, that could be described as person’s feeling of not being personally involved in everyday life. As a result, he/she becomes vulnerable to stressors and feels lack of coping resources to handle the emotionally demanding situations at work adequately. Considered as the core component of burnout syndrome (Maslach et al., 2001), it leads to depersonalization, the second component, characterized by a feeling of alienation and a cynical attitude towards people. More precisely, depersonalization is a person’s tendency to treat others as objects and keep people at a distance; the resulting difficulties in interpersonal relationships, including working environment, can cause feelings of incompetence in professional settings. Then there is a loss of interest in the job, which in turn leads to reduced efficiency. All of this results in a person’s belief in their own inability to meet job requirements and fulfill professional goals (Maslach et al., 2001).

In addition to the above, disillusion is fourth component of burnout recently described (Santinello, Altoè, & Verzelletti, 2006; according to: Randelović, Stojiljković & Ristić, 2017). This dimension refers to the fact that burnout is always a result of a long process of disappointment in which employees lose their interest and enthusiasm for the job they are doing (Magnano, Paolillo, & Barrano, 2015).

In general, it is considered that burnout implies itself a low level of well-being of employees, negative attitudes towards oneself and others,

weakened health and negative forms of behaviour (Cordes & Dougherty, 1993). Therefore, it can be said that burnout is a process of deterioration of the professional and personal capacities of a person, and represents both an individual and a social problem. It is important to emphasize that this problem has a growing importance and can seriously endanger the social system as a whole, as well as the quality of life of individuals. That is why the burnout syndrome is recognized as a serious social and medical problem and encourages the researchers and practitioners all around the world to study it and design the strategies to prevent it and reduce its negative effects (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

State of the problem. In defining the research problems, a number of reasons were taken into account. The incidence of burnout syndrome in Serbia is constantly increasing. According to relevant literature (Alarcon, Eschleman, & Bowling, 2009; Hudek-Knežević, Krapić & Kardum, 2006; Maslach, 1993; 2003; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009), personality factors are important for explaining symptoms and intensity of burnout.

This study was aimed to examine the relations between personality traits, as stable dispositions of personality, and emotional exhaustion as one of the essential components of burnout syndrome. The main goal of the study was to determine whether the burnout of state sector employee in Serbia can be predicted based on their personality traits. In addition, the research aim was to assess the level of burnout among employees working in state-owned enterprises (there are reasons to expect certain differences between employees working in state and private sector).

This study was a part of the national scientific project 179002 *Indicators and models of work and family roles synchronization* (2010-2019), conducted on the geographic cluster sample of 2023 inhabitants of Serbia, aged 18 to 65 years. Methodology and project objectives were described in: Hedrih, Todorović & Ristić, 2013 (pp. 191-214).

Method.

Sample

Research sample consisted of employees working for state-owned companies (N = 443), with 182 (41.6%) male and 255 (58.4%) female respondents, aged between 20 to 65 years (M = 43.03, SD = 10.65). Precisely, it is a portion of the whole sample of employed people (N = 1282), consisted of both employees from private and state sectors.

Variables and instruments

Personality traits are defined in accordance with well-known the Five-factor model, proposed by Costa and McCrae (1995), broadly accepted in the field of personality psychology. It is considered that people can be described by five broad dimensions which represent disposition for consistency in behaviour, as follow.

- *Neuroticism* refers to the person's tendency to experience negative emotions and encompasses indicators of anxiety, bad mood and depression, low frustration tolerance.
- *Extroversion* refers to person's orientation to outer world, sociability and cordiality, tendency to positive affect too, while low score indicate tendency to be introverted.
- *Openness to experience* refers to intellectual curiosity, openness to new ideas and novelty seeking. As cognitive style dimension, it differ creative and inventive people from the 'low-minded' and conventional ones.
- *Agreeableness* refers to person's tendency to be kind, generous, ready to compromise and cooperative in interpersonal relations. People with low scores are not suitable for team work and they do not trust other people.
- *Conscientiousness* refers to person's tendency toward planning, persistence, self-control, social responsibility and workaholic attitudes. Low scores indicate bad self-discipline, lack of self-directed behaviors and difficulties in organizing the time.

Personality traits are measured using short scales that represent an integral part of the PORPOS test battery, which is a purposefully designed instrument consisting of 389 items (grouped in several scales and used to asses a large number of constructs), for the purpose of the project 179002. In this research, Neuroticism (N) and Openness to Experience (O) are assessed based on 6 items (*I am often tense and anxious. I think that I am open-minded and tolerant towards others*). Extroversion (E) is measured using 5 items (*I prefer the jobs I can do alone, without interfering with other people*). Agreeableness (A) is assessed by 4 items (*I prefer to cooperate with other people than to compete with them*), while Conscientiousness (C) is measured using 7 items (*I very frequently manage to organize myself, and finish the job in time*).

Burnout syndrome is defined based on Christina Maslach's model (1993) and includes the indicators of emotional exhaustion, as the most frequent and common indicator of burnout. The authors (Maslach et al., 2001) consider emotional exhaustion as a core feature of this phenomenon, believing that it contributes to the development of the other two components of the burnout syndrome. Items are statements and respondent is asked to assess the level of agreement with it, using the five-level Likert-type scale (from 1 = completely wrong to 5 = completely accurate), for example: *I feel emotionally drained when I finish work*.

Internal consistency of short scales used to test personality traits is satisfactory (N: $\alpha = .79$; O: $\alpha = .74$; C: $\alpha = .83$), except for Extroversion ($\alpha = .53$) and Agreeableness ($\alpha = .55$). It could be seen as good enough for the research purposes having in mind that the instrument as a whole is very extensive and therefore each individual variable is assessed by a small number of representative items. The reliability of burnout scale was $\alpha = .84$ on the sample of 2023 inhabitants of Serbia (Hedrih et al., 2013).

Procedure

The survey was carried out on the territory of the Republic of Serbia (without Kosovo and Metohija) which is divided into administrative districts. Data were collected by the project researchers with the help of interview teams. The number of respondents corresponded to number of inhabitants from the last census for each district; it is a way to get geographic cluster sample. Respondents were informed about the purposes of the research and filled out questionnaires voluntarily and anonymously. The survey was conducted in such a way that all ethical standards of human testing were met.

Results and discussion of the results. Descriptive data (Table 1) indicate that emotional exhaustion of employees is not high. The level of Neuroticism is lower than the expression of other personality traits, which is expected. It could be suggested to think over the data about pretty high level of Conscientiousness among employees. Are the respondents really so diligent, persistent, self-governing or it is the result of their tendency to present themselves in a socially desirable way?

Table 1

**Descriptive data on personality traits and burnout
in employees in Serbia (N = 441)**

Variables		Min	Max	M	SD
	Neuroticism	1.00	5.00	2.33	.76
	Extroversion	1.00	5.00	3.38	.51
Personality traits	Agreeableness	1.00	5.00	3.46	.65
	Conscientiousness	1.00	5.00	4.00	.65
	Openness to experience	1.00	5.00	3.80	.62
Burnout syndrome	Emotional exhaustion	1.00	5.00	2.20	.99

The next step in data analysing was to examine the relations between personality traits and burnout (Table 2). Neuroticism is positive correlate of burnout, while the other two personality traits are negatively correlated with burnout. It means that symptoms of burnout are more frequent among the employees with high score on Neuroticism, and low scores on Extraversion and Conscientiousness.

**Correlations between personality traits and burnout
in employees in Serbia (N = 441)**

	Neuroti- cism	Extrover- sion	Agree- ableness	Conscienti- ousness	Openness to experi- ence
Neuroticism					
Extroversion	-.334***				
Agreeableness	.172**	.126**			
Conscientiousness	-.089	.281***	.384***		
Openness to experience	-.010	.259***	.456***	.388***	
Burnout	.328***	-.242***	.065	-.133**	-.065

Note. Significance *** $p < .001$; ** $p < .005$.

Multiple regression analysis procedure was performed in order to examine predictive power of personality traits in prediction of burnout among employees. The results (Table 3) show the following: predictive model is statistically significant, multiple correlation between variables is 0.371, and set of personality traits can explain 13.8% of individual differences in the level of burnout among employees from the research sample ($F_{(5,440)} = 13.898$; $p < .001$; $R = .371$; $R^2 = .138$). Neuroticism and Extroversion were identified as significant predictors of job burnout; Neuroticism is prove to be better predictor, as it expected.

Table 3

Results of multiple regression analysis (enter method)

Model	Predictors	Model summary	Independent contribution of predictors
1	Neuroticism	R=.371; R²=.138; ΔR²=.128	β= .261; p<.001
	Extroversion	$F_{(5,441)}=13.898$; $p<.001$	β= -.132; p<.009
	Agreeableness		β= -.087; $p=.103$
	Conscientiousness		β= -.094; $p<.068$
	Openness to experience		β= -.032; $p=.548$

Note. R – Multiple correlation coefficient; R² –coefficient of multiple determination; ΔR² – adjusted coefficient of multiple determination; β – standardized regression coefficient

The results of previous studies show that neuroticism is a positive correlate of emotional exhaustion and depersonalization (Hudek-Knežević, Krapić, & Kardum, 2006; Piedmont, 1993; Schaufeli & Enzmann, 1998, according to Schaufeli et al., 2009; Zellars, Perrewe, & Hochwarter, 2000), as well as of the reduced personal accomplishment (Goddard & Patton, 2004; Zellars et al., 2000). People with high Neuroticism perceives a wide range of situations, even those at work, as a danger, and have tendency to react with negative emotions. Besides, these individuals do not have sufficient capacity to overcome any difficulties, which leads to greater “physical and mental exhaustion”. They often use insufficiently adaptive strategies for problem-solving and stress reduction, which makes them vulnerable and predisposed to burnout.

Contrary to neuroticism, extroversion can be a protective factor for the development of burnout syndrome, and numerous research data indicate a negative correlation between extraversion and burnout indicators (Cano-Garcia, Padilla-Munoz, & Carrasco-Ortiz, 2005; Storm & Rothmann, 2003; according to Alarcon et al., 2009; Randelović, Stojiljković & Ristić, 2017). The tendency towards positive emotions, the perception of potential stressors as challenges, as well as the use of coping strategies aimed at problem solving (Tatalović-Vorkapić & Lončarić, 2013), makes extroversion an “inhibitory” factor in the development of job burnout. There are also findings that extroversion positively contributes to professional accomplishment, which then protects the individual from developing a negative reaction to the work environment.

Conscientious people are self-disciplined, well-organised, hard-working and more aware of their own efficiency (Stojiljković & Hedrih, 2013). That is why this personality trait is important for explaining behaviour of individuals in work settings. Thus, conscientiousness is linked with the professional achievement, which leads to high job satisfaction and less emotional exhaustion (Schaufeli et al., 2009; Alarcon et al., 2009). However, this relationship should always be interpreted carefully. In some cases, a high conscientiousness means a person’s high standards and perfectionism, which can be accompanied by emotional exhaustion. On the other hand, conscientiousness can play protective role in stressful work settings to a certain extent, because an employee avoids pressure if his/her tasks were done well enough.

To conclude the discussion on the relationship between personality and burnout, we can mention the prevailing view on this topic. According to the already mentioned meta-analytical study (Alarcon et al., 2009), it is considered that there is an “optimum level” of conscientiousness and extroversion, as well as some other personality traits that enable functionality in a person’s behaviour. On the other hand, “too much” or “too little” of Conscientiousness

and Extroversion can have negative effects and may contribute to the emotional exhausting and burnout symptoms in general.

Conclusion. The findings of the study presented above are consistent with the previous empirical evidence in the field. At this point, it is important to emphasize some limitations of the conducted study as well as guidelines for future research.

The complexity of the job burnout phenomenon and its multidimensionality need more research because of changes in everyday life and complexity of work settings too. It is necessary to be aware of the importance of the situational factors for the development of burnout syndrome, relating to the workplace (heavy workload, long hours, poor interpersonal relationships and lack of support from colleagues, as well as the overall work climate). Recently conducted survey in Serbia has shown that work climate negatively correlates with the burnout syndrome among teachers and that some basic psychological needs can be a mediator in the relations between work climate and job burnout (Randelović & Stojiljković, 2015). In addition, the characteristics of family life should not be ignored. There is empirical evidence that marital status, number of children, level of synchronization of family and work roles, and marital satisfaction in general may be factors that increase job burnout, as well as factors that have the potential to reduce its intensity.

Finally, let us ask ourselves how much the circumstances of the present life due to the Covid 19 pandemic reduce the quality of life of each individual. The fact is that many people have lost their job or do not feel safe in their work environment. That will certainly result in increased anxiety, emotional exhaustion and greater depersonalization in social relationships. In this context, the study of burnout syndrome is becoming even more relevant.

References

1. Alarcon G., Eschleman K.J., Bowling N.A. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis // *Work and Stress*. 2009. Vol. 23, № 3. P. 244-263.
2. APA concise dictionary of Psychology. Washington, DC: American Psychological Association, 2009.
3. Cordes C.L., Dougherty T.W. A Review and an integration on job burnout // *Academy of Management Review*. 1993. Vol. 18, № 4. P. 621-656.
4. Costa P.T. Jr., McCrae R.R. Domains and Facets: Hierarchical Personality Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory // *Journal of Personality Assessment*. 1995. Vol. 64, № 1. P. 21-50.
5. Goddard R., Patton W. The importance and place of neuroticism in predicting burnout in employment service case managers // *Journal of Applied Social Psychology*. 2004. Vol. 34, № 2. P. 282-296.

6. Gustafsson G., Persson B., Eriksson S., Norberg A., Strandberg G. Personality traits among burnt out and non-burnt out health-care personnel at the same workplaces: A pilot study // *International Journal of Mental Health Nursing*. 2009. Vol. 18, № 5. P. 336-348.
7. Hedrih V., Todorović J., Ristić M. (ured). Odnosi na poslu i u porodici u Srbiji početkom 21. veka. Niš: Filozofski fakultet u Nišu, 2013.
8. Hudek-Knežević J., Krapić N., Kardum I. Burnout in dispositional context: The role of personality traits, social support and coping styles // *Review of Psychology*. 2006. Vol. 13. P. 65-73.
9. Magnano P., Paolillo A., Barrano C. Relationships between personality and burnout: An empirical study with helping professions' workers // *International Journal of Humanities and Social Science Research*. 2015. Vol. 1. P. 10-19.
10. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective // *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* / eds. W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis, 1993. P. 19-32.
11. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job Burnout // *Annual Review of Psychology*. 2001. Vol. 52. P. 397-422.
12. Maslach C. Job Burnout: New directions in Research and Interventions // *Current Directions in Psychological Science*. 2003. Vol. 12, № 5. P. 189-192.
13. Piedmont R.L. A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: the role of personal dispositions // *Journal of Personality Assessment*. 1993. Vol. 61, № 3. P. 457-473.
14. Popov S., Latovljević M., Nedić A. Sindrom izgaranja kod zdravstvenih i prosvetnih radnika: Uloga situacionih i individualnih faktora [Burnout syndrome in health and education workers: The role of situational and individual factors] // *Psihološka istraživanja*. 2015. Vol. 18, № 1. P. 5-22.
15. Randelović K., Stojiljković S. Work climate, basic psychological needs and burnout syndrome of primary school teachers and university professors // *Teme*. 2015. Vol. XXXIX, № 3. P. 823-844.
16. Randelović K., Stojiljković S., Ristić M. Personal factors of job burnout syndrome among Serbian employees // *Work and Family Relations at the Beginning of the 21st Century* : International thematic proceedings book / ed. V. Hedrih. Niš: Filozofski fakultet. P. 191-208.
17. Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice // *Career Development International*. 2009. Vol. 14, № 3. P. 204-220.
18. Stojiljković S., Hedrih V. Petofaktorski model ličnosti [Five-factor model of personality] // *Odnosi na poslu i u porodici u Srbiji početkom 21. veka* / Ured. V. Hedrih, J. Todorović, M. Ristić. Niš: Filozofski fakultet, 2013. P. 63-78.
19. Tatalović-Vorkapić S., Lončarić D. Posreduje li profesionalno sagorijevanje učinke osobina ličnosti na zadovoljstvo životom odgojitelja predškolske djece? [Does professional burnout mediate the effects of personality traits on the life satisfaction of preschool educators?] // *Psiholojske teme*. 2013. Vol. 22, № 3. P. 431-445.
20. Zellars K.L., Perrewé P.L., Hochwarter V.A. Burnout in health care: The role of the five factors of personality // *Journal of Applied Social Psychology*. 2000. Vol. 30, № 8. P. 1570-1598.

Acknowledgement

This paper was created through the national scientific project No 179002 “Indicators and models of work and family roles synchronization”, supported by the Ministry of Education, Science and Technological Development of the Republic of Serbia.

FAMILY FUNCTIONING AND IDENTITY STATUS AMONG STUDENTS

Milica Simić, Jelisaveta Todorović, Vesna Anđelković

Faculty of Philosophy, Niš, Serbia

Summary. The aim of this research was to determine whether there is a correlation between family functioning and identity status among students of the Faculty of Philosophy. We also examined whether identity status could be predicted based on family functioning. Furthermore, we attempted to determine whether there are differences in terms of the family functioning scale and identity status in relation to gender, year of study, success in studies, family structure and the number of siblings. The research involved 300 respondents (students) from different faculties and years of study, aged 19 to 23. The following psychological measurement tools were used in the study: to examine family functioning we used the Family Adaptability and Flexibility Evaluation Scale - FACES IV (Olson et al., 2006), to examine the identity status, the Modified Marcia Identity Questionnaire (Bennion & Adams, 1986) was used. The results of the conducted research showed that there is a connection between family functioning and identity status in students. Regarding the predictive effect the achieved identity on the basis of family dimensions, the results of our research have shown that different statuses of adolescent identity can be predicted with the family dimensions model. Our research also showed that there are differences in the family functioning scale and the identity status with regard to gender, as well as family structure. On the other hand, the success in studies did not show statistically significant differences.

Key words: family functioning, identity statuses, students, adolescence, family structure

Relevance. Adolescence is a turbulent period of development characterized by the search for identity. Family dynamics and relationships with parents play a significant role in the formation of the value system, as well as the professional and gender identity of adolescents. In the previous century, the period of late adolescence from 20 to 24 years of age was considered a period when young people mostly complete their developmental tasks (completion of schooling, economic independence, entering into marriage). Today, it is a period of emerging adulthood (Arnett, 2007., 2015) which has its own special features, and one of them is the prolonged formation of identity, the so-called moratorium. In addition to technological advances that have contributed to prolonged schooling and delaying of the completion of adolescence, the family still plays a significant role in the formation of identity and completion of

developmental tasks. The modern systemic approach to the family considers its functionality from the point of view of the family as a whole and not only of its individual members (Janković, Todorović, Arnaudova, 2017). The period when children enter adolescence and leave the family in its final phase is especially important for the family system. Different families have different dynamics of mutual relations and distribution of power in the family, and this contributes to different outcomes in the formation of adolescents' identity.

Olson's (Olson, 2000) Circumplex Model of Marital and Family Systems belongs to the systemic approach and it is one of the most frequently used models in family assessment. According to this model, there are three main dimensions of family functioning: Cohesion, Adaptability (Flexibility) and Communication (Olson, 2000). Family cohesion refers to the emotional connection between family members. Olson (2000) singles out four levels of family cohesion: a family with a very low level of cohesion (disengaged family), a family with a low to moderate level of cohesiveness (separated family), a family with a moderate to high level of cohesiveness (connected family), and a family which has a very high level of cohesion (enmeshed family). Separated and connected levels of cohesion indicate balanced family systems and they are the most optimal for family functioning (Olson & Gorall, 2006).

The second dimension is Adaptability (Flexibility) which refers to the family's ability to change roles and rules, as well as the hierarchy of power (leadership) within the family (Olson & Gorall, 2006). There are four levels of family flexibility: a family with a very low level of flexibility (rigid family), a family with a low to moderate level of flexibility (structured family), a family with a moderate to high level of flexibility (flexible family), and a family with a very high level of flexibility (chaotic family). For flexibility, as well as for cohesion, middle levels are the most optimal. These are certainly families that are structured and flexible, while families that are characterized by rigid and chaotic functioning indicate a certain dysfunction.

The third dimension of the Circumplex model is Communication (Olson, 2000) and refers to positive communication skills that contribute to better family functioning. Communication is a facilitating dimension that contributes to the improvement of cohesion and flexibility. In order for a family to be balanced, its members need to show a willingness to listen to each other, to show respect for other members, to be open, clear and empathetic (Matejević, Todorović, 2012).

Families who have adolescents face a special challenge, because at this stage, an increased flexibility of parents is expected due to the increasing independence of the child. A functional family will make it easier for children to go through the period of adolescence as painlessly as possible and realize developmental tasks without creating permanent conflicts between them and their parents (Matejević, Todorović, 2012, Janković, Todorović, Arnaudova, 2017).

Erik Erikson developed a psychosocial theory in which he emphasized the influence of biological, psychological and social factors on personality development. In the context of the psychosocial theory, Erikson (1994) was the first to mention the term identity, and emphasized that each individual goes through eight successive stages in his development, the order of which cannot be changed. Developmental crises, which are the result of a person's reduced capacity and certain requirements set by the environment, can occur in each phase. Crises enable further development because, as Erikson himself emphasized, if there is no crisis, then there is no development. A crisis is resolved by restoring the disturbed balance (Erikson, 1994). A successful overcoming of a crisis enables a person to move from one stage to another, whereas if overcoming is unsuccessful then it can lead to maladaptive forms of functioning.

According to Erikson (1994), the fifth and the sixth stage of development include the period of adolescence, where, among other things, identity is formed. During the "psychological moratorium" as defined by Erikson, adolescents seek to develop independence from their parents, increasingly experimenting with other roles and individuals. Erikson points out that the development of identity depends on the ability to adjust in the future and solve new development tasks.

Maricia (Maricia, according to Vranješević, 2001) is the first author who tried to empirically investigate the level of realized identity in adolescents. Identity status is a term he introduced to assess identity formation (Grotevant & Cooper, 1985). He suggested that the identity status should be determined based on two continuous variables pointed out by Erickson – crisis (research) and commitment. The main criterion for their differentiation is the degree of commitment and the presence or absence of a crisis:

1. *Identity achievement* – persons with this status of identity, went through a crisis and came out of it with clear commitments, defined roles and goals.

2. *Identity diffusion* – regardless of whether persons have experienced a crisis or not, the main feature is the lack of desire and struggle, the lack of interest in a more permanent commitment. The preference of a choice can be quickly rejected, since different possibilities constantly appear, and they are all equally tempting. The person remains undecided.

3. *Moratorium* – there is a large number of alternatives and possible choices. It is a period in which different values, roles and goals are mixed. There is a desire and struggle of adolescents to make a decision. Although the wishes and values of the parents are still important, persons try to find a compromise between the social demands and their own possibilities.

4. *Foreclosure* – persons with the achievement status have not experienced the crisis of identity. They are determined, but those determinations

are conditioned by the wishes and values of the parents, they become what others want from them. They are characterized by rigidity and when faced with situations in which parental values are no longer applicable, they become intimidated.

An individual is, above all, born in a state of “identity diffusion”, only to later come to the achievement of identity because the person identifies with his parents and internalizes their values and standards. What is most common in early adolescence is the diffusion of identity. Staying in the status of identity diffusion for too long can produce personality disintegration (schizophrenia, suicidal tendencies) (Muus, 1996)

Adolescents who cannot distinguish their values and goals from their parents’, and who are overly emotionally attached to their parents, which makes healthy separation difficult, are in the identity achievement status (Papini, et al, 1989; according to Rice, 1999). The identity achievement status formed in this way can be changed only at a younger adult age.

The moratorium status, alternatives are being examined, but the person still does not take responsibility and does not make decisions. Anxiety dominates in adolescents, firstly because they avoid solving problems, and then because of an uncertain future. In addition to anxiety, adolescents feel unstable and confused. They express all this through protest and resist the authorities (Rice, 1999).

After the period of experimentation, a person enters the status of realized identity (*Identity achievement*). The identity achievement is characterized by the harmony between the aspirations individuals have and their abilities, so that they usually set realistic goals for themselves. If the set goals cannot always be achieved, a person can feel anxiety that can be overcome with the help of a control and coping strategy, because they are already built in the period of achieved identity (Lacković – Grgin, 2005).

Research studies dealing with the issue of the development of identity status in students have shown that the identity status does not always develop in a linear manner (Adams & Markstrom-Adams, 1989; Goossens, 1992; according to Berzonsky, 1998). Longitudinal research of the development, which covered the period from late adolescence to younger adulthood, showed that more than a half of young people from the status of identity diffusion and foreclosure identity go towards the achievement identity in the period from one to six years (Lackovic – Grgin 2005). Adolescents in the moratorium status have much greater death anxiety than those in the other three identity statuses (Sterling, Van Horn 1989; according to Rice 1999). Research conducted on the American population shows that the number of young people who are in the moratorium status increases after coming to college, because their values, ideologies and professional orientation are being reexamined. During this period, it is not un-

common to change the professional plans that were originally set (Arehart & Smith, 1990; according to Rice, 1999). The results obtained by Bosma and Kunnen (2001) indicate that relationships with parents are critical in initiating and maintaining a desirable identity development. Meeus, Iedema, Maassen and Engels (2005) conducted research on a sample of Dutch adolescents and found that family support was significantly associated with identity research and commitment.

Research problem. The main problem of this research is to examine the relationship between the dimensions of family functioning and different identity statuses among students of the University of Niš.

Research aims:

To determine whether there is a statistically significant contribution of the dimensions of family functioning to the achieved identity status among students.

To determine whether there are statistically significant differences in the expression of family functioning and different identity statuses in relation to gender, family structure and success in the respondents' studies.

Research sample

The sample consists of students from different faculties of the University of Niš, a total of 300 (M=142; F=156), aged 19 to 23. The majority of students in the research sample had an average score between 8 and 9 (34%) and an average score between 7 and 8 (33.7%). Only 13.7% of students in the entire research sample had a score higher than 9. The majority of the sample consisted of participants that come from full families - 264 participants or 88%.

Instruments

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – FACES IV (Olson et al., 2006) measures six dimensions two of which are balanced (Balanced Cohesion and Balanced Flexibility) and the higher the score on these two scales the more functional the family, and four of which are unbalanced (Disengaged, Enmeshed, Rigid and Chaotic), where a lower score indicates more functional families. Two additional scales are integrated into FACES IV – the scale of Family Communication and Family Satisfaction. The questionnaire contains 60 items, Likert-type scale from 1 (completely disagree) to 5 (completely agree). The **Modified Marcia Identity Questionnaire** (Bennion & Adams, 1986) – scale has four subscales: foreclosure, moratorium, identity diffusion and identity achievement. scale has 40 items Likert-type scale from 1 (completely disagree) to 5 (completely agree)

Results.

Table 1

**Regression model of family dimensions as a predictor
of identity achievement identity foreclosure (ENTER method)**

Regression model	R	R ²	df	F	p
	.282	.080	8	3.143	.002**

Based on the results presented in Table 1, it can be seen that the regression model is statistically significant ($p < 0.01$). The multiple correlation coefficient is $R = 0.282$, and it can explain 8% of the total variance of the examined criterion. Two dimensions proved to be statistically significant predictors of the achieved identity variable, in which a positive value of regression coefficients was determined, namely the dimensions of disengagement ($\beta = .205$, $p < .05$) and rigidity ($\beta = .157$, $p < .05$).

Table 2

**Regression model of family dimensions as a predictor
of moratorium identity status (ENTER method)**

Regression model	R	R ²	df	F	p
	.457	.208	8	9.580	.000**

Based on the results presented in Table 2, it can be concluded that the tested regression model is statistically significant ($p < 0.00$). The multiple correlation coefficient of the model is $R = 0.457$, and it can explain 20.8% of the total variance of the criterion variable. The following dimensions of family functioning were determined as statistically significant predictors: disengagement ($\beta = .294$, $p < .01$), rigidity ($\beta = .222$, $p < .01$), chaos ($\beta = .341$, $p < .01$) and dimension of family communication ($\beta = .395$, $p < .01$). All listed regression coefficients are positive.

Table 3

**Regression model of family dimensions as a predictor
of identity foreclosure (ENTER method)**

Regression model	R	R ²	df	F	p
	.662	.438	8	28.398	.000**

Table 3 shows that the investigated regression model is statistically significant ($p < 0.00$). The results show that the multiple correlation coefficient is $R = 0.662$, and that this model can explain 43.8% of the variance of the criterion. The following family dimensions were determined as statistically sig-

nificant predictors: enmeshed ($\beta=-.497$, $p<.01$), rigid ($\beta=.176$, $p<.01$), chaotic ($\beta=.182$, $p<.05$) and family communication ($\beta=-.296$, $p<.01$). All regression coefficients are positive.

Table 4

Regression model of family dimensions as a predictor of identity diffusion (ENTER method)

Regression model	R	R ²	df	F	p
	.382	.146	8	6.213	.000**

Based on the presented data, it can be concluded that the regression model of identity diffusion prediction is statistically significant ($p<.01$). The multiple correlation coefficient of this model is $R=0.382$, and this model can explain 14.6% of the variance of the criterion. In the tested model, dimensions disengaged ($\beta=.190$, $p<.01$) and chaotic ($\beta=.261$, $p<.01$) proved to be statistically significant predictors in which positive regression coefficients were determined.

When it comes to gender, family structure, and success in studies, the results showed that male participants achieved statistically significantly higher scores on the dimensions of disengagement, enmeshed and chaos in the family, while female respondents achieved statistically significantly higher scores on the dimensions of balanced cohesion, family communication and family satisfaction. When comparing identity statuses in different genders, it was shown that men achieved statistically significantly higher scores for the moratorium, foreclosure identity, and identity diffusion.

Respondents from complete families have statistically significantly higher scores on the dimensions of balanced cohesion, family communication and family satisfaction, while respondents from incomplete families show statistically more pronounced scores on the chaotic dimension, and there were no statistically significant differences obtained in terms of different identity statuses in relation to the respondents' family structure.

The results showed that no statistically significant differences were found in terms of the expression of the dimensions of family functioning, as well as in terms of the achieved identity status in relation to the average scores of the respondents in their studies.

Discussion. Can students' identity statuses be predicted based on the dimensions of family functioning? The results are affirmative, especially when it comes to identity foreclosure, moratorium and identity diffusion. High family cohesion (enmeshed) puts loyalty to the family in the foreground despite the need for individuation and autonomy (Olson, 2000, Matejević, Todorović 2012, Todorović, Stojiljkovic, 2012). For example,

one of the items of the subscale is: *Family members feel guilty if they want to spend time outside the family*. Such families may be rigid (although not necessarily) in terms of power distribution, or chaotic because they make separation difficult at the cost of over-indulgence. For these reasons, adolescents in these families do not nurture authentic and their own choices, but take over parental ones both in terms of the future profession, and in terms of friendly relationships or leisure activities. A positive correlation with communication suggests that these are families in which positive emotions are openly expressed, but discomfort and anger are rare, so it is not surprising that satisfaction with communication positively contributes to the development of foreclosure identity.

Moratorium is a period in which values and roles are still mixed because the period of identity formation has been extended. Communication satisfaction, chaos, disengagement and rigidity contribute to this status. A family characterized by open communication, easy expression of positive feelings, but also the lack of a clear division of roles (chaotic) and togetherness (e.g., a disengagement item is *Our family rarely does something together*.) is a bit like the *lese faire* approach and adolescents usually search for a clear identity for a longer time. These data, however, should not be taken for granted given that the moratorium identity status subscale is not of satisfactory reliability (Cronbach's alpha 0.588).

Identity diffusion, which is characterized by a lack of desire and struggle, and a lack of interest in a more permanent commitment, is more a feature of the early and middle adolescence. Chaos and disengagement in the family contribute to the feeling of an unclear identity. However, this subscale does not have a satisfactory reliability either, so we must also analyze these results with great care (Cronbach's alpha 0.545).

The achievement identity subscale is also unreliable (Cronbach's alpha 0.595), and disengagement and rigidity contribute to the formation of this status as the most desirable. Although the percentage of the explained variance is significant, it is still not large, so the explanations in the light of all these data are very tense. However, it is not excluded that rigid rules and lack of togetherness to some extent facilitate the formation of identity.

Conclusion. Although the predictive models in this study showed statistical significance, given the insufficient reliability of the identity status subscale, we cannot take the results for granted. Foreclosure Identity characterizes persons who have not experienced an identity crisis. Their commitments are conditioned by the desires and values of their parents, they become what others want from them. They are characterized by rigidity and when faced with situations in which parental values are no longer applicable, they become intimidated. Although the average values on the subscale of this identity status are the lowest, this does not mean that we cannot conclude that being enmeshed, i.e. strong cohesion among members,

which hinders independence and thus the formation of an authentic identity, contributes the most to it. It is interesting that in this model we encounter the rigidity and chaos of family relations at the same time. This predictive model indicates that there is a pronounced fear of the separation of adolescent members in these families, and the price is the acceptance of the imposed identity.

References

1. Arnett J.J. Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For // *Child Development Perspectives*. 2007. Vol. 1. P. 68-73.
2. Arnett J.J. College Students as Emerging Adults: The Developmental Implications of the College Context // *Emerging Adulthood*. 2015. Vol. 4, № 3. P. 219-222.
3. Berzonsky M.D. A self – regulatory model of identity development. 1998.
4. Bosma H.A., Kunnen E.S. Determinants and mechanisms in ego identity development: A review and synthesis // *Developmental Review*. 2001. Vol. 21. P. 39-66.
5. Erikson E. Identity and the Life cycle. W. W. Norton & Company, 1994.
6. Grotevant H.D., Cooper C.R. Patterns of Interaction in Family Relationships and the Development of Identity Exploration in Adolescence // *Child Development*. 1985. Vol. 56. P. 415-428.
7. Janković I., Todorović J., Arnaudova V. Family functioning and self-silencing of students // *Facta Universitatis. Series: Philosophy, Sociology, Psychology and History*. 2017. Vol.16, № 2. P. 151-161.
8. Lacković-Grgin K. Psihologija adolescencije [Psychology of Adolescence]. Jastrebarsko: Naklada slap, 2005.
9. Matejević M., Todorović J. Funkcionalnost porodičnih odnosa i kompetentno roditeljstvo [Functionality of family relations and competent parenting]. Niš: Filozofski fakultet, 2012.
10. Meeus W. Studies of Identity Development in Adolescence: An Overview of Research and Some New Data // *Journal of Youth and Adolescence*. 1996. Vol. 25. P. 569-597.
11. Meeus W., Iedema J., Maassen G., Engels R. Separation-individuation revisited: On the interplay of parent-adolescent relations, identity and emotional adjustment in adolescence // *Journal of Adolescence*. 2005. Vol. 28. P. 89-106.
12. Muus E. Theories of Adolescence. New York: McGraw – Hill, 1996.
13. Olson D.H. Circumplex Model of Marital and Family Systems // *Journal of Family Therapy*. 2000. Vol. 22. P. 144-167.
14. Olson D.H, Gorall D.M., Tiesel J.W. FACES IV Package – Administration Manual. Life innovations, Inc., Minneapolis, 2006.
15. Rice F.P. The adolescent. London: Allyn and Bakon, 1999.
16. Todorović J., Stojiljković S. Personal and family factors as predictors of academic achievement of university students, International Psychological Applications Conference and Trends (InPACT), Porto, Portugal, 5-7 May, 2018 // *Psychological Applications and Trends, Book of Proceedings / eds. C. Pracana, M. Wang. Lisboa, Portugal: InScience Press, 2018. P. 135-140.*

ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

УДК 159.99

КОМПОНЕНТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА COVID-19

Ж.Г. Василькова

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

Аннотация. В статье представлен анализ компонентов стрессоустойчивости современного человека в условиях пандемии коронавируса COVID-19.

Ключевые слова: стрессоустойчивость, компоненты стрессоустойчивости, условия пандемии коронавируса COVID-19

Актуальность. На сегодняшний день в условиях пандемии коронавируса COVID-19 многие люди находятся в ситуации хронического стресса, что не может не отразиться на повышении показателей нервно-психических расстройств как в России, так и во всем мире. Большой поток негативной информации, транслируемой через СМИ, а также полученной от ближайшего социального окружения, по-разному влияет на людей, вызывая достаточно широкий спектр эмоциональных и поведенческих реакций. Многие люди последние полгода (с момента начала пандемии) испытывают постоянный страх заразиться, страх смерти, страх потерять работу в связи с закрытием многих предприятий и организаций, страх неспособности оплачивать расходы семьи, постоянное тревожное ожидание событий негативного плана в сфере экономики, политики, здравоохранения. Ситуация крайней нестабильности и напряженности не только в связи с распространением коронавирусной инфекции, но и как ее следствие, ухудшением социально-экономических условий жизни населения, требует от людей проявления высокого уровня стрессоустойчивости.

Постановка проблемы. Исследователи связывают стрессоустойчивость со способностью быть эмоционально стабильным или психически устойчивым (Н.Д. Левитов; П.Б. Зильберман; Я. Рейковский; В.Л. Маришук; В.Г. Норакидзе; К.К. Платонов; А.Г. Маклаков), с надситуативной активностью (В.А. Петровский), с поисковой активностью (В.С. Ротен-

берг, В.В. Аршавский), с сопротивляемостью (С.С. Carver, А. Antonovsky), со смыслопорождением (Ф.Е. Василюк), с творческим поведением, не привязанным к биологическим факторам (Ф.Е. Василюк, К. Роджерс, А. Маслоу, Г. Олпорт, В.И. Кабрин и др.), с выносливостью (жизнестойкостью) (S. Kobasa, М.С. Pucetti, С. Мадди).

В психологической науке нет единого понимания содержания такого явления, как стрессоустойчивость, и, следовательно, нет единственного определения этого понятия. Под термином «стрессоустойчивость» понимаются такие явления, как эмоциональная устойчивость, психологическая стойкость к стрессу, стресс-резистентность, фрустрационная толерантность и многие другие.

Стрессоустойчивость – это термин, характеризующий некоторую совокупность личностных качеств, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые, эмоциональные и физические нагрузки (перегрузки) без особых вредных последствий для своего здоровья. К признакам высокой стрессоустойчивости относятся: энергетический потенциал личности; уровень развития интуиции; уровень развития логических способностей и рациональное мышление; эмоциональная зрелость личности; эмоциональная устойчивость и уровень эмоционального контроля; пластичность (гибкость, готовность личности к изменениям); сильный тип темперамента (по И.П. Павлову); высокий уровень развития рефлексии и другие. Психологи и психотерапевты отмечают, что у людей с низкой стрессоустойчивостью часто возникают психосоматические заболевания (Безносок Е.В., 2006; Старшенбаум Г.В., 2005; Ромасенко Л.В., 2002; Эллис А., 2002).

Американский психолог, когнитивный психотерапевт, создатель теории рационально-эмоциональной поведенческой психотерапии А.Эллис считает, что стрессоустойчивые люди имеют умеренную гибкость, способность находиться в состоянии неопределенности и принимать это состояние как данность, способность к отсроченному гедонизму, доказательное мышление (Эллис, 2002).

В.А. Бодров пишет, что стрессоустойчивость есть свойство личности, способствующее высокой продуктивности деятельности в экстремальном пространстве (Бодров, 2000). Б.Х. Варданян определяет стрессоустойчивость как свойство личности, обеспечивающее гармоническое отношение между всеми компонентами психической деятельности в эмоциогенной ситуации. Л.М. Аболин определяет эмоциональную устойчивость как свойство, характеризующее индивида в процессе напряженной деятельности, отдельные эмоциональные механизмы которого, гармонически взаимодействуя между собой, способствуют успешному достижению поставленной цели. В.А. Плахтиенко, Н.И. Блудов сводят стрессоустойчивость к свойству темперамента, позволяющему надежно

выполнять целевые задачи деятельности за счет оптимального использования резервов нервно-психической эмоциональной энергии.

Некоторые авторы рассматривают стрессоустойчивость как одну из подструктур готовности человека к деятельности в напряженных ситуациях. Так, М.И. Дьяченко с соавторами (1990) полагают, что среди факторов, от которых зависит уровень и успех деятельности специалистов в напряженных ситуациях, особое значение имеет готовность к ним. Она способствует быстрому и правильному использованию знаний, опыта, личных качеств, сохранению самоконтроля и перестройке деятельности при появлении непредвиденных препятствий. К числу внешних и внутренних условий, обуславливающих готовность, данные исследователи относят: содержание поставленных задач, их трудность, новизну; обстановку деятельности, мотивацию, оценку вероятности достижения цели, самооценку, нервно-психическое состояние и, кроме того, эмоциональную устойчивость к стрессовой ситуации (Василькова, 2019).

Обобщая точки зрения разных психологов, можно сделать вывод о том, что под стрессоустойчивостью человека понимается его умение преодолевать трудности, контролировать свои эмоции для достижения нужных целей, проявляя выдержку и такт. Стрессоустойчивость определяется совокупностью личностных качеств, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки без особых вредных последствий для деятельности, окружающих и своего здоровья (Дусказиева, 2013).

Проанализируем компоненты стрессоустойчивости современного человека в условиях пандемии коронавируса COVID-19.

Учитывая интенсивное влияние негативного информационного потока, который «обрушивается» ежедневно на сознание современного человека, для сохранения душевного равновесия и оптимальной работоспособности он должен обладать умением критически подходить к поступающей извне информации, его мышление должно быть логичным, доказательным, способным «отфильтровать» ненужную информацию. Важно разделять поступающую информацию на две категории – «на что я могу повлиять», а «что от меня не зависит». Исходя из этого, рационально мыслящий человек в условиях пандемии не будет «зацикливаться» на информации, которая не является для него объективно значимой, и тратить время на ее осмысление, а имеющиеся когнитивные ресурсы направит на анализ тех факторов, которые влияют здесь-и-сейчас и могут повлиять в ближайшем будущем на него и его близких. Так, например, не имеет смысла офисному сотруднику банка задумываться над тем, формируется ли коллективный иммунитет к коронавирусу или нет, и сколько времени потребуется жителям города на его формирование. В данном случае ему важно задуматься, как именно на своем рабочем месте он

может обезопасить себя от заражения, как оптимальнее добираться до своей работы и организовать досуг со своей семьей, чтобы это было безопасно. Наличие аналитического, логичного и практикоориентированного мышления – важнейший компонент стрессоустойчивости современного человека.

Постоянный тревожный фон, подтверждающийся статистически ростом числа заболевших, и естественный инстинкт самосохранения, должны являться стимулом для создания в краткий срок условий максимальной безопасности себя и своей семьи. Так, например, будет не лишним сделать необходимые запасы еды, лекарств, тех вещей, без которых в быту тяжело обойтись. Однако, важно соблюдать умеренность, и чувствовать грань между жизненно необходимыми продуктами, вещами и деструктивным шопоголизмом с целью снятия тревожности. Стрессоустойчивость современного человека предполагает чувство меры во всем, отсутствие крайностей в попытке достичь ощущение безопасности. Так, например, не будет лишним купить в дом пульсоксиметр, градусник, пару пачек антибиотиков и противовирусных препаратов, сделать умеренные запасы круп, мяса и чая, но нет смысла скупать десятки рулонов туалетной бумаги, так как без нее еще никто не умирал, и дефицит данного товара вполне можно пережить без вреда для здоровья. В период ослабления карантинных мер и открытия магазинов одежды наблюдался значительный скачок продаж. К психологам участились обращения людей, страдающих шопоголизмом, так как доходы населения не росли, а так называемый отложенный спрос реализовывался часто за счет денежных средств с кредитных карт. Важно в такой нелегкий для общества период контролировать свои желания, соотнося их с собственными финансовыми возможностями. При этом необходимо учитывать имеющиеся тенденции в экономической сфере, понимать, что многие предприятия и организации могут прекратить свое существование, и это может коснуться каждого. Умение экономить деньги без ущерба для своего здоровья становится необходимым качеством в современных реалиях жизни. Способность объективно оценивать собственные актуальные потребности, рационально расходовать денежные средства и эффективно планировать свою жизнь в период пандемии – это ценное качество современного человека, которое является неотъемлемой составляющей стрессоустойчивости.

Панические настроения в обществе, связанные со страхом заразиться, информация о трудностях в системе здравоохранения и связанные с этим риски не получить во время медицинскую помощь, усиливают тревожность, раздражительность, страхи, депрессивные тенденции. В связи с этим становится актуальным вопрос о саморегуляции, умении управлять своим эмоциональным состоянием. Людям, страдающим некоторыми не-

врезами и расстройствами личности (ОКР, тревожные расстройства, ипохондрическое расстройство и др.), приходится нелегко, так как у них возможны трудности с саморегуляцией. Многие клиенты психотерапевтов и психологов отмечают в период пандемии ухудшение сна, нарушение пищевого поведения, усиление навязчивых мыслей, психосоматических реакций (Дусказиева, 2015). На дисфункциональные эмоциональные и психосоматические состояния и реакции можно влиять с помощью методов и техник саморегуляции. Одним из таких методов является Сократовский диалог, который психолог может проводить с клиентом в рамках консультации или научить его использовать его самостоятельно при тревожащих или депрессивных иррациональных мыслях. Путем специально поставленных вопросов психолог или клиент сам себя подводит к правильным выводам, формирует более рациональные мысли, которые, в свою очередь, снижают остроту эмоциональных переживаний (Василькова, 2016). Например, клиент не может уснуть из-за мыслей о том, что он был в контакте с большим коронавирусом, и мог заразиться. Он может задавать себе следующие вопросы, тут же отвечая на них: «Если я заразился и болею, то у меня будут симптомы?» - «Скорее да» - «А если у меня симптомов нет, то больше шансов, что я не заразился?» - «Да» - «Если симптомы появятся, то я знаю, какой алгоритм действий мне нужно сделать?» - «Да, я написал его заранее» - «Имеет ли смысл мне тревожиться ночью по поводу болезни, симптомов которой у меня сейчас нет?» - «Нет, если я ночью не буду спать, то снизится иммунитет и от этого будет больше риска заразиться» - «Когда я не сплю, делаю ли я себе лучше или делаю хуже?» - «Хуже» - «Тогда зачем я это делаю?». Таким образом, клиент приходит к правильному выводу о том, что нет смысла тревожиться о том, чего с ним на данный момент еще не случилось, и тем более думать об этом ночью, лишая себя сна и снижая тем самым иммунитет. В случае, если с клиентом случится заражение, он должен иметь под рукой алгоритм действий, согласованный заранее с врачом. Когда люди знают, как действовать, уже от этого многим становится спокойнее. Изменить обстоятельства пандемии человек не в силах, поэтому самым оптимальным для саморегуляции будет девиз «Делай, что можешь, с тем, что имеешь там, где ты есть» (Рузвельт Т.).

Для того, чтобы не погрязнуть в негативных эмоциях, не испытывать на себе эффекты деструктивного эмоционального заражения, можно использовать защитный механизм психики – компенсация. Для этого необходимо составить список того, что человеку приятно и при этом безопасно в условиях пандемии. Это может быть какая-то деятельность, процесс, процедура, объект. Например, сделать ванночку для ног с любимым эфирным маслом, послушать любимую музыку, приготовить вкусный и полезный десерт и т.д. «Приятности» нужно распределить по вре-

мени таким образом, чтобы избежать пресыщения ими, и после тяжелого рабочего дня дома чередовать их, поощряя себя за каждый прожитый день (Василькова, 2019).

Существует еще один действенный защитный механизм психики, который можно использовать в условиях пандемии, – это отвлечение. Для его реализации необходимо найти деятельность, которую человек давно хотел реализовать, но все «руки не доходили», при этом она должна быть интересной, полезной и продолжительной. В свободное время вместо новостей по телевизору клиенту рекомендуется под приятную музыку заниматься этой деятельностью, полностью погружаясь в процесс. Для этого можно выделить не только время – определенные часы и день недели, но и место в квартире (доме). Можно привлекать к процессу свою семью, чувство общности будет большим бонусом.

Релаксационные техники также подходят для саморегуляции в условиях пандемии. Их можно использовать на природе или в домашних условиях, с ароматерапией, музыкотерапией, светотерапией. При этом важно заранее согласовать с лечащим врачом применение тех или иных аромасел.

Важным компонентом стрессоустойчивости является оптимистиче-ский настрой, но он не должен быть деструктивным по типу «Меня вирус никогда не коснется, я здоров и молод, поэтому я везде буду ходить без маски». Оптимизм должен быть умеренным, рациональным, созидатель-ным. Вера в лучший исход, стремление видеть во всем положительные моменты – необходимое условие даже для тех, кто уже находится в со-стоянии болезни. Так, например, можно использовать копинг (стратегия совладания со стрессом) «относительность»: «Да, я работаю в тяжелых условиях, мне приходится контактировать каждый день с десятком лю-дей и затем ехать в пробках домой в общественном транспорте, где меня могут заразить. Однако медикам еще тяжелее, они работают в еще более худших условиях, например в «красной зоне», и их риски гораздо выше, чем у меня». Даже когда человек уже заболел, важно сохранять опти-мизм и веру, что вскоре он будет здоров: «Да, я, к сожалению, заболел и у меня очень неприятные симптомы, высокая температура и кашель. Но я, к счастью, могу сам дышать без аппарата, в то время как другие люди находятся на ИВЛ. У меня ситуация намного лучше, значит вскоре я буду выздоравливать». Когда человек сравнивает себя с теми, кому намного хуже, это зачастую дает ему ресурс для совладания со стрессом. В нашей жизни все относительно, поэтому желательно всегда осознавать, какое твое место в иерархии таких же, как ты? И действительно ли у тебя все так плохо, как ты думаешь? Бывает ли хуже?».

В ситуации пандемии обстоятельства, условия жизни во всех сферах очень динамично могут изменяться, что требует от современного че-

ловека проявления такого свойства личности как гибкость. Умеренная гибкость поможет своевременно и адекватно реагировать на смену режима и формы работы/обучения, так например, не всем людям удалось без трудностей перейти с очной на дистанционную формы работы и обучения. Гибкость поможет человеку в случае потери работы переориентироваться на другую организацию и возможно даже смену профессиональной деятельности. Данное качество позволяет «выживать» в любом диапазоне финансовых затрат. Так, умеренно гибкий человек, зарабатывающий длительный период по сто тысяч рублей в месяц, способен в кризисный период прожить и на пятнадцать тысяч рублей, сохраняя при этом внутренний баланс и самообладание, он может в краткие сроки произвести переоценку ценностей и сместить акценты на более важные моменты в жизни, а «практикоориентированный мозг» подскажет, каким образом и на что лучше тратить деньги. Гибкость позволяет человеку принять происходящее вокруг для того, чтобы затем научиться жить в новой реальности, перестроить свои адаптивно-защитные механизмы для совладания с хроническим стрессом в условиях пандемии.

Вывод. Итак, аналитическое, логичное, практикоориентированное мышление; умение объективно оценивать собственные актуальные потребности, рационально расходовать денежные средства и эффективно планировать свою жизнь; оптимизм; способность к саморегуляции и умеренная гибкость являются важнейшими составляющими стрессоустойчивости современного человека в период пандемии коронавируса COVID-19.

Список литературы

1. Бодров В.А. Информационный стресс : учебное пособие для вузов. М.: Пер Сэ, 2000. 352 с.
2. Василькова Ж.Г. Активизация когнитивных ресурсов преодоления стресса посредством рационально-эмоциональной поведенческой терапии (на примере работы с дисфункциональным перфекционизмом). Текст: электронный // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. №1. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/34PSMN119.pdf> (дата обращения: 12.10.2020).
3. Василькова Ж.Г. Способность к гедонизму как жизненный ресурс // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы VI-й Международной научно-практической конференции. Красноярск : Версо, 2019. С.70-75.
4. Василькова Ж.Г. Особенности совладания со стрессом пациентов с психосоматическими расстройствами // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы III Междунар.науч-практ.конференции (г. Красноярск, 24-25 ноября 2016 г.). Красноярск: Версо, 2016. С.178-186.
5. Василькова Ж.Г. Психологическая коррекция невротической депрессии посредством рационально-эмоциональной поведенческой терапии // Традиции и перспективы исследований в сферепсихокоррекции и психопрофилактики функциональ-

ных и эмоциональных состояний / И.О. Логинова, О.В. Волкова, Ю.В. Андреева [и др.]. Саратов : Амирит, 2016. С. 168-185.

6. Дусказиева Ж.Г. Анализ психологических факторов здоровья // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы Всероссий. науч.-практ. конф. с междунар. уч. Красноярск: Версо, 2013. С.195-200.

7. Дусказиева Ж.Г. Внутриличностный конфликт как фактор возникновения психосоматических расстройств. Текст: электронный // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2015. № 3 (9) . URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения : 20.10. 2020).

8. Дусказиева Ж.Г. Особенности стрессоустойчивости пациентов с вегетососудистой дистонией . Текст: электронный // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 3 (14). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 20.10. 2020).

9. Дусказиева Ж.Г. Проблема соотношения факторов, определяющих здоровье // Психологическое здоровье населения / Н.Н. Вишнякова, О.В. Волкова, Ж.Г. Дусказиева, Ю.В. Живаева, С.М. Колкова, И.О. Кононенко, И.О. Логинова, Л.Б. Соколовская, В.Б. Чупина // Психологическое здоровье населения: коллективная монография. Красноярск: Версо, 2015. С. 46-67.

10. Дусказиева Ж.Г., Лисняк М.А. Эффективные копинг-стратегии как жизненный ресурс // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы международной научно-практической конференции 28-29 ноября 2014. Красноярск, 2014. С.134-141.

11. Эллис А., Драйден У. Практика рационально – эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. / пер. с англ. Т. Саушкиной. СПб.: Речь, 2002. 352 с.

УДК 159.9

ПРОЦЕСС СТАНОВЛЕНИЯ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У СТУДЕНТОВ 2-4 КУРСОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ» КРАСГМУ

Л.С. Гавриленко, В.Б. Чупина, Т.И. Тарасова

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

Аннотация. В статье представлено исследование становления ценностных ориентаций у студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология» КрасГМУ. На основе анализа результатов лонгитюдного исследования ценностных ориентаций студентов показано, что на протяжении обучения в вузе активно идёт процесс становления ценностей и к концу обучения многие ценности являются сформированными.

Ключевые слова: ценности, ценностные ориентации, смысло-жизненные ориентации, жизненная сфера.

Актуальность. Интерес к ценностным ориентациям отдельной личности и общества в целом возрастает в кризисные, переломные моменты истории человечества. Кардинальная смена общественной системы и произошедшие за последние десятилетия изменения в российском обществе потребовали переоценки значимости многих фундаментальных ценностей.

Постановка проблемы. Перемены, обусловившие необходимость принятия каждой личностью ответственности за свою судьбу, приводят к постепенному утверждению в общественном сознании новой системы ценностных ориентаций. В этой связи особое значение приобретает процесс ценностного самоопределения студентов в период обучения в вузе, становление системы ценностных ориентаций, которая особенно необходима для успешной реализации будущей профессиональной деятельности в системе «Человек-Человек». Следовательно, актуальность рассматриваемой проблемы определяется наличием противоречия между современными социальными условиями, предъявляющими особые требования к формированию системы ценностных ориентаций студентов и, недостаточной изученностью психологических факторов и механизмов развития ценностных ориентаций.

Большой вклад в изучение названной проблемы внесли: М.Р. Гинзбург, Е.И. Головаха, А.Г. Здравомыслов, Д.А. Леонтьев С.Л. Рубинштейн, Л.Л. Шпак, М.С. Яницкий, и др.

Ценностные ориентации молодежи проанализированы: В.Г. Алексеевым, С.С. Бубновой, Е.С. Волковым, Р.А. Кобылкиным, Н.С. Лапхановой, О.Ю. Марковой, Т.В. Никоновой, А.В. Серым, Ю.А. Шерковиним, И.С. Якуниной, М.С. Яницким, Е.Ф. Яценко и др.

Методы и материалы. Экспериментальное исследование ценностных ориентаций у студентов (в количестве 20), обучающихся по специальности «Клиническая психология» КрасГМУ проводилось в несколько этапов: первый этап – экспериментальное исследование ценностных ориентаций у студентов 2 курса (2018 г.); второй этап – экспериментальное исследование ценностных ориентаций у студентов 3 курса (2019 г.); третий этап - экспериментальное исследование ценностных ориентаций у студентов 4 курса (2020 г.); четвертый этап включал сравнительный анализ исследований ценностных ориентаций (2020 г.).

Для организации и проведения исследования были использованы следующие методики: «Ценностные ориентации» М. Рокича, «Морфологический тест жизненных ценностей» В.Ф. Сопова и Л.В. Карпушиной, авторская анкета.

В научной литературе на определение понятия «ценность» сложилось несколько подходов. В качестве рабочего определения понятия «ценность» мы использовали следующее: «... значимость для человека чего-

то в мире, ... и только признаваемая ценность способна выполнять важнейшую ценностную функцию – функцию ориентира поведения». Это наиболее обобщенный подход на рассматриваемое понятие. Тогда ценностная ориентация обнаруживает себя в определенной направленности сознания и поведения, проявляющаяся в поведении (Козлов, Абдулаева, 2012).

В этой связи, ценности приобретают качества реально действующих мотивов и источников осмысленности бытия, ведущие к росту и совершенствованию личности в процессе собственного последовательного развития.

Ценностные ориентации, являясь механизмом личностного роста и саморазвития, сами носят развивающийся характер и представляют собой динамическую систему ценностей.

Результаты и их обсуждение. Взяв за основу вышеозначенные понятия, целью исследования явилось сравнение результатов исследования ценностных ориентаций студентов со 2-го по 4-ый курс обучавшихся по специальности «Клиническая психология» для того, чтобы проследить процесс становления ценностных ориентаций в исследуемой группе студентов.

Анкетирование студентов 2, 3, 4 курсов показало следующие результаты:

1. Ценность семья занимает стабильно первое место, несмотря на то, что процент незначительно изменяется: 2 курс – 65%, 3 курс – 60%, 4 курс – 75%.

2. Ценность самосовершенствование занимает второе место среди предложенных ценностей, хотя результаты периодически изменялись 2 курс – 15%, 3 курс – 30%, 4 курс – 14,2%.

3. Ценность здоровье при проведении анкетирования студентов 2 курса была поставлена на 3 место, а к 4 курсу переместилась на 4. Это видно из результатов исследования 2 курс - 15%, 3 курс - 5%, 4 курс - 5%.

4. Ценность профессия. Студенты 2 курса поставили данную ценность на 3 место, и она получила только 5%. На 3 курсе данный результат сохранился (5%). К 4 курсу ценность профессия была переведена анкетиремыми на 4 место и набрала 9,5%.

С целью выяснения важности применения профессиональных знаний на практике, студентам в анкете был предложен следующий вопрос: «Как вы планируете применить на практике полученные знания?» Если на 2 курсе 60% респондентов ответили, что не будут работать по этой профессии, то к 3 и 4 курсу этот процент значительно снижается, соответственно 3 курс - 15%, 4 курс - 19%. Следующий вариант ответа: «Буду работать по выбранной профессии». На 2 курсе - 35%, на 3 курсе - 55%, на 4 курсе - 43%. Прослеживается незначительный, но все таки рост. Многие

студенты утвердились в выборе профессии. Число студентов, неопределившихся в желании работать по выбранной профессии резко меняется: если на 2 курсе их было всего - 5%, то на 3 курсе уже - 30%, а к 4 курсу - 38%. Отмечаем, что данный процент увеличивается за счёт тех студентов, которые на 2 курсе категорично ответили, что не будут работать по данной специальности.

Исследование ценностных ориентаций (терминальные ценности) по методике М. Рокича показало, что такая ценность как «физическое и психическое здоровье» стабильно занимает первое место (2 курс - 47,3%, 3 курс - 42,1% и 4 курс - 52,3%).

Ценность «счастливая семейная жизнь» студентами 2 курса была поставлена на 3 место и набрала 10,5%, к 3 курсу она становится более значимой, и набирает уже 21%, соответственно перемещаясь на 2 место. К 4 курсу процент увеличивается – 23,8%, т. е. она стабильно закрепляется на 2 месте.

Также сравнительно стабильный результат показывает ценность – «жизненная мудрость» (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом) лишь к 5 курсу утратив 0,5%.

Такие ценности как «счастливая семейная жизнь» и «физическое психическое здоровье» имеют относительно стабильные результаты, остальные ценности с годами изменяются, приобретая или теряя значимость.

Так, например, такая ценность как – «развитие» (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование) на первом этапе (2 курс) исследования набрала 15,7% и заняла 2 место, но к 3 курсу она стала менее значимой и набрала только 5,4% а к 4 курсу эта ценность перестала быть значимой. Ценность – «любовь» (духовная и физическая близость с любимым человеком) для студентов 2 курса она была незначимой, а к 3 и 4 курсу процент повышается соответственно 5,2% и 4,7%.

Такие ценности, как: «наличие хороших и верных друзей»; «познание» (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие) и «свобода» (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках) были значимы только для студентов 2 курса.

Ценности: «продуктивная жизнь» (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей) и «развлечения» (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей) были значимы только для студентов 3 курса, а такая ценность как – «интересная работа» стала значимой только к 4 курсу.

Ценность «активная деятельная жизнь» (полнота и эмоциональная насыщенность жизни) является значимой для студентов 2 курса (5,2%) к 3 курсу теряет свою значимость, а на 4 курсе вновь становится значимой для 4,7% опрошенных.

Ценность «уверенность в себе» (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений) является значимой для студентов 2 курса (5,2%) к 3 курсу увеличивает свою значимость до 10,5%, а для студентов 4 курса значимость данной ценности не выявлена.

Проводя сравнительный анализ инструментальных ценностей за три года исследования можно сделать следующий вывод: на протяжении обучения для студентов доминировали разные ценности. Если на 2 курсе наибольший процент (21%) набрала ценность – «честность» (правдивость, искренность), то на 3 курсе 21% набирает – «жизнерадостность» (чувство юмора), а к 4 курсу к этим двум ценностям присоединяется – «независимость» (способность действовать самостоятельно, решительно) и они приобретают одинаковую значимость (14,2%).

Некоторые инструментальные ценности были значимы на протяжении всего обучения, хотя и не занимали лидирующих позиций. Это такие ценности как:

– «воспитанность» (хорошие манеры) (2 курс - 10,5%; 3 курс - 15,7%; 4 курс - 4,7%);

– «образованность» (широта знаний, высокая общая культура) (2 курс - 5,2%; 3 курс - 5,2%; 4 курс - 4,7%);

– «ответственность» (чувство долга, умение держать свое слово) (2 курс - 10,5%; 3 курс - 5,2%; 4 курс - 4,7%);

– «широта взглядов» (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки) (2 курс - 10,5%; 3 курс - 10,5%; 4 курс - 4,7%).

Остальные инструментальные ценности приобретали либо теряли свою значимость на разных этапах обучения. Так, например такие ценности как: «исполнительность» (дисциплинированность), «чуткость» (заботливость) были значимы только для студентов 2 курса.

Ценности не значимые на 2 курсе такие как: «аккуратность» (чистоплотность), умение содержать в порядке вещи, порядок в делах, «рационализм» (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные, рациональные решения), «самоконтроль» (сдержанность, самодисциплина) стали значимы только на 3 и 4 курсе.

Ценность – «твердая воля» (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями) была значима только на 3 курсе, а ценность – терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения) не была значима на 3 курсе, хотя для студентов 2 курса затем и 4 курса являлась актуальной.

Анализируя показатели, полученные по морфологическому тесту жизненных ценностей, мы можем отметить, что ценность «Сфера профессиональной жизни» занимает главное место в иерархии жизненных сфер на протяжении всех трёх лет исследования. Это означает, что сфера

профессиональной жизни служит для студентов основанием для развития собственного профессионального становления как специалиста в области образования и положительного отношения к будущей профессии.

Ценность «Сфера образования» прочно удерживается на втором месте при выборе жизненных сфер.

Ценность «Сфера семейной жизни» занимает 3 место в иерархии жизненных сфер.

Ценность «Сферы общественной активности» и увлечений попеременно занимают то 4, то 5 место.

Ценность «Сфера физической активности» занимает 6 место как у студентов 2 курса, так и у студентов 3 и 4 курса.

В результате сравнительного анализа жизненных ценностей было выявлено, что наиболее важными являются такие жизненные ценности как «духовное удовлетворение» и «достижение» на протяжении всех трёх лет исследования. Для всех студентов характерна высокая потребность в достижениях, т.е. стремление к достижению ощутимых результатов в любом виде деятельности. Эта потребность объясняется самим характером учебной деятельности студентов. Удовлетворение своих духовных потребностей студенты ставят выше материальных.

Ценность «Высокое материальное положение» на 2 и 3 курсах занимает 3 место, а на 4 курсе она уступает по значимости ценности «Развитие себя».

Ценность «Сохранение собственной индивидуальности» на 2 и 3 курсах занимает 6 место, а на 4 курсе она поднимается по значимости на 5 место.

Ценность «Активные социальные контакты» показывает нестабильные результаты, если на 2 курсе данная ценность занимала 5 место, то к 3 курсу она увеличила свою значимость и переместилась на 4 место, по результатам же 4 курса она перемещается на 6 место.

Ценность «Креативность» занимает 7 место на протяжении всех трёх лет исследования, а ценность «Собственный престиж» также стабильно удерживается на 8 месте.

Таким образом, мы можем констатировать тот факт, что у студентов на протяжении обучения в вузе активно шел процесс становления ценностей и к завершению исследования, нами было выявлено, что практически сформировались следующие ценности: «Семья» и «Самосовершенствование».

Многие студенты утвердились в желании работать по выбранной профессии по окончании вуза.

Исследование ценностных ориентаций (терминальные ценности) по методике М. Рокича показало, что такая ценность как «Физическое и психическое здоровье» стабильно занимает первое место на всех этапах

исследования. Ценность «Счастливая семейная жизнь» стабильно находится на 2 месте.

Проводя сравнительный анализ (инструментальных ценностей) за три года исследования можно сделать следующий вывод: на протяжении исследования для студентов доминировали ценности: «Честность» (правдивость, искренность), «Жизнерадостность» (чувство юмора), «Независимость» (способность действовать самостоятельно, решительно).

Интересным представляется тот факт, что полученные нами данные по методике М. Рокича совпадают со значимыми ценностями, полученными в ходе формирующего эксперимента проведенного М.С. Яницким с 18 слушателями факультета повышения квалификации психологов и социальных работников Кемеровского госуниверситета. По словам М.С. Яницкого, «... в ходе формирующего эксперимента произошли определенные изменения в ценностной иерархии исследуемых, связанные с переориентацией участников группы на высший уровень системы ценностей» Яницкий М.С., 2000). Так, в результате проведенного тренинга в число значимых переместились ценности счастливая семейная жизнь, продуктивная жизнь, активная деятельная жизнь, широта взглядов, жизнерадостность, независимость и образованность. Одновременно с этим заметно снизились ранги значимости материальной обеспеченности, а также воспитанности и хороших манер, т.е. ценностей адаптации и социализации (Яницкий, 2000).

В нашем же исследовании такая переориентация ценностной иерархии произошла в процессе становления.

Анализируя показатели, представленные по методике «Морфологический тест жизненных ценностей», мы можем отметить, что ценность «Сфера профессиональной жизни» занимает главное место в иерархии жизненных сфер. «Сфера образования» прочно удерживается на втором месте. «Сфера семейной жизни», также является преобладающей, и претерпела незначительные изменения на протяжении всех этапов исследования.

Вывод. Таким образом, сравнительный анализ результатов лонгитюдного исследования показал, что у студентов со 2 по 4 год обучения в вузе активно шел процесс становления ценностей и к концу 4 года обучения многие ценности сформировались.

Список литературы

1. Габдулина Л.И., Фёдорова О.И. Самоорганизация деятельности студентов в связи с их ценностными и смысловыми ориентациями // Психология обучения. 2017. № 1. С. 36-49.
2. Козлов В.В., Абдулаева А.В. Исследование особенностей ценностных ориентаций студентов в изменяющихся условиях обучения в вузе // Человеческий фактор: Социальный психолог. 2012. № 2 (24). С. 57-67.

3. Хачикян Е.И. Формирование ценностных ориентаций студентов в образовательном пространстве современного вуза // Аксиологические проблемы педагогики. 2016. № 7. С. 156-161.

4. Шевырдяева К.С., Лыгина М.А. Изучение ориентации студентов на ведение здорового образа жизни и сформированности ценностного отношения студентов к здоровью // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Гуманитарные науки. 2017. № 4 (44). С. 162-167.

5. Яницкий М.С. Ценностные ориентации личности как динамическая система: монография Кемерово: Кузбассвуиздат, 2000. 204 с.

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С БИСЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

О.В. Груздева, Е.С. Болгова, О.Л. Беляева

*Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева», г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Цель исследования, результаты которого представлены в статье: выявить особенности родительского отношения в семьях, имеющих детей с бисенсорными нарушениями. Новизна работы заключается в построении научно-обоснованных методических подходов и рекомендаций семье с детьми, имеющими бисенсорные нарушения.

Ключевые выводы: установлены и охарактеризованы особенности понимания родителями специфики состояния ребенка, характер изменения системы их отношений в связи с его болезнью. Переживания, установки родителей в отношении лечения детей выступают в качестве факторов, оказывающих существенное влияние на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

В связи с этим, при любых формах организации медицинской помощи, психолого-педагогическая поддержка становится одной из неотъемлемых составляющих. Педиатрическое обслуживание, педагог-дефектолог, педагог-психолог, родители ребенка должны выступать равноправными участниками процесса и ответственными за сохранение, укрепление, восстановление детского здоровья.

Ключевые слова: дети, бисенсорные нарушения, родительское отношение

Актуальность. По данным Министерства здравоохранения и социального развития в Российской Федерации около 1,3 млн. детей и

подростков имеют сенсоневральные расстройства (бисенсорные нарушения). Отметим, что определение, которое взято за основу нашей работы, выделенное А.Я. Варга и В.В. Столиным (1995), родительское отношение - это система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков (Груздева, 2018). Также отметим определение «бисенсорное нарушение» основанное на исследованиях таких авторов как Б.И. Коваленко, М.Л. Шкловского, А.В. Ярмоленко: личность, имеющая одновременное нарушение двух сенсорных анализаторов, зрительного и сенсорного. При этом, мы учитывали и определение «родительские установки», выделенное А.С. Спиваковской: реальная направленность, в основе которой лежит сознательная или бессознательная оценка ребенка, выражающаяся в способах и формах взаимодействия с детьми (Лазуренко, 2009). Научно-теоретическая основа нашей работы базируется на классическом наследии, представленном в работах таких известных исследователей как А.Я. Варга, И.А. Соколянского, Е.Т. Соколовой, А.И. Мещеряковой, В.В. Столина, А.В. Ярмоленко и Я. ван Дайка, а также современных отечественных и зарубежных исследованиях (Столяренко, 2012).

Постановка проблемы. Одним из важных вопросов в процессе сопровождения развития и обучения данной категории детей является вопрос принятия их особенностей и родительского отношения в семье.

Методы и материалы. Было организовано исследование по изучению особенностей родительского отношения к детям дошкольного возраста с бисенсорными нарушениями. Исследование проводилось с сентября 2020 года по октябрь 2020 года на базе муниципального дошкольного образовательного учреждения города Красноярск «Детский сад № 194 комбинированного вида». Для проведения эмпирического исследования была сформирована экспериментальная группа из 10 полных семей.

Эмпирическое исследование проведено с использованием методики «Взаимодействие родитель-ребенок» И. М. Марковской и опросника «Отношения к болезни ребенка» В.Е. Каган, И.П. Журавлевой.

Результаты исследования. Обратимся к результатам исследования по выявлению особенностей родительского отношения к детям дошкольного возраста с бисенсорными нарушениями.

Испытуемые продемонстрировали различные уровни показателей по 10 шкалам. Анализ показателей по 10 шкалам представлен на рисунке 1.

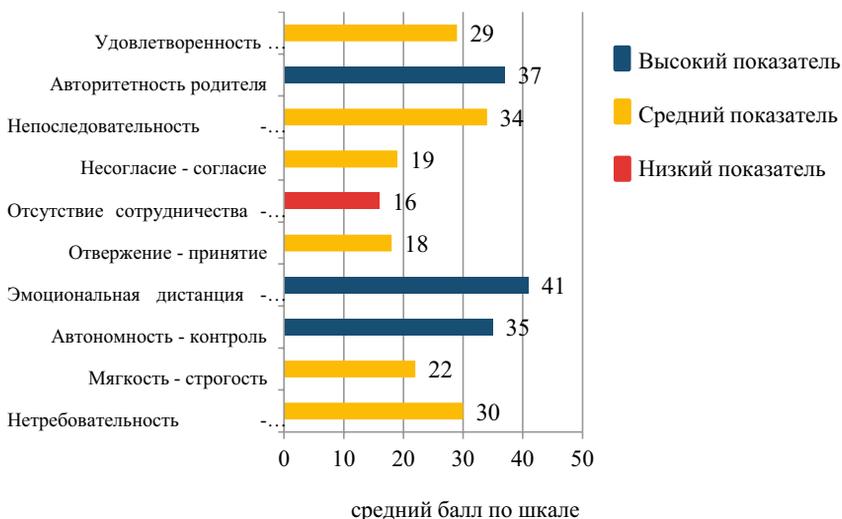


Рис.1. Выраженность показателей взаимодействия с ребенком родителей, воспитывающих детей с бисенсорными нарушениями (методика И. М. Марковской)

Высокий показатель по шкале «Авторитетность родителей» демонстрируют сильное влияние решений родителей по отношению к ребенку. Сфера влияния родителей на ребенка непоколебима. Если в таких семьях ребенок негативно относится к авторитарному стилю воздействия, то мы можем говорить о непринятии родителей в целом.

Шкала «Эмоциональная дистанция - близость» выражен высокий уровень, что показывает яркое проявление близости в детско-родительских отношениях. Дети демонстрируют своё желание делиться с родителями своими личными переживаниями, чувствами, эмоциями. Интерпретируя данные родителей, мы можем утверждать, о точности представлений родителей, о переоценке близости к нему ребенка.

Шкала «Автономность - контроль» отображает высокий уровень, тем самым говорит о том, что в данных семьях имеет место выраженное, контролирующее поведение по отношению к ребенку. Наблюдается гиперопека, навязчивость по отношению к ребенку, ограничение от принятия собственного выбора ребенка и безусловная «всенадзорность». Родители не доверяют ребенку и не прививают ему самостоятельность действий.

Приближенный к высокому показателю шкала «Непоследовательность – последовательность» является важным параметром взаимодействия. При принятии решений родители не только последовательны, но

я постоянны в своих требованиях к отношению с ребенком, а также при применении поощрений и наказаний.

Средний показатель по шкале «Удовлетворенность отношениями с ребенком (с родителем)» демонстрирует об общей степени удовлетворенности детско-родительскими отношениями. Отсутствуют нарушения внутрисемейных отношений, конфликтов, разногласий, но при этом также наблюдается некоторая обеспокоенность семейной обстановки.

Наличие среднего показателя по шкале «Несогласие - согласие» отражает оптимальную частоту и степень согласия между родителями и детьми в различных жизненных ситуациях. Можно также судить и о разности во взглядах ребенка и родителя на воспитательную среду во внутрисемейных отношениях.

Шкала «Мягкость - строгость» показывает средний уровень, что говорит о проявлении строгости в воспитании, об установлении конкретизированных правил поведения в семье, требованиях к взаимоотношению между родителями и детьми, наказание и поощрение ребенок получает в соответствии с его реальным поведением.

Шкала «Нетребовательность – требовательность» показывает уровень требовательности родителя, который проявляется во взаимодействии родителя с ребенком. Нами был выявлен средний показатель по данной шкале, таким образом, родитель ожидает от ребенка более высокого уровня ответственности.

Шкала «Отвержение - принятие» демонстрирует средний показатель, что свидетельствует о недостаточной степени принятия личностных качеств и поведенческих проявлений ребенка с сенсорными нарушениями. Поведение родителей является в значительной мере причиной в дальнейшем изменения самооценки ребенка.

Также нами выявлен и низкий показатель по 1 шкале. Наличие низкого показателя по шкале «Отсутствие сотрудничества - сотрудничество» отражает характер недостаточного взаимодействия между родителями и детьми. Отсутствие сотрудничества является следствием изолирования ребенка из целостного взаимодействия. Наблюдается недостаточность в признании прав и достоинства ребенка. Таким образом, превалирует авторитарный стиль воспитания в данных семьях.

Далее рассмотрим результаты, полученные в ходе обработки данных исследования по выявлению особенностей родительского отношения к детям дошкольного возраста с бисенсорными нарушениями.

Испытуемые продемонстрировали различные уровни показателей по 5 шкалам. Анализ показателей по 5 шкалам представлен на рисунке 2.

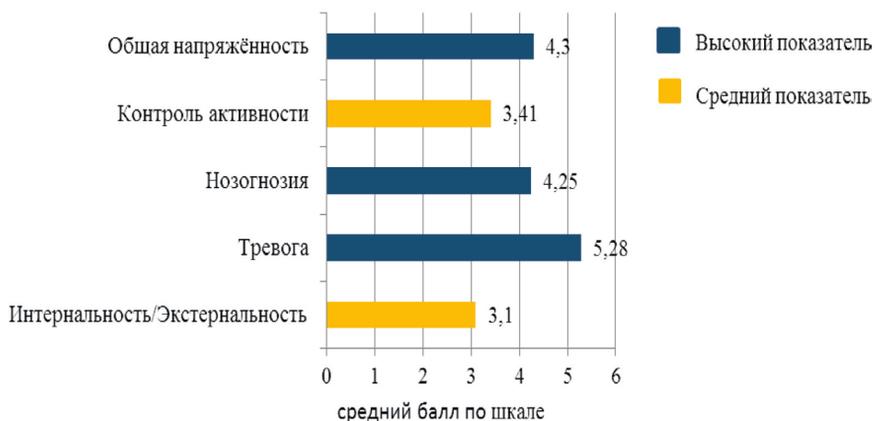


Рис.2. Выраженность характеристик родительского отношения к детям дошкольного возраста с бисенсорными нарушениями («Отношение к болезни ребенка» В.Е. Каган и И.П. Журавлевой).

По шкале «тревога» родители продемонстрировали высокий показатель – 5,28. Данная шкала описывает именно тревожность родителя за своего ребенка. В свою очередь шкала «нозогнозия» демонстрирует преобладание (средний балл – 4,25) у родителей такого типа отношения к детям как гипернозогнозия, что говорит о преувеличении обоими родителями тяжести протекания болезни ребенка.

Вышеуказанные результаты свидетельствуют о том, что родители сосредоточенно относятся именно к заболеванию ребенка, данный факт подтверждается шкалой «общей напряженности», средний балл которой составил 4,3.

Шкала «интернальность/экстернальность» демонстрирует средний показатель – 3,1 (интернальный контроль по отношению к ребенку). В таких семьях родители берут на себя ответственность за причины возникновения вторичных причин заболевания у ребенка, которые впоследствии влияют на развитие как физических, так и психических особенностей у ребенка.

Средний показатель по шкале «контроль активности» -3,41, отражает следующие особенности: родители, имеющие детей с нарушением слуха часто, ограничивают в активности собственного ребенка не только в домашних условиях, но и за пределами их, считая, что при проявлении халатности по отношению к болезни ребенка у ребенка появятся разнообразные вторичные заболевания.

Обсуждение результатов. Учитывая полученные данные, мы можем констатировать:

1. Родительское отношение к ребенку с нарушением слуха в действительности делает болезнь ребенка «бесконтрольной» (шкала «общая напряженность» демонстрирует высокий уровень (4,3).

2. Имеются дефициты в когнитивном компоненте психологической компетентности родителей. 30% родителям недостаточно определенных знаний, сведений об индивидуальных особенностях ребенка, более глубоких сведений о нарушениях слуха и также о сохранении здоровья ребенка, способах профилактики вторичных нарушений.

3. В семьях, имеющих детей дошкольного возраста с бисенсорными нарушениями преобладающим является тип родительского отношения - «авторитарная гиперсоциализация».

Вывод. Таким образом, установлены и охарактеризованы особенности понимания родителями специфики состояния ребенка, характер изменения системы их отношений в связи с его болезнью. Переживания, установки родителей в отношении лечения детей выступают в качестве факторов, оказывающих существенное влияние на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий. В связи с этим, при любых формах организации медицинской помощи, психолого-педагогическая поддержка становится одной из неотъемлемых составляющих. Педиатрическое обслуживание, педагог-дефектолог, педагог-психолог, родители ребенка должны выступать равноправными участниками процесса и ответственными за сохранение, укрепление, восстановление детского здоровья. При этом психологическая поддержка должна повысить уверенность родителей в себе и в наличии у них способности быть воспитателями, поэтому предусматривает знакомство их с современными научными подходами и концепциями психического развития ребенка с нарушениями здоровья, его обучения. Это должно предупредить негативное влияние на психического развитие ребенка такого управляемого социального фактора, как низкая готовность и педагогическая некомпетентность родителей в выполнении своей важной социальной роли. Тем самым мы стремимся не допустить несоответствия социальных условий жизни и воспитания психологическим возможностям и потребностям ребенка, а значит, его социальной дезадаптации и изоляции.

Список литературы

1. Беляева О.Л., Карпова Г.А. Современная сурдопедагогика: из прошлого в настоящее: учебное пособие для студентов высших и средних педагогических учебных заведений. 2-е изд. исправ. и доп. Красноярск : Краснояр. гос. пед. ун-т им. В. П. Астафьева, 2016. 229 с.

2. Боулби Д. Привязанность / пер. с англ. Н.Г. Григорьевой, Г.В. Бурменской. М.: Гардарики, 2003. 477 с.

3. Груздева О.В. Развитие детей дошкольного возраста в контексте современной образовательной и социальной ситуации развития. Красноярск : КГПУ им. В.П. Астафьева, 2018. 274 с.
4. Диагностическая и коррекционно-развивающая работа с семьями, воспитывающими ребенка с особыми потребностями: учебно-методическое пособие / сост. К.Н. Белогай, И.С. Морозова, Т.О. Отт. Кемерово : Кемеровский гос. ун-т, 2014. 96 с.
5. Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии. М.: Парадигма, 2010. 168 с.
6. Лазуренко С.Б. Организация в учреждениях здравоохранения коррекционно-педагогической помощи детям с поражением ЦНС : метод. письмо. М.: Издательское товарищество «АлмазЪ», 2009. 58 с.
7. Столяренко Л.Д. Основы психологии. Ростов-на-Дону : Феникс, 2012. 130 с.
8. Children with Disabilities / M.L. Batshaw, N.J. Roisen, G.R. Lotrecchiano. 7th ed. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 2013. 868 p.

УДК 378.1

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И КОММУНИКАТИВНОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ

В.А. Гуров¹, Е.И. Прахин^{1,2,3}

*¹Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

*²Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера,
г. Красноярск, Россия*

*³Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского
отделения Российской академии наук», г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Цель работы: оценить выраженность и степень взаимосвязи между компонентами эмоционального интеллекта (ЭИ) и профессионально-важными для медицинской деятельности личностными качествами: толерантность в общении, толерантность к неопределенности и стратегии конфликтного взаимодействия.

В литературе недостаточно данных о взаимосвязи эмоционального интеллекта и особенностей коммуникативной сферы медицинских работников. Поэтому актуально исследование условий развития эмоционального интеллекта, взаимосвязей ЭИ с личностными качествами клинических ординаторов, что позволит разработать эффективные программы по формированию необходимых личностных качеств, мотивации профессиональной деятельности врачей в совершенствовании своей деятельности.

Анализ полученных данных не выявил существенных различий (в сравнении с литературными данными) в психометрических характеристиках шкал и субшкал по опроснику эмоционального интеллекта (ЭИ) Д.В. Люсина обследованной группы клинических ординаторов.

Коммуникативная толерантность (КТ) ординаторов, которая определяет готовность принять партнеров по общению со всеми присущими им чертами, находится на уровне выше среднего.

Выявлена высокая степень тесноты связи между шкалами ЭИ и блоками КТ «Неприятие индивидуальности», «Неумение скрывать чувства» и «Стремление переделать партнера».

Толерантность к неопределенности (ТН) у ординаторов выражена достаточно хорошо: низкие значения показателя ТН в опрошенной группе не встречаются. Выявлена средняя теснота связи показателя ТН и ЭИ, прежде всего связанная с пониманием и управлением чужими эмоциями.

Стратегии поведения в конфликте достоверно связаны с компонентами ЭИ, поэтому развитая способность понимать чужие эмоции способствует выбору адекватного поведения в конфликте.

В данном исследовании дополнены знания о взаимосвязи эмоционального интеллекта и особенностей коммуникативной сферы медицинских работников. Изучение условий развития эмоционального интеллекта, взаимосвязей ЭИ с индивидуальными и личностными данными клинических ординаторов позволит разработать эффективные программы по формированию необходимых личностных качеств, мотивации профессиональной деятельности врачей в совершенствовании своей профессиональной деятельности

Ключевые слова: Эмоциональный интеллект, толерантность, коммуникативная толерантность, толерантность к неопределенности

Актуальность. Профессиональная врачебная деятельность имеет ряд специфических особенностей. С одной стороны, она характеризуется тем, что в ней существенное место занимает высокая частота межличностных контактов при общении с больными и их родственниками. С другой стороны, профессия врача связана с психо-эмоциональными перегрузками, необходимостью принимать решения в условиях дефицита времени и неопределенности. В современных условиях эффективность профессиональной врачебной деятельности определяется не только (и не столько) собственно профессиональными знаниями и навыками, сколько умениями реализовать их в своей деятельности за счет развития профессионально-важных качеств личности.

Общество ожидает от личности готовности к свободному и эффективному взаимодействию, работе в команде, успешности в межличностных и межгрупповых контактах, а также способности работать в условиях не-

определенности. Решение поставленных задач невозможно без глубокого понимания природы и механизмов эмоционального интеллекта (ЭИ).

Эмоциональный интеллект в самом широком понимании объединяет в себе способность личности к эффективному общению за счет понимания эмоций окружающих и умения подстраиваться под их эмоциональное состояние. Такое умение владеть собой и грамотно организовывать взаимодействие оказывается незаменимым, если речь идет о профессиональной деятельности в системе «человек-человек», что является основным в работе врача, педагога, психолога, руководителя любого направления и уровня.

Впервые термин «эмоциональный интеллект» (ЭИ – англ. EI, emotional intelligence) был использован в 1990 г. Дж. Мэйером (Mayer J.) и П. Сэловеем (Salovey P.). Они определили ЭИ как способность понимать и распознавать собственные эмоции и эмоции других людей, с тем чтобы управлять ими в различных жизненных ситуациях и во взаимоотношениях с другими людьми.

Постановка проблемы. По настоящее время продолжается дискуссия об определении понятия ЭИ, его структуре (Андреева, 2008; Анохина, 2018; Баурова, 2016). Например, Зинурова Р.Р. определяет ЭИ как «совокупность эмоционально-когнитивных способностей к социально-психологической адаптации личности»; или «свойство личности, способствующее эффективному взаимодействию с социумом за счет понимания своего эмоционального состояния, состояния окружающих и управления этими эмоциями» (Боякова, 2016).

В основе наиболее распространенной на практике модели эмоционального интеллекта Д.В. Люсина (2004) лежит представление об эмоциональном интеллекте как способности человека к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими.

Эмоциональный интеллект не является врожденной характеристикой, а формируется в различных возрастных периодах под определенным воздействием (Баурова, 2016). Поэтому актуально изучение факторов, влияющих на структуру ЭИ и взаимосвязей с другими показателями человеческой деятельности.

Исследование взаимосвязи эмоционального интеллекта и академической успеваемости студентов университета позволило установить отрицательную статистически значимую взаимосвязь между уровнем эмоционального интеллекта и академической успеваемостью студентов (Котомина, 2017).

Выявлена взаимосвязь эмоционального интеллекта и:

- личностной тревожности у студентов младших курсов (Грибкова, 2012);
- степенью социальной адаптации молодых людей (Шемякина, 2006);

- отдельных личностных особенностей студентов (Обухова, 2015; Шинкарева, 2018);
- успешность деятельности и синдрома эмоционального (профессионального) выгорания (Монина, 2009);
- склонностью к виктимному поведению (Шумилкина, 2015)
- саморегуляции поведения, а также возможность их развития при обучении в медицинском университете (Данелян, 2015; Плешакова, 2016).

Эмоциональный интеллект вносит свой вклад в жизнестойкость студентов медицинских вузов преимущественно за счет параметров: понимания своих эмоций, способности к управлению ими, убежденности, что все происходящее, независимо от того хорошее оно или плохое, идет на пользу (Григорьева, 2018).

Анализ половых различий по шкалам опросника, проведенный Д.В. Люсиным (2009), показал, что средние значения у мужчин выше соответствующих значений по всем шкалам. Причем эти различия значимы для шкал «Внутриличностный эмоциональный интеллект» и «Управление эмоциями», а также «Межличностный эмоциональный интеллект» и «Понимание эмоций» (Люсин, 2009).

В условиях профессиональной медицинской деятельности особое значение приобретают коммуникативные умения, способность работать в команде, устойчивость к неопределенности, «безконфликтность» поведения. Эти качества личности определяются эмоциональным интеллектом т.е. способностью понимать, как свои, так и чужие эмоции и управлять ими. В литературе недостаточно данных о взаимосвязи эмоционального интеллекта и личностных качеств медицинских работников, определяющих, в конечном итоге, эффективность их деятельности. Таким образом, актуальна цель работы: оценить степень взаимосвязи между компонентами ЭИ и профессионально-важными качествами: толерантность в общении, специфическим условиям деятельности (толерантность/интолерантность к неопределенности) и стратегии конфликтного взаимодействия.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Опрошено 42 клинических ординатора 1-го года обучения.

Определение структуры эмоционального интеллекта проведено по методике ЭИин Д.В. Люсина (2004) по шкалам:

Субшкала МП (понимание чужих эмоций). Способность понимать эмоциональное состояние человека на основе внешних проявлений эмоций; чуткость к внутренним состояниям других людей.

Субшкала МУ (управление чужими эмоциями). Способность вызывать у других людей те или иные эмоции, снижать интенсивность нежелательных эмоций.

Субшкала ВП (понимание своих эмоций). Способность к осознанию своих эмоций: их распознавание и идентификация, понимание причин их возникновения, способность к вербальному описанию.

Субшкала ВУ (управление своими эмоциями). Способность и потребность управлять своими эмоциями, вызывать и поддерживать желательные эмоции и держать под контролем нежелательные.

Субшкала ВЭ (контроль экспрессии). Способность контролировать внешние проявления своих эмоций.

Интегральные показатели опросника Э.И.Люсина (2004):

Шкала МЭИ. Межличностный ЭИ ($МЭИ = МП + МУ$). Способность к пониманию эмоций других людей и управлению ими.

Шкала ВЭИ. Внутрличностный ЭИ ($ВЭИ = ВП + ВУ + ВЭ$). Способность к пониманию собственных эмоций и управлению ими.

Шкала ПЭ. Понимание Эмоций ($ПЭ = МП + ВП$). Способность к пониманию своих и чужих эмоций.

Шкала УЭ. Управление Эмоциями ($УЭ = МУ + ВУ + ВЭ$). Способность к управлению своими и чужими эмоциями.

Неотъемлемым компонентом профессиональной культуры врача является толерантность.

Коммуникативная толерантность в психологии определяется как отношение личности к людям, показывающее степень переносимости ее неприятных или неприемлемых, по ее мнению, психических состояний, качеств и поступков партнеров по взаимодействию. Данная характеристика личности относится к стержневым, так как в значительной мере определяет ее жизненный путь и деятельность. Низкий уровень коммуникативной толерантности выступает показателем ригидности и мешает выходу из затруднительных ситуаций, что в условиях профессиональной медицинской деятельности выступает фактором снижающим эффективность терапевтического процесса.

Диагностика коммуникативной толерантности проведена по тесту В.В. Бойко (1996). С выделением 9 блоков, каждый из которых касается различных сторон этого понятия:

1. Неприятие индивидуальности - неумение либо нежелание понимать или принимать индивидуальные особенности других людей.
2. Использование себя как эталона при оценках других.
3. Категоричность, консервативность в оценках людей указывает на степень гибкости и широты кругозора
4. Неумение скрывать чувства – показатель неумения скрывать или сглаживать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными качествами у партнеров.
5. Стремление переделать партнера по общению указывает на стремление переделать, перевоспитать, изменить по своему желанию собеседника.

6. Желание сделать партнера удобным. Стремление подогнать других участников коммуникации под себя: свой характер, привычки, притязания.

7. Неумение прощать ошибки – неловкость, непреднамеренно причиненные вам неприятности

8. Нетерпимость к дискомфортному состоянию партнера по общению

9. Плохое приспособление к другим участникам общения - характерам, привычкам или притязаниям других людей.

10. Общая коммуникативная толерантность суммарный вклад всех 9 блоков

Для измерения личностной характеристики толерантности/интолерантности к неопределенности применялся Новый опросник Толерантности к Неопределенности (НТН), разработанный Т.В. Корниловой (2010) и построенный как результат апробации суммарного опросника А. Furnham (1994). Он позволяет количественно оценивать шкалы «Толерантность к неопределенности», «Интолерантность к неопределенности» и «Межличностная интолерантность к неопределенности».

Толерантность к неопределенности (ТН) следует понимать в качестве генерализованного личностного свойства, означающего стремление к изменениям, новизне и оригинальности, готовность идти непроторенными путями и предпочитать более сложные задачи, иметь возможность самостоятельности и выхода за рамки принятых ограничений.

Интолерантность (ИТН) фокусирует стремление к ясности, упорядоченности во всем и неприятие неопределенности, предположение о главенствующей роли правил и принципов, дихотомическое разделение правильных и неправильных способов, мнений и ценностей.

Межличностная интолерантность к неопределенности (МИТН). означает стремление к ясности и контролю в межличностных отношениях, дискомфорт в случае неопределенности отношений с другими. В целом это соответствует критериям неустойчивости, монологичности, статичности в отношениях с другими (Корнилова, 2014).

Стратегии поведения в конфликтной ситуации определялись с помощью методики К. Томас, Р. Килманн (в адаптации Н.В. Гришиной).

Методика предназначена для изучения личностной предрасположенности к конфликтному поведению, выявления определенных стилей разрешения конфликтной ситуации.

К. Томас выделяет следующие стратегии поведения в конфликте:

- конфронтация (соревнование, соперничество), которое выражается в стремлении добиться удовлетворения своих интересов в ущерб интересам другого человека;

- приспособление (уступчивость), означающее, принесение в жертву собственных интересов ради интересов другого;

- компромисс, как соглашение между участниками конфликта, достигнутое путем взаимных уступок;

- уклонение (уход, игнорирование), для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей;

- сотрудничество, когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

Математическая обработка полученных данных проведена с использованием программы «STATISTICA 10». Оценка тесноты взаимосвязи показателей проводилась с использованием непараметрического корреляционного анализа Спирмена с вычислением коэффициента ранговой корреляции (r_s).

Результаты исследования. Проведение сравнительной характеристики шкал и субшкал опросника ЭМИн Д.В. Люсина клинических ординаторов в сравнении с данными автора методики указало в целом на совпадение данных структуры ЭИ (в пределах дисперсии) (табл. 1).

Таблица 1

Психометрические характеристики шкал и субшкал опросника ЭМИн клинических ординаторов в сравнении с данными Д.В. Люсина (2009)

Шкала, субшкала ЭИ	Ординаторы	б	Данные Люсина	б
МЭИ (межличностный ЭИ)	41,8	5,6	43,2	6,8
ВЭИ (внутриличностный ЭИ)	41,9	7,7	43,0	8,3
ПЭ (понимание эмоций)	41,4	6,1	43,3	7,1
УЭ (управление эмоциями)	42,3	6,3	42,9	7,9
МП (понимание чужих эмоций)	23,0	3,9	24,2	4,1
МУ (управление чужими эмоциями)	18,8	3,5	19,0	3,8
ВП (понимание своих эмоций)	18,4	4,2	19,1	4,4
ВУ (управление своими эмоциями)	12,9	3,6	13,3	3,2
ВЭ (контроль экспрессии)	10,7	3,7	10,6	3,2

В группе ординаторов выявлено незначительное снижение способности к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими. Максимальные отклонения от литературных данных в пределах дисперсии (3,0-4,6%, относительно значений показателей у ординаторов) (табл. 1).

Коммуникативная толерантность (КТ) определяет готовность индивида принять партнеров по общению со всеми присущими им чертами – даже теми, которые не нравятся. Чем ниже у человека уровень толерантности, тем больше неприятных или неприемлемых для себя особенностей себе-

седника он находит и тем большее отторжение и неприятие они вызывают. Оценка результатов теста Бойко показывает, что чем больше баллов по конкретному поведенческому признаку (интервал от 0 до 15 баллов), тем меньше терпимость к людям в данном аспекте отношений с ними.

В таблице 2. представлены средние значения по каждому из 9 блоков теста Бойко.

Большинство средних значений показателей коммуникативной толерантности обследованной группы клинических ординаторов попадает в разряд «средний» уровень толерантности (6-10 баллов) (См. табл. 2). Общее значение показателя коммуникативной толерантности также попадает в диапазон среднего значения $50,3 \pm 4,8$ балла.

Таблица 2

Значения показателей коммуникативной толерантности (Пок.КТ) клинических ординаторов по блокам, ($M \pm m$, балл).

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Пок. КТ	$7,1 \pm 0,8$	$6,6 \pm 1,0$	$7,5 \pm 0,7$	$5,6 \pm 0,7$	$4,4 \pm 0,7$	$5,8 \pm 0,9$	$5,6 \pm 0,8$	$3,0 \pm 0,7$	$4,7 \pm 0,8$

Структурный анализ по блокам также указал на преобладание высоких и средних значений показателей КТ (рис. 1.). У 18,8% ординаторов выявлены низкие уровни неприятия индивидуальности и категоричность, консервативность в оценках людей. У каждого 4-го опрошенного ординатора отмечена низкая степень использования себя как эталона при оценках других. У каждого 8-го ординатора (12,5%) низкий уровень нетерпимости к дискомфортному состоянию партнера по общению и плохое приспособление к другим участникам общения.

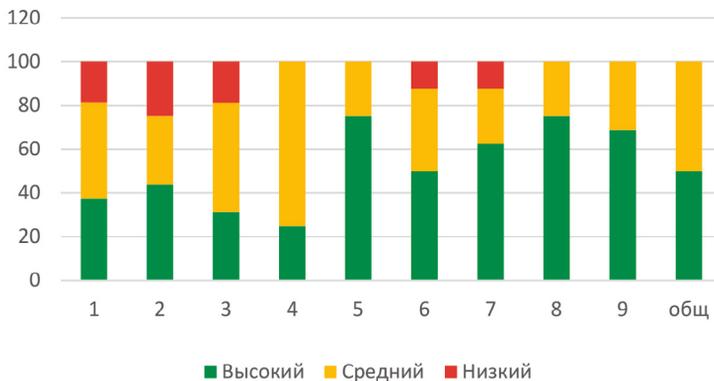


Рис. 1. Структурный анализ уровней коммуникативной толерантности по блокам, %

Проведенный непараметрический корреляционный анализ Спирмена между показателями КТ и структурными компонентами ЭИ указывает на наличие тесной связи между показателями КТ 1 блока «Неприятие индивидуальности» и МП ЭИ ($r_s=0,37$) и обратной связи между УЭ ($r_s = -0,36$). А также обратной связи между 4-м блоком КТ «Неумение скрывать чувства» и компонентами ЭИ ВЭ ($r_s = -0,39$), ВЭИ ($r_s = -0,40$) и УЭ ($r_s = -0,47$). Тесно связаны показатели КТ блока 5 «Стремление переделать партнера» и компонент ЭИ показатель субшкалы МУ (управление чужими эмоциями) ($r_s = 0,45$).

Для группы клинических ординаторов 1-го года обучения показатели опросника НТН средние, соответственно для: ТН $56,5 \pm 1,0$ баллов, ИТН $57,6 \pm 1,8$ баллов и МИТН $35,0 \pm 1,0$ баллов.

Структурный анализ показал, что низкие показатели толерантности к неопределенности (ТН) в опрошенной группе не встречаются, средние отмечены у 75,0% опрошенных ординаторов и высокие – 25,0%. Низкие значения показателя «Интолерантность к неопределенности» (ИТН) – 6,25%, средние – 68,75% и высокие – 25,0%. Для показателя «Межличностная интолерантность к неопределенности» (МИТН), соответственно низкие – 3,1%, средние – 81,3%, высокие – 15,6%.

Данные показатели указывают на способность ординаторов «принимать конфликт и напряжение, которые возникают в ситуации двойственности, противостоять несвязанности и противоречивости информации, принимать неизвестное, не чувствовать себя неуютно перед неопределенностью» достаточно развита, что свидетельствует о хорошей профессиональной подготовке, присущей большинству молодых врачей.

Проведенный анализ указал на отсутствие достоверной взаимосвязи между показателем «Толерантность к неопределенности» (ТН) и шкалами Эмоционального интеллекта. Максимальная положительная взаимосвязь отмечена между ТН и шкалами межличностного ЭИ: понимание чужих эмоций (МП) ($r_s=0,32$) и МУ (управление чужими эмоциями) (МУ) ($r_s=0,26$). Иначе говоря, чем выше способность человека понимать и управлять чужими эмоциями, тем выше его устойчивость к неопределенности. Поэтому закономерно, что интолерантность к неопределенности (ИТН) отрицательно связана со способностью к управлению чужими эмоциями (МУ) ($r_s=-0,66$, $P_0 \leq 0,05$).

Стремление к ясности и контролю в межличностных отношениях, дискомфорт в случае неопределенности отношений с другими (шкала МИТН) закономерно связана со шкалами ЭИ – положительно с пониманием чужих эмоций (МП) ($r_s=0,58$, $P_0 \leq 0,05$) и отрицательно со способностью к управлению чужими эмоциями (МУ) ($r_s=-0,54$, $P_0 \leq 0,05$).

Анализ взаимосвязи ЭИ и стратегии поведения в конфликте (тест Томаса-Килменна) показал следующее.

Отмечена положительная достоверная связь между стратегией поведения в конфликте «Избегание» и ВЭ (контроль экспрессии ЭИ) ($r_s = 0,51, P_0 \leq 0,05$).

Обращает внимание достаточно тесная отрицательная связь между показателями Межличностного ЭИ и стратегиями поведения в конфликте: управление чужими эмоциями (МУ) и «Соперничество» ($r_s = -0,43$), а также понимание чужих эмоций (МП) и «Приспособление» ($r_s = -0,40$).

Вывод. Анализ полученных данных не выявил существенных различий в психометрических характеристиках шкал и субшкал по опроснику ЭИ Д.В. Люсина обследованной группы клинических ординаторов в сравнении с данными других авторов.

Коммуникативная толерантность (КТ) клинических ординаторов, которая определяет готовность индивида принять партнеров по общению со всеми присущими им чертами, находится на достаточно высоком уровне.

Проведенный корреляционный анализ указал на высокий уровень тесноты связи между шкалами ЭИ и блоками КТ «Неприятие индивидуальности», «Неумение скрывать чувства» и «Стремление переделать партнера».

Толерантность к неопределенности (ТН) в группе ординаторов выражена достаточно высоко: низкие значения показателя ТН в опрошенной группе не встречаются. Выявлена средняя теснота связи показателя ТН и ЭИ, прежде всего связанная с пониманием и управлением чужими эмоциями.

Стратегии поведения в конфликте достоверно связаны с компонентами ЭИИн, поэтому формирование способности понимать чужие эмоции стимулирует выбор адекватной стратегии поведения в конфликте.

Таким образом, использование соответствующих методик оценки эмоционального интеллекта и вышеперечисленных коммуникативных показателей позволяет целенаправленно организовать работу над процессами саморазвития с совершенствованием внутренних личностных качеств в соответствии с социально-профессиональными потребностями медицинских работников высшей квалификации.

Список литературы

1. Андреева И.Н. Об истории развития понятия «Эмоциональный интеллект» // Вопросы психологии. 2008. № 5. С. 83-95.
2. Анохина А.С., Токарева О.А. Психофизиологические основы эмоционального интеллекта // Проблемы современного педагогического образования. 2018. № 58-2. С. 311-314.

3. Баурова Ю.В. Развитие эмоционального интеллекта в обучении взрослых. Текст: электронный // Интернет-журнал «Мир науки». 2016. Т. 4, № 4. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/38PDMN416.pdf>. pdf (дата обращения 07.11.2020).
4. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Информационно-издательский дом «Филинъ», 1996. 472 с.
5. Грибкова О.В. Взаимосвязь личностной тревожности и эмоционального интеллекта у студентов младших курсов гуманитарных специальностей // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Психология». 2012. № 1(11). С. 3-8.
6. Григорьев П.Е., Васильева И.В. Связь жизнестойкости и эмоционального интеллекта у студентов медицинских специальностей // Проблемы современного педагогического образования. 2018. № 59-1. С. 445-448.
7. Данелян П.А. Взаимосвязь эмоционального интеллекта и саморегуляции поведения // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015. Спец. вып. С. 84-89.
8. Зинурова Р.Р., Жуплатова Л.А. Эмоциональный интеллект: особенности проявления при решении неопределённых задач // Поволжский педагогический поиск. 2017. № 1 (19). С. 90-95.
9. Корнилова Т.В. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. Т. 31, № 1. С. 74-86.
10. Корнилова Т.В. Толерантность к неопределенности и эмоциональный интеллект при принятии решений в условиях подсказки. Психология // Высшей школы экономики, 2014. Т. 11, № 4. С. 19-36.
11. Котомина О.В. Исследование взаимосвязи эмоционального интеллекта и академической успеваемости студентов университета // Образование и наука. 2017. Т. 19, № 10. С. 96-110.
12. Мони́на Г.Б. Развитие эмоционального интеллекта // Ученые записки СПбГУГиЭ. 2009. № 2(24). С. 144-155.
13. Обухова С.Г. Взаимосвязь показателей эмоционального интеллекта и личностных особенностей студентов-психологов // Международный научный журнал «Символ науки». 2015. № 8. С. 291-293.
14. Плешакова Д.Р. Исследование эмоционального интеллекта студентов-медиков // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 5-1. С. 78-80.
15. Люсин Д.В., Ушаков Д. Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям // Опросник на эмоциональный интеллект ЭМИн: новые психометрические данные. М.: Институт психологии РАН, 2009. С. 264-278.
16. Люсин Д.В., Арютина О.О., Степанова А.С. Структура эмоционального интеллекта и связь его компонентов с индивидуальными особенностями - эмпирический анализ // Социальный интеллект : теория, измерение, исследования. М.: Институт психологии РАН, 2004. С. 129-140.
17. Шемякина Т.П., Богомаз С.А. Эмоциональный, абстрактно-логический и вербальный интеллект в контексте проблемы социализации молодых людей // Сибирский психологический журнал. 2006. № 24. С. 87-90.
18. Шинкарёва О.В., Майорова Е.А. Оценка эмоционального интеллекта студентов высших учебных заведений // Балтийский гуманитарный журнал. 2018. Т. 7, № 4(25). С. 263-265.
19. Шумилкина М.С. Психологическая виктимность и эмоциональный интеллект // Достижения вузовской науки. 2015. № 14. С. 92-95.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕПРЕССИИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА И ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ

Э.И. Дали

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

Аннотация. В статье приводятся основные представления о таком недостаточно изученном явлении как послеродовая депрессия. Отмечается, что в последние 20 лет все большее признание получает то, что для некоторых женщин беременность может быть обременена проблемами настроения, в частности депрессией, которые могут повлиять как на мать, так и на ребенка. Благодаря выявлению факторов риска послеродовой депрессии и растущим знаниям о биологической уязвимости к изменению настроения после родов накопилось исследование по попыткам предотвратить послеродовую депрессию с использованием различных психосоциальных, психофармакологических и гормональных стратегий. Большинство психосоциальных и гормональных стратегий мало влияют на послеродовую депрессию. Несмотря на это, результаты предварительных испытаний межличностной терапии, когнитивно-поведенческой терапии и антидепрессантов показывают, что эти стратегии могут быть полезными. Хотя некоторые исследования показывают многообещающие результаты, требуются более строгие испытания. Многочисленные негативные данные в литературе указывают на то, что послеродовая депрессия пока не может быть легко предотвращена.

Ключевые слова: депрессия, адаптация, копинг-стратегии выживания, материнство, здоровье женщины

Актуальность. Современное российское общество испытывает демографические проблемы. Для демографического роста недостаточно потребности женщин родить и воспитывать ребенка. Население России в январе-мае 2019 г. сократилось на 180,4 тыс. чел., что превышает аналогичный показатель предыдущего года на 22 %, следует из данных Росстата.

В Соединенных Штатах распространенность послеродовой депрессии, как было установлено, колеблется от 7 до 20%, а 10-15% являются наиболее распространенным результатом. До 50% случаев ПРД остаются незамеченными и, соответственно, по ним не принимается никаких мер.

Без лечения послеродовая депрессия может иметь пагубные последствия не только для матери, но и для ее младенца и других детей. Значительные доказательства того, что послеродовая депрессия влияет на

взаимодействие между матерью и ребенком. Термин эмоционально-познавательное развитие малыша. У каждой пятой женщины в США развивается клиническая депрессия, а ПРД окажется фактором, способствующим развитию ряда психо-соматических заболеваний.

В связи с этим, требуется выработка на государственном уровне условий, обеспечивающих психологический комфорт и благополучие в семье. Особенно важным это становится для послеродового периода, когда женщина уже не принадлежит одной себе и, помимо вероятных возникших осложнений по здоровью у нее теперь имеются важные и неотложные обязанности по уходу за младенцем, иногда двумя (в случае двойни).

Для детей первого года жизни необходимо повышенное внимание, адекватная реакция на их запросы, способность своевременно оценить возможное развитие болезни, тщательный и грамотный уход. Во случаях это *вызывает затруднения в реализации со стороны женщины, ее мужа, близких родственников.*

Это, как отмечается в многочисленных исследованиях, приводит к возникновению конфликтных ситуации, возникновению депрессивных состояний женщины, что самым непосредственным образом тут же отражается на уходе за ребенком. Уровень доверительности с младенцем падает, возникает отчужденность, обязанности молодой матери могут характеризоваться механическим подходом в исполнении, снижается эмоциональный контакт, его насыщенность, что приводит к различным видам заболеваний.

Переход к материнству является стрессовым поскольку он требует нескольких важных изменений в динамике семьи, финансах и трудовой жизни, а также в физической и психологической адаптации.

Развитие материнской роли считается ключевым компонентом материнства.

Некоторые женщины считают, что новое состояние может превысить их ресурсы из-за потери уверенности в способности обеспечивать физическое, поведенческое, эмоциональное и социальное развитие младенца. В этих обстоятельствах некоторые матери могут чувствовать себя неуверенно и проявлять симптомы стресса, тревоги и стресса.

Копинг определяется как постоянно меняющееся когнитивное и поведенческое усилие, направленное на удовлетворение потребностей конкретных ситуаций, которые оцениваются как стрессовые.

Субъекты реагируют на стресс посредством сложных когнитивных, поведенческих, эмоциональных и биологических процессов. Процесс выбора этих стратегий предполагает оценку личных компетенций для решения проблем. Изменчивость стиля и особого поведения, которое мать испытывает по отношению к своему ребенку, способствует ее адаптации к этой новой роли.

Стратегии выживания связаны с саморегуляцией, которая, в свою очередь, обусловлена уровнем стресса. Нарушение саморегуляции может способствовать возникновению и продолжению депрессивных эпизодов. Стратегии выживания считаются актуальными для благополучного развития ребенка и преодоления послеродовой депрессии с минимальными последствиями. Женщины, выбирающие избегающие стратегии, проявляли слабую привязанность к своим младенцам и демонстрировали отрицательное психическое здоровье в первом и третьем триместрах беременности.

Установлено, что беременные женщины, которые не используют определенные стратегии выживания, подвергаются серьезному риску развития послеродовых или депрессивных симптомов спустя несколько недель.

Было обнаружено, что широкое использование эмоционального совладания во время беременности является значимым предиктором более высоких уровней депрессии, тогда как стратегии дистанцирования были связаны с оценкой депрессивных симптомов через 10 дней после родов.

Женщины с депрессивными симптомами в период беременности 25–35 недель используют неадаптивные стратегии.

Симптомы послеродовой депрессии были положительно связаны со шкалой избегания.

Распределение, отрицание, обвинение и употребление психоактивных веществ были стратегиями выживания, чаще всего связанными с депрессией во время беременности. Стиль избегающего выживания, как это наблюдалось в третьем триместре, был связан с более депрессивными симптомами и большей вероятностью депрессии через 6 недель после родов.

Решение проблем, возникающих во время беременности, показало противоречивые результаты, которые связаны как с более низкими, так и с более высокими уровнями депрессии. В послеродовой период совладание с обвинениями и токсикоманией было связано с депрессией. Выявлена обратная связь между активным совладанием и послеродовыми депрессивными симптомами. Стратегии избегания, как правило, дисфункциональны и связаны с симптомами депрессии.

Хотя в значительном числе исследований проанализировано влияние стратегий преодоления, эти исследования не были окончательными. Эти неубедительные результаты, скорее всего, являются результатом методологических ограничений (например, небольших размеров выборки, измерения переменных результатов или времени, которое проходит между рождением и появлением симптомов).

Ряд экспертов полагает, что послеродовую депрессию следует рассматривать исключительно в период первых 6 недель после родов, и что данное явление заключается в проявлениях расстройств настроения.

Скрининг послеродовой депрессии улучшит способность распознавать эти расстройства и улучшит уход, что обеспечит улучшение клинических результатов. Раннее выявление послеродовой депрессии важно для планирования стратегий реализации, которые позволяют своевременно лечить и поддерживать женщин с послеродовой депрессией.

Более высокая степень удовлетворенности отношениями предсказывала меньшее количество симптомов ПРД после учета демографических и психосоциальных факторов.

Кроме того, низкая удовлетворенность партнером в третьем триместре была связана с развитием ПРД через 6–8 месяцев после родов.

Во многих дополнительных исследованиях изучалось качество взаимоотношений с послеродовым партнером в общих или конкретных аспектах, таких как общение, глубина отношений и низкий контроль или ограничения со стороны партнера. Эта работа последовательно связывает более крепкие партнерские отношения с риском или симптомами ПРД в течение первого года после рождения ребенка. Эти ассоциации оставались значимыми после учета материнского перинатального настроения и демографических факторов в большинстве этих исследований.

Перинатальное снижение удовлетворенности и качества отношений может способствовать увеличению симптомов ПРД у матери с течением времени. Проспективные исследования и ретроспективное перекрестное исследование показали, что у женщин со снижением этих переменных отношений от беременности до послеродового периода отмечались повышенные депрессивные симптомы по сравнению с женщинами, у которых качество отношений было стабильным или повышенным. Необходимы дополнительные исследования временного упорядочения эффектов, допускающих причинно-следственные связи.

Вывод. Стиль привязанности взрослого определяется, как тенденция чувствовать себя более или менее уверенно относительно близких отношений и является относительно стабильной индивидуальной разницей, которая, как считается, влияет на ПРД.

Сообщается о значительных положительных связях между менее безопасным стилем привязанности (тревожная / испуганная, озабоченная или амбивалентная привязанность или межличностная чувствительность) и усилением симптомов ПРД.

Влияние более низкого уровня безопасности привязанности на симптомы депрессии через шесть-восемь недель после родов было, по крайней мере, частично опосредовано снижением удовлетворенности партнерской поддержкой и оценками эффективности поддержки.

Во время перехода к родительским отношениям тревога, связанная с конкретными отношениями женщин, предсказывала более депрессивные симптомы через шесть недель, независимо от влияния многих связанных с этим отношений, младенческого и материнского факторов.

Список литературы

1. В России ускорилось сокращение населения. URL: <https://news.mail.ru/society/38009385/?frommail=1> (дата обращения: 05.07.2020).
2. Kalina E.J. Standardized postpartum depression screening and treatment: A Dissertation Submitted to the Graduate Faculty of the North Dakota State University of Agriculture and Applied Science. Fargo, North Dakota, 2015. 121 p.
3. Kendall-Tackett K. Four research findings that will change what we think about perinatal depression // Journal of Perinatal Education. 2010. Vol. 19, № 4. P. 7-9. DOI: 10.1624/105812410X530875
4. Nelson A.M. Transition to motherhood // Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. 2003. Vol. 32. P. 465-477.
5. Leung S.S.K., Arthur D., Martinson I. M. Stress in women with postpartum depression: A phenomenological study // Journal of Advanced Nursing. 2005. Vol. 51. P. 353-360.
6. Muneer A., Minhas F.A., Nizami A.T., Mujeeb F.A.T. Frequency and associated factors for postnatal depression // Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2009. Vol. 19, № 4. P. 236-239.
7. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York : Basic Books, 1984.
8. Lazarus R.S. Emotion and Adaptation. New York : Oxford University Press, 1991.
9. Punamäki R.L., Qouta S.R., Diab S.Y. The role of maternal attachment in mental health and dyadic relationships in war trauma // Heliyon. 2019. Vol. 5, № 12. P. e02867. DOI: 10.1016/j.heliyon.2019.e02867
10. Honey K.L., Morgan M., Bennett P. A stress-coping transactional model of low mood following childbirth // J. Reprod. Infant Psychol. 200. Vol. 21. P. 129-143.
11. Parsons C.E., Young K.S., Rochat T.J., Kringelbach M.L., Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries // Br. Med. Bull. 2012. Vol. 101. P. 57-79.
12. Plant D.T., Pariente C.M., Sharp D., Pawlby S. Maternal depression during pregnancy and offspring depression in adulthood: role of child maltreatment // Br. J. Psychiatry. 2015. Vol. 207. P. 213-220.
13. Asaye M.M., Mucbe H.A., Zelalem E.D. Prevalence and Predictors of Postpartum Depression: Northwest Ethiopia // Psychiatry J. 2020. Vol. 2020. P. 9565678. DOI: 10.1155/2020/9565678
14. Mehta D., Quast C., Fasching P.A., Seifert A., Voigt F. [et al.] The 5-HTTLPR polymorphism modulates the influence on environmental stressors on peripartum depression symptoms // J. Affect. Disord. 2012. Vol. 136. P. 1192-1197.

ТЕЛО И ТЕЛЕСНАЯ КУЛЬТУРА КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ, ЗДОРОВЬЯ И ЦЕЛОСТНОСТИ ЛИЧНОСТИ

А. Даниленко¹, М. Мартинковски²

¹*Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина, г. Брест, Беларусь*

²*Государственная школа высшего профессионального образования в Глогове,
г. Глогов, Польша*

Аннотация. Представленная работа посвящена теоретическому анализу и осмыслению роли тела, телесности, телесной культуры и ее культурных образцов в психическом благополучии, здоровье и целостности личности. Под влиянием длительного воздействия социально-культурных и других факторов, формируется специфическая система ценностей, характерных для каждого вида активности человека. Аксиология тела трактовалась по-разному в различных эпохах и культурах. Ей приписывалась ценность инструментальная, когда тело трактовалось как инструмент для достижения внетелесных ценностей, либо ценность самоцельная, когда тело являлось ценностью само по себе. Среди аспектов телесности, к наиболее значимым для формирования самоидентичности, образа «Я», самоопределения личности можно отнести само тело, способ его бытия и испытываемые им ощущения. Внешний вид тела и в прошлые эпохи, и в наше время в значительной степени отражает социальный статус и служит идентификации пола, классовой позиции и профессиональному статусу. На способы ухода за телом, особенности его приукрашивания, отношение к нему влияют социальное окружение, реклама и другие факторы, которые скорее направлены на стирание различий, стандартизацию, нежели индивидуализацию. На отношение к телу и телесному здоровью влияют образцы, сформировавшиеся в традициях различных культур. Отношение к здоровью определяется процессами первичной аккультурации и социализации с одной стороны, прогрессом цивилизации и институциональной деятельностью – с другой, которые способствуют формированию разных образцов и вносят неравноценный вклад. Имеющийся дисбаланс свидетельствует о недоразвитии институциональной деятельности (особенно семьи и школы), их традиционализме, или скорее, анахронизме.

Ключевые слова: аксиология тела, тело, телесность, культурное значение тела, телесное-Я, структура личности, целостность личности

Актуальность. Для каждой из сфер человеческой активности характерна специфическая система ценностей, как правило, сформированная

под влиянием продолжительного воздействия социально-культурных и других факторов. Так, в разных эпохах и культурах различно представлялась аксиология тела, которой приписывалась ценность либо инструментальная, либо весьма самоцельная. В первом случае тело трактовалось однозначно как *инструмент, который должен сопутствовать достижению внетелесных ценностей (духовных)*, а во втором оно являлось ценностью уже само по себе (Osiński, 1996). Однако, оказывается, что в сфере каждой из этих принципиальных ориентаций появились отличные точки зрения на то, что ценно и заслуживает внимания человека.

Хорошей иллюстрацией этого явления служит понятие «красоты», которое адаптировалось равно как через философскую эстетику, так и через практическую педагогику. Эта последняя, например, утверждает античный воспитательный идеал «калокагатии», принимает красоту (духа и тела) как образец, подходящий для рекомендации каждой системе приспособления молодежи к жизни в обществе. Факт, что человек имеет тело и телесные потребности, в сущности своей такие же, как потребности животных, подобно им, имеет изначальное стремление к физическому продолжению. Тело налагает на человека стремление к продолжению без учета обстоятельств. Однако особенностью человеческого существования является также и то, что кроме сферы биологического или материального существования есть также сфера психическая, характерная исключительно для человека. Ее можно определить, как *преодолевающую существование (продолжение рода) или полезность /.../ Неутилитарные влечения человека, являются выражением фундаментальной и типично человеческой потребности в связях с другими людьми и природой, а также утверждения себя в этих связях* (Fromm, 2000).

Актуальность и новизна работы заключается в самом предмете обсуждения – тело имеет одно из ключевых значений в формировании восприятия себя, представлений о себе, Я-образа, самопереживания, самоотношения, самооценки, в конечном итоге, влияет на разные сферы нашей жизни и отношений с другими людьми. Тело, телесность, культурное значение тела, телесное-Я – это то, что часто является недооцениваемой основой личности, ее целостности, глобального Я, психического здоровья и психологического благополучия. Тело и телесность часто рассматриваются в историческом или культурологическом контексте, в соотносительности с формированием телесной или физической культуры. Все чаще тело выступает как объект улучшения, украшения, изменения – т.е. как объект эстетической медицины и пластической хирургии, а также различных видов реабилитации. При этом, мало осмысливается связь телесного Я с психологическим благополучием личности, с влиянием культурных стандартов и образцов телесной красоты на формирование

самоотношения и самооценки личности, на влияние навязываемых СМИ и рекламой стандартов социально-принятого тела

Постановка проблемы. Цель обсуждения – междисциплинарный теоретический анализ и осмысление роли тела, телесности, телесной культуры и ее культурных образцов в психическом благополучии, здоровье и целостности личности

В сравнении с такими понятиями, как «личность», «самосознание личности», понятие «тело» кажется простым. Обычно под ним понимаем физический объект, которым владеем или место, в котором имеем счастье либо несчастье пребывать. Однако тело является, чем-то большим, оно представляется *системой деятельности, средством практики, фактическое вовлечение которого в каждодневное взаимодействие является необходимым для сохранения связанного чувства собственной идентичности*» (Giddens, 2001).

К важнейшим аспектам телесности, особенно значимым для «Я» и самоопределения личности, относятся: все тело (все внешние черты вместе с одеждой и украшениями), способ бытия (использование тела в повседневных ситуациях), ощущения (испытание приятности и боли). В предшествующих культурах вид должен был, прежде всего, обозначать социальный статус, а не поддерживать индивидуальность личности. Эта ситуация и сейчас принципиально не изменилась и внешний вид (особенно одежда) и в дальнейшем в значительной степени связан с социальным статусом и служит идентификации пола, социальной позиции и профессионального статуса. На способ одевания влияет социальное окружение, реклама и другие факторы, служащие больше стандартизации, нежели индивидуализации. Принцип активного самосознания также касается тела (особенно в молодежной среде), в соответствии с чем, он связан непосредственно с образцами чувственного режима, которому подвергается тело и является основным механизмом культивации, или креации тела.

Подчеркивая культурное происхождение телесной активности и телесных интересов человека, можно выделить следующие физические типы, которые воплощают социально признанные ценности (атрибуты) тела:

- здоровье (гигиенический тип);
- способность к размножению (генетический тип);
- красота (традиционно-эстетический тип);
- чувственность (гедонистический тип);
- физическая форма – рабочая и боевая (утилитарный тип), а также
- физическая форма, как самоценность (спортивный тип) (Znaniecki, 1973).

Человека всегда отличала легкость нахождения поводов, которые позволяли ему признавать ценными действия, побуждающие его к улучше-

нию своего тела. Будучи существом разумным, а также отличающимся способностью мыслить в категориях причинно-следственных, обычно он уделял много внимания заботе о здоровье. Анализ литературы по данной проблеме свидетельствует, что среди наиболее часто выделяемых мотивов, усиливающихся «стараний на предмет тела» находятся собственно достоинства здоровья, а затем уже утилитарные и эстетические, гедонистические и агностические взгляды. Современному осуществлению первой группы ценностей, т.е. ценностей здоровья служат широко распространенные различные формы рекреационной, превентивной и креативной деятельности с точки зрения тела, которым собственно и отвечают различные ценности, и образцы поведения в сфере культуры здоровья. Взаимопроникновение мира ценностей и социальной практики, особенно в этой сфере, проявилось также на основе связи между педагогическими и медицинскими науками. Выражением этого является, прежде всего, оформление отдельного раздела педагогической теории и практики, усиливающего позиции физического воспитания в процессе общего воспитания (речь идет о так называемом здоровом воспитании или педагогике здоровья).

В этом контексте следует отметить, что физическая активность все чаще трактуется как основной элемент здорового стиля жизни. Эта активность воспринимается, тогда как способ хорошего самочувствия, как гарант правильного развития и шанса на продолжение молодости (т.е. усиления жизненных сил), а также как успешное профилактическое, терапевтическое средство, употребляемое при расстройствах и болезнях (особенно сердечно-сосудистой системы) или при наложении стрессогенных ситуаций. Под физической активностью понимается мышечное усилие, вызывающее в организме череду перемен, которые ведут к расходу энергии, большему, нежели при отдыхе. Поскольку в течение тысячелетней эволюции человеческого вида двигательная активность была неизменным условием существования, она стала частью человеческой природы. Поэтому, соответствующий уровень двигательной активности современного человека не только сопутствует функционированию и развитию организма, но также действует с пользой на психику и самочувствие. Несомненным является факт, что у лиц, физически активных, кроме достоинств воздействия физического усилия на здоровье, обычно проявляются сопутствующие этому, другие полезные для здоровья, черты поведения. К таким чертам, например, можно отнести соблюдение принципов рационального питания, отказ от дурных привычек (чаще всего курения), забота о режиме труда и отдыха, сформированность оптимального суточного ритма деятельности (Przewęda, 1999).

Забота о теле означает непрерывное «вслушивание в тело», как для того, чтобы полностью испытать пользу, которую дает здоровье, так и

для того, чтобы вовремя получить сигналы, о том, что происходит что-то неладное. Если это определено, следует обратиться за советом к экспертам, но невосприимчивость к болезням должна быть, прежде всего, проблемой сформированности «внутреннего здоровья» тела. Как планирование, так и выбор какого-либо стиля жизни обычно связываются с телесным соблюдением определенного режима. Эти проблемы не исчерпываются, однако, только вопросом изменяющихся (и связанных с рекламой потребительских благ) идеалов внешнего вида тела, например, хрупкой фигурой. Несомненно, мы *становимся ответственными за проект собственного тела и /.../ в истинном смысле должны его проектировать, тем более, чем более нетрадиционными являются социальные условия, в которых живем* (Giddens, 2001).

Особое влияние на отношение к телу имеют образцы соматической культуры, которые сформировались в традиции европейской культуры и конечно мы можем наблюдать различные проявления их функционирования в обществе. Эти образцы можно свести к следующим основным типам:

1. Эстетическая модель. Суть этой модели выражается в категории прекрасного, выделенной (помимо идеи добра и мудрости) в античной аксиологии. Вначале прекрасное служило исключительно телу человека, а остальные стороны его личности определялись при помощи других понятий. Тело хорошо сложенного человека отличали: высокое телосложение, гармония и правильная пропорция отдельных его частей.

Начавшийся в ренессансе релятивизм телесной красоты в современности развился в конвенции альтернативных эстетических образцов, не исключаяющей даже собственного образа «антикрасоты». Несомненно, в основе эстетического образца находится идея «создаваемой красоты», а реализации опирающейся на нее модели, служат, главным образом, в соответствии подобранные одежды, а также всестороннее использование возможностей диет и косметически-украшающих процедур. Однако позитивными являются наблюдаемые в последнее время стремления к более натуральному состоянию, повышение образцов человеческой культуры и распространение спортивного стиля жизни, особенно в среде молодежи (Krawczyk, 1995). Эта тенденция, характерная польскому обществу, за последние пять-десять лет распространилась также и на белорусское общество. Эстетический образец, кроме релятивного понимания прекрасного и красоты, обуславливает внешность и поведение людей, особенно молодых, на не встречавшемся до сих пор, уровне. Особенно интенсивно проявились в европейской культуре явления заботы о стройной фигуре, красоте и привлекательности. В последние годы в массмедиа распространен идеал худого тела и в связи с этим желаемого «способа быть здоровым». Тучность стала восприниматься – прежде всего, в от-

ношении к женщинам – как указатель социальной неудачи личности, что является приписыванием телу культурных значений (Melosik, 1999).

2. Гедонистический образец. В нем можно выделить три основных типа телесных ощущений (впечатлений): вкусовые, сексуальные и кинестетические. Первые впечатления проявляются в разных обликах и с разной интенсивностью от простых и количественно скромных форм потребления, имеющих целью исключительно успокоение чувства голода, до рафинированных пиршеств, становящихся интегральной составляющей стиля жизни, образующего соответствующую социальную позицию определенной группы. Подобные крайние качественные различия имеет сексуальное поведение. Движение же, как средство доставлять приятное, проявляется наиболее часто в играх и забавах, а также товарищеских формах соперничества.

3. Аскетический образец находит свою материализацию в чистой форме, скорее в прошлом (вопреки стереотипу о неразделимости образа платонической *калокагатии* в древности, который никогда не имел статуса исключительности, так как наряду с ним существовали философские концепции, равнодушные к делам телесным: например, пифагорейцы умеренно, а позднее Эврипид открыто, выступали против физического воспитания, как инструмента формирования личности). На закате эллинской эпохи усилилась критика идеала физического здоровья и силы, связанного со спортом достижений, а также черт, присущих, как считалось, скорее животным, нежели людям, и к этим чертам критики тела как ценности обратился Аврелий Августин, который сформулировал основные положения философии «пренебрежения к телу».

4. Гигиенический образец проявляется в двух разновидностях: экзистенциальной и утилитарной. Экзистенциальная разновидность связана с предрасположенностью человека к заботам о жизни и противостоянием болезни и смерти, чаще всего медицинскими средствами. Это отличие имеет как бы вневременной характер и единственные формы, в которых он выступает, изменяются вместе с развитием цивилизации, особенно с прогрессом медицины. В первобытных обществах этот образец определяется элементарными потребностями группы в ее существовании, а также в продолжении рода и поэтому, как правило, он вписан в систему магических, чаще ритуализированных представлений и обычаев. В обществах, которые в своем прогрессе управляются принципами рационализма и науки, он принимает вид модели, распространяемой, прежде всего, семьей и школой. Современные антропологические концепции здоровья, охватывающие вниманием не только соматические потребности, но наравне с ними, психические и социальные, побуждают к построению *универсальной гигиенической модели, являющейся осью, организующей всю совокупность жизни человека* (Melosik, 1999).

Второй тип гигиенической модели подчинен социальным утилитарным целям. Его начала также восходят к древнейшим временам, однако особое значение он находит в промышленных обществах, которые уже в первой фазе своего развития строили практически значимые программы социальной гигиены. Это связывалось прежде всего с осознанием негативных последствий для здоровья интенсивной и продолжительной производственной работы, с политическими, военными потребностями, а также с формированием современных наций и национальностей, хлопотующих о собственном месте на карте мира.

5. Утилитарный образец, является следствием того, что ранее существующие общества всегда обязывали к инструментальному трактованию тела, так сказать, в правилах подчинения его практическим и военным целям (наступательным или оборонным). Наиболее крайним и последовательно реализуемым образцом утилитарного подхода к физической полезности мы считаем опыт спартанской воспитательной модели. С некоторыми различиями этот образец был продолжен в позднейшем рыцарском воспитании и прежде всего, в испытаниях наемных армий и ополчения. В сущности, те же цели придаются физическому воспитанию в современной армии, хотя быстрое развитие военной техники отодвигает четкие умения и знания солдат как бы на второй план.

Военные потребности государства, однако, никогда не подчинялись без остатка заботам о делах телесных. Определенно более широкое значение (может больше в социальной практике, нежели в концепциях воспитания) имело использование физических сил «низших» социальных классов в процессе труда, значение которого в производственной сфере было обратно пропорционально развитию технической мысли. Достижения этой мысли в значительной степени избавили современного человека от чрезмерных физических усилий, хотя типичный производительный труд постоянно требует интенсивных физических упражнений (профилактических, компенсаторных и коррективных).

6. Агонистический образец. Его основой становится категория стойкости, выражающаяся наиболее полно в борьбе и спортивной состязательности. Эта категория характерна «праздному классу» и происходит из его грабительского характера, из жизни напоказ, а также из показной праздности. Агонистическое поведение поначалу имело классово ограниченный радиус действия: было вписано в аристократический стиль жизни и в исключительных случаях проникало в другие социальные сферы, стремящиеся к этому стилю (прежде всего в военные круги, а позже в слои интеллигенции, дистанцирующиеся от мира непосредственно утилитарных ценностей).

Реализация представленных моделей физической культуры имеет исторически, культурно и поколенчески изменяемый характер. Также, в

различной степени они составляют стиль жизни личностей, групп и социальных слоев. Следует заметить, что полному исчезновению в молодежной среде подвергся традиционно значимый аскетический образец (Мартинковский, 2003).

Молодежь избавилась даже от реликтов этой модели, содержащихся в современной религиозной этике. Оказалось, почти повсеместно отброшено убеждение в том, что обесценивание телесных ценностей и умерщвление плоти могут быть успешным путем достижения высших ценностей. Интерес представляет замечание о том, что, в прошлом доминирующий этос стремился часто к «преодолению тела» и подчинению его «высшим духовным целям», сейчас в обществах потребления люди все чаще воспринимаются через примат тела. Следует согласиться с выводом автора, что вместе с усилением влияния гедонистической культуры *идентичность личности постепенно вымывается из того, что традиционно называлось разумом или душой и переносится «на поверхность» – роль начинает играть тело. /.../ Человек создает свою идентичность, конструируя визуально имидж своего тела* (Melosik, 1999). Одно из важнейших последствий этого явления – распространение в обществе потребительского подхода к телу как объекту (плоскости) опыта все новых видов наслаждения, смешения категорий мужественности и женственности, что является одним из факторов фрагментаризации самосознания.

Для молодого поколения образец физической формы и гигиенический имеют ограниченное значение, они хотя и реализованы, но, скорее всего не переживаемы. Гигиенический образец, десятилетиями пропагандируемый медиками и просветителями, дождался массовой реализации в связи с прогрессом цивилизации и принципиальным изменением условий жизни и работы в урбанизированном обществе. Он связан с соблюдением в каждодневной жизни гигиенических правил, служащих сохранению здоровья. Он вошел достаточно успешно в сферу ежедневных обычаев и особенно оправдывается в способе воспитания детей, все более распространяясь в соответствии с канонами санитарного и оздоровительного просвещения. Этот образец охотно соблюдается, особенно в сфере использования благ цивилизации, облегчающих и делающих приятной ежедневную жизнь. Жаль только, что на дальнем плане житейских ожиданий и стремлений находится профилактическая деятельность, а средства физической культуры в этой сфере – признаваемые вербально – в практике постепенно исчезают. Другой образец, образец физической формы, реализован по большей части в институционализированном виде: либо во время занятий в школе, либо во время занятий, готовящих к профессиональной деятельности (например, в полиции, армии, цирке, театре и т.д.). Он реализуется скорее, как обязанность, нежели форма реализации спонтанных, свободных интересов. Поэтому этот образец апроби-

рован большинством молодых людей, но скорее так, как апробируются, например, ценности труда (в основном, без особенного эмоционального вовлечения) (Мартинковский, 2003).

Главные институты воспитания (семья и школа), а также средства массовой коммуникации и специализированные организации по физической культуре концентрируются, прежде всего, на формировании утилитарного и агонистического образца. Остальные упоминаемые образцы (эстетический, гедонистический, гигиенический, а также аскетический) остаются делом «воспитывающего сообщества». Они достигаются скорее благодаря процессу социализации, нежели воспитанию в узком значении (т.е. посредством процесса намеренного воздействия). Это, вероятно, свидетельствует о существенном недоразвитии этих институтов в сфере профессиональной и физической культуры, а, следовательно, об их традиционализме, или даже скорее – анахронизме. Беспомощность школы и семьи, например, в реализации, современной программы воспитания здоровья, или сексуального воспитания, остается, пожалуй, наиболее щекотливым явлением этого положения.

Вывод. Ввиду существующей ситуации со здоровьем общества, становится неизбежным поднятие уровня осознания его важности, что связано, прежде всего, с просветительской деятельностью, ориентированной на смену принципов. О состоянии просвещения общества, а, следовательно, и о каждодневном поведении его членов свидетельствует уровень той деятельности, которая заключается в передаче молодому поколению знаний, ценностей, поступков, идеалов и жизненных целей.

Культурные образцы поведения, благоприятствующего здоровью определены с одной стороны процессом первичной аккультурации и социализации, а с другой – прогрессом цивилизации и институциональной деятельностью. Эти модели поведения определяются, как *социально выявленные личностью способы сохранения ценностей, принятых в данной группе и обозначенных культурой этой группы как понятие «здоровье», представляющих неотъемлемый элемент культуры группы, который передается в процессе социализации* (Roman, 1994). Эти модели отражают существенные аспекты социальной биографии и положения личности, стандартные для данного общества и его культуры. Целесообразное поведение, навыки, обычаи, позиции, ценности, признанные личностями и социальными группами, определяют то, как человек понимает здоровье, как его оценивает, как им распоряжается и как реагирует на здоровье других. Культурным компонентом моделей целесообразного поведения, несомненно, являются знания, связанные с проблемами здоровья, болезни, терапии, профилактики, компенсации, а, следовательно, знания, касающиеся прежде всего тела и телесности человека.

Список литературы

1. Мартинковский М. Здоровье и здоровый образ жизни в ценностных ориентациях молодежи: монография. Мн. : Технопринт, 2003. 276 с.
2. Osiński W. Zarys teorii wychowania fizycznego. Poznań : Akademia Wychowania Fizycznego, wydanie 1, 1996, wydanie 2, 2002. С. 49.
3. Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji / Ред. Z. Melosik. Toruń; Poznań : Wydawnictwo EDYTOR, 1999. 158 s.
4. Fromm E. Rewolucja nadziei. Poznań : Dom Wydawniczy „Rebis”, 2000. S. 97-99.
5. Giddens A. Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności. Warszawa : Wydawnictwo Naukowe PWN, 2001. S. 137-142.
6. Krawczyk Z. Kultura fizyczna a styl życia / Styl życia a zdrowie: Dylematy teorii i praktyki / Ред. Z. Czaplicki, W. Muzyka. Olsztyn : Polskie Towarzystwo Pedagogiczne, 1995. S. 10.
7. Melosik Z. Ponowoczesny świat konsumpcji / Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji. Toruń; Poznań : Wydawnictwo EDYTOR. 1999. S. 89.
8. Przewęda R. Promocja zdrowia przez wychowanie fizyczne. Promocja zdrowia / Ред. J.B. Karski. Warszawa : Wydawnictwo „Ignis”, 1999. S. 203.
9. Roman E. Kulturowe wzory zachowań zdrowotnych jako efekt procesu socjalizacji młodzieży // Forum Oświatowe. 1994. № 1. S. 215.
10. Znaniecki F. Socjologia wychowania. Warszawa : Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1973, 2001. T. 1 : Wychowujące społeczeństwo. S. 221.

УДК 618.19-006.04-08:613.99

ТРЕХЭТАПНЫЙ МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.А. Дыхно, А.А. Матвейкина

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

Аннотация. Среди онкологических заболеваний женщин в Красноярском крае на первое место выходит рак молочной железы (РМЖ). В 2018 году на учете по данному заболеванию находилось 13529 больных. При сроках выживаемости более 5 лет одним из основных критериев, определяющих состояние пациентов и эффективность лечения, является – качество жизни (КЖ). Цель: изучение изменения КЖ женщин больных РМЖ до(I) и после(II) проведения радикальной мастэктомии и в поздний послеоперационный период(III).

Исследование проводилось на базе краевого онкологического диспансера. В исследовании принимали участие 80 женщин больных РМЖ (I-III стадию заболевания). Которым было проведено интервьюирование, анкетирование по рекомендованными ВОЗ комплексными базовыми опросниками EORTC QLQ-C30, MOS SF-36. Статистическая обработка данных осуществлена с помощью программы SPSS.

Средний возраст пациентов составил 64 ± 4 года.

I этап: у опрошенных имеется отрицание собственного заболевания. Данный способ психологической защиты является прямым следствием основного заболевания. До операции психологическая поддержка больных не проводилась. II этап: 80% больных отметили астенический синдром. В послеоперационном периоде состояние дезадаптации значительно усугубляется; возрастает потребность в социальном взаимодействии. Психологическая поддержка проводилась неэффективно, по мнению пациентов. III этап: Астенические проявления на данном этапе у пациенток усилились, что связано с перенесенной операцией, страхом перед предстоящей химиотерапией, эмоциональным истощением от всего пережитого. У 95% опрошенных возникли коммуникативные проблемы (повышенная конфликтность).

Таким образом, у больных РМЖ больше страдает психосоциальная сфера жизни, чем физическая. Соответственно, необходимо иметь достаточное количество штатных медицинских психологов, которые будут проводить психологическую поддержку пациентов на всех этапах лечения. В эти периоды лечения у больных проявлялись наиболее выраженные признаки социальной дезадаптации, астенического синдрома, что требовало вовлечь в профилактическую работу близких людей пациента для повышения КЖ больных, как вовремя, так и после лечения.

Ключевые слова: рак молочной железы (РМЖ), качество жизни (КЖ), психологическое сопровождение

Актуальность. Рак молочной железы самое распространённое онкологическое заболевание среди женского населения планеты.[3] Достижения в консервативной терапии опухолевых заболеваний в значительной степени увеличили шансы больных на восстановление качества жизни как после лечения. Однако, стандартизированная оценка критериев эффективности проведенного лечения не всегда дает полностью оценить общее состояние пациентов, что не удовлетворяет специалистов.[3;1] Качественные характеристики жизни далеко не всегда могут быть обеспечены только применением современных методов противоопухолевого лечения, необходимо использование дополнительных методов воздействия. [3; 9].

Цель исследования – определить качество жизни больных РМЖ в период его диагностики (I этап), до (II этап) и после (III этап) проведения радикальной операции.

Методы и материалы. Проведено анкетирование 80 пациентов с разными стадиями РМЖ (IA($T_1N_0M_0$), IА ($T_{0-1}N_1M_0, T_2N_0M_0$), IВ ($T_2N_1M_0, T_3N_0M_0$), IIIА ($T_3N_{1-2}M_0$), IIIВ ($T_4N_{0-2}M_0$)) на трех этапах лечения: амбулаторный (при первом обращении больных к врачу), стационарный, который подразделялся на до/после оперативного вмешательства.

В исследовании использовали рекомендованные ВОЗ комплексные базовые опросники КЖ онкологических больных EORTC QLQ-C30, MOS SF-36, которые дополнены вопросами по этиологии РМЖ. [9; 11]. Поскольку обрабатываемые данные представлены в ранговой шкале, различия в ответах оценивались с помощью таких статистических показателей, как мода и медиана. Полученные различия были проверены на статистическую значимость с помощью критерия Уилкоксона - Манна - Уитни.[5] Все пациентки были сопоставимы по социальному статусу, этапу лечения, стадии заболевания и объёму проведенной операции (радикальная мастэктомия по Мадену). [4;6]

Критерии исключения из исследования: неоперабельные больные, больные с нерезектабельной опухолью и 4 стадия заболевания.

Результаты исследования. Средний возраст 80 анкетированных пациентов составил 64 ± 4 года. На вопрос :«как часто вы проходите медосмотр?» - 31,5 % опрошенных ответили, что вообще его не проходят. С момента обнаружения в молочной железе опухолевидного образования до обращения в поликлинику у 48,75% женщин занимало меньше месяца, и лишь 15% заболевших откладывали визит к врачу больше года.

Продолжительность догоспитального этапа показала, что в среднем, на обследование и оформление направления для стационарного лечения уходит 3-4 месяца. В ходе опроса выяснилось, что 66,25% самостоятельно не проводили обследование груди, с тем учетом, что 99% опрошенных знают о данной необходимой процедуре.

I этап исследования:

75% опрашиваемых больных не заметили различий между своим здоровьем на момент исследования и годом ранее. Оценка собственного здоровья была следующей: 50% выбрали вариант – хорошее, и 50% – посредственное. На данном этапе физическое самочувствие пациенток никак не изменилось за счет основного заболевания. За последние 4 недели у большинства опрошенных преобладало подавленное настроение и повышенная раздражительность. 80% опрошенных этой группы испытывали умеренные физические и эмоциональные трудности в общении со своими близкими или коллегами по работе. 80% осознают, что у них проблемы со здоровьем и ожидают его ухудшения.

II этап исследования:

Среди поступивших в стационар 55% опрошенных считают, что их здоровье на данный момент неудовлетворительное из-за осознания основного заболевания, но физическое самочувствие пациенток было сравнимо с прошлым годом по результатам опроса, что говорит об отсутствии физических ограничений в следствии основного заболевания. В ходе анализа вопросов, характеризующих эмоциональное и физическое состояние больных, мы пришли к выводу, что за последние 4 недели все

пациентки не ощущали себя эмоционально подавленными. На вопрос, касающийся дальнейшего развития заболевания 75%, ожидают позитивных результатов лечения, но при этом 80% больных не могли вести прежнюю активную социальную жизнь. Таким образом, на данном этапе у опрошенных имеется отрицание собственного заболевания.

Психологическая поддержка штатным клиническим психологом, по мнению опрошенных, проводилась неэффективно.

III этап исследования: После операции оценка собственного здоровья была следующей: 55% - посредственное, 30% - хорошее и 5% на ответы отличное, очень хорошее, плохое. При этом 45% опрошенных считают, что их здоровье не изменилось относительно прошлого, и 55% отметили его ухудшение. Значительные трудности в выполнении не только тяжелых физических нагрузок, но и повседневных дел у всех опрошенных связаны с ранним послеоперационным периодом. На данном этапе 80% опрошенных отметили астенический синдром. После операции у опрошенных пациентов отсутствовала уверенность в «завтрашнем дне», так на вопросы, связанные с оценкой собственного здоровья как сейчас, так и в будущем, 50% женщин выбрали вариант «не знаю». В ходе опроса выявлено, что субъективное эмоциональное состояние женщин, страдающих раком молочной железы, мешает им активно общаться с людьми (на 10% меньше, чем до операции), при этом 50% опрошенных испытывают трудности при социальном взаимодействии. Таким образом, в послеоперационном периоде состояние дезадаптации значительно усугубляется, что связано с физическим изменением, так и отсутствием уверенности в положительном результате дальнейшего лечения; возрастает потребность в социальном взаимодействии и профессиональной поддержки.

По результатам проведенного анкетирования MOS SF-36 и EORTC самым кризисным этапом для пациенток был 3 этап -послеоперационный, самым благополучным стал 1 этап - амбулаторный. В результате проверки на статистическую значимость различий ответов на 1 и 3 этапах по каждому вопросу были получены 24 подтверждения на уровне значимости <0.05 .

Таким образом, можно говорить о том, что на первом этапе пациенты сохраняют приемлемый уровень КЖ с минимальными психологическими (отрицание собственного заболевания, астенический синдром) и физическими расстройствами (связанными скорее с возрастными особенностями, чем с опухолевыми проявлениями), а на третьем этапе - выраженность психологических расстройств отражается вследствие массивной физической травматизации после операции, так и осознания полной «картины» собственного заболевания, без «опознавания» будущих перспектив лечения и жизни. Результаты так же свидетельствуют о их критическом восприятии впервые услышанного диагноза, что объ-

ясняет отрицание и «благоприятное» течение первого и второго этапа исследования по результатам двух анкет.

Вывод. Женщины информированы о РМЖ и его профилактике, но при этом больше половины не придают этому заболеванию должного значения, что и доказывает их игнорирование общеврачебных рекомендаций

У больных РМЖ больше нарушается психологическая и социальная сфера жизни, чем физическая. Поэтому необходимо иметь достаточное количество медицинских психологов, которые будут проводить психологическую поддержку пациентов на всех этапах лечения.

Наиболее критичными этапами для больных РМЖ являются I (амбулаторный), II (послеоперационный стационарный). На этих этапах у пациенток проявлялись наиболее яркие признаки социальной дезадаптации, астенического синдрома. Необходимо вовлечь в профилактическую работу близких пациента для достижения лучшего КЖ больных, как вовремя, так и после лечения.

Психологическая работа с пациентами и их родственниками обеспечивает понимание самого заболевания, что будет способствовать распространению правильной информации в общество. Впоследствии это улучшит не только КЖ самих онкобольных, но и повысит эффективность санитарно-просветительной работы за счет популяризации онкологии как науки, а не как «приговора».

Список литературы

1. Бергфельд А.Ю., Дамаскина М.В., Игнатова Е.С. Мотивация к лечению и жизненные ценности пациентов онкологического профиля // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2018. Т. 20, № 6. С. 66-71.
2. Винник Ю.А., Фомина С.А., Гринева А.Ю. Влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных раком молочной железы // ScienceRise. 2016. Т.3, № 3 (20). С. 69-73.
3. Грушина Т.И., Ткаченко Г.А. Психологический дистресс у больных раком молочной железы после различных видов противоопухолевого лечения // Опухоли женской репродуктивной системы. 2016. № 1. С. 56-62.
4. Денисенко А.Н., Камаев И.А., Ананьин С.А., Гриб М.Н., Хлапов А.Л. Анализ качества жизни больных раком молочной железы // Общественное здоровье и здравоохранение. 2018. № 4. С. 67-72.
5. Кисляков П.А. Психосоциальное благополучие как показатель социальной безопасности личности и общества // Современные исследования социальных проблем. 2016. №1 (57). С. 82-91.
6. Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б., Черняк М.Д. Значение оценки качества жизни в объективизации стратегий паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями // Паллиативная медицина и реабилитация. 2017. № 2. С. 13-15.
7. Малев А.Л., Захарова А.Н., Калиберденко В.Б., Кузнецов Э.С. Личностный профиль у больных с раковыми опухолями молочной железы // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. № 3 (45). Ч.3. С. 64-66.

8. Солопова А., Идрисова Л., Макацария А., Суренков А., Москвичева В. Представленность вопросов медицинской реабилитации и качества жизни больных раком молочной железы в научной медицинской литературе // *Врач*. 2018. Т. 29, № 3. С. 64-66.

9. Сенина В.С. Психологический статус онкобольного пациента // *Молодой ученый*. 2017. № 48. С. 164-168.

10. Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Социально-психологические проблемы больных после радикального лечения рака молочной железы // *Вопросы онкологии*. 2019. Т. 65, № 1. С. 114-120.

11. Finck C., Barradas S., Zenger M., Hinz A. Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2018. Vol. 18. P. 27-34. DOI: 10.1016/j.ijchp.2017.11.002

УДК 159.9

СПЕЦИФИКА МЕДИАПОТРЕБЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Ю.В. Живаева, Е.И. Стоянова

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

Аннотация. Особенности современного общества в большей степени ориентировано на получение знаний, которые необходимы в течении всей жизни. На данном этапе развития общества происходят значительные изменения: высокий рост потока информации, глобализация для всего этого необходимо адекватность восприятия и интерпретации информации. Обучающимся на современном этапе образования нужно не столько приобрести определенные знания, сколько научиться учиться и уметь находить данные знания и пользоваться ими. Информационное пространство современного человека состоит не столько из текста, сколько из визуальных и аудио-визуальных (поликодовых) элементов, поэтому один из особо необходимых сейчас видов мышления это именно ориентированное на быстро сменяющиеся друг друга обрывки информации, выжимки из линейных текстов. Целью исследования является изучение особенностей медиопотребления в современном обществе. Научная новизна обусловлена выстраиванием учебных программ с использованием наглядного медиа-контента таким образом, чтобы выстраивать более сложные формы мышления.

Ключевые слова: медиопотребление, современное общество, клиповое мышление, студенты

Актуальность. Постоянная модернизация и внедрение новых «гаджетов» и «девайсов» не только расширяет возможности коммуникаций,

самообразования и творческой самореализации личности в обществе, но и генерирует новые вызовы и риски, среди которых особое внимание следует уделить фрагментарному (клиповому) мышлению, возникающее в связи с перенасыщенностью информационной среды и смещению в сторону визуального канала в процессе её обработки.

Для современной науки, в том числе и психологической, одной из важных задач становится всестороннее исследование того, как информационные технологии влияют на когнитивные процессы человека в целом и на мышление в частности.

Постановка проблемы. С точки зрения И.П. Березовской в своей статье «Проблема методологического обоснования концепта «клиповое мышление» указывает, что для точного определения феномена «клиповое мышление», кроме прочего, необходим выявление взаимосвязи между особенностями медиапотребления и характеристиками восприятия, памяти, внимания и мышления индивидов, а также между особенностями медиаактивности индивидов и уровнем развития понятийного мышления.

Понятие «медиапотребление» употребляется (реже определяется) в различных источниках с множеством семантических оттенков, что свидетельствует о многогранности этого явления.

Так, например, Т.С. Крайникова в своей статье «Медиапотребление: обзор рецепций явления» рассматривает четыре разных определения: медиапотребление как медиамену (медиадиета) - понимание медиапотребления сводится к потреблению концепта (системы знаков, кодов), порождаемого соответственным медиа продуктом.

Медиа репертуар - «новые средства массовой информации сделали доступным широкий спектр платформ и выбор контента. Тем не менее, зрители справляются с обилием выбора, прибегая к использованию более узко определяемых репертуаров» (Крайникова, 2013).

Существует трактовка медиапотребления как «составляющей стиля жизни - медиапотребление стало неотъемлемой частью современной жизни: погруженность индивида в мир товаров и услуг, в том числе и информационных, делает его самого неким «продуктом» системы – формирует в нем «потребительский инстинкт», подталкивает к конкурированию во всех социальных интеракциях» (Крайникова, 2013).

С нашей точки зрения, последнее определение медиапотребления является наиболее верным. Т.С. Крайникова пишет: «медиа окончательно стали естественной частью среды обитания человека, а медиапотребление – его и насущной потребительской потребностью, и, фактически, когнитивно-коммуникационной обязанностью» (Крайникова, 2013).

В психологии, на данный момент, множество исследований проводится о безопасности медиапотребления и о культуре медиапотребления как среди школьников, так и среди студентов.

Так, например, А.С. Коповой и соавторы доказательно выяснили, что однозначного негативного влияния на личность людей юношеского возраста компьютерные технологии в целом и цифровые медиа в частности не оказывают, однако, несомненно, влияют на различные аспекты их жизни.

Уровень развития культуры потребления информации, согласно их исследованиям, значительно отстает от уровня развития средств ее производства и потребления, что естественно приводит к уязвимости потребителя информации, в данном случае молодого человека, к его зависимости от информационного пространства (Копова, 2014). А.С. Коповой указывает на необходимость работы в направлении создания как диагностического инструментария, так и профилактических средств для предупреждения негативного влияния медиа сферы на человека. Профилактическим средством противостояния такому влиянию он называет формирование культуры осознанного медиапотребления.

А.Ю. Оборский, П.Н. Игнатов, С.Л. Троянская, М.А. Петрова пишут о необходимости формирования осознанного медиапотребления и культуры медиапотребления как о значимом факторе успешного обучения в ВУЗе и вводят понятие «стиль медиапотребления».

По мнению данных исследователей, так как такой степени информационной активности и владения информационными технологиями люди достигли относительно недавно, медиапотреблению человека присуща некая «не-культурность», традиции осознанности в потреблении контента отсутствуют, информация перерабатывается неэффективно, что существенно отражается на содержательном наполнении и общем качестве образовательного процесса.

«Большая часть современных молодых людей – учащихся общеобразовательных и профессиональных учреждений, - пишут А.Ю. Оборский, П.Н. Игнатов, - имеет весьма отдаленные и размытые представления о приемах критического анализа, не обладает умениями и навыками, обеспечивающими эффективный самоконтроль в сфере потребления медиаинформации, но, при этом, значительную часть информации при подготовке к занятиям студенты подчеркивают именно на интернет-ресурсах. Все эти ресурсы содержат в различных объемах как полезную, так и бесполезную, а иногда и явно деструктивную, отвлекающую от учебной деятельности информацию» (Оборский, 2014).

Исследование С.Л. Троянской показало, что стиль медиапотребления студентов в течение первого года обучения меняется – они все более тщательно прорабатывают источники, предпочитая обращаться научно-исследовательским статьям и монографиям, размещаемым на официальных порталах, их медиапотребление носит целенаправленный характер, повышается критичность при восприятии медиаинформации.

А.Ю. Оборский и П.Н. Игнатов указывают, что именно обучение в высшем учебном определяет изменение стиля медиапотребления (Троянская, 2013).

Еще одна область в медиапотреблении изучает Н.В. Сиврикова. Она исследует стилевые особенности потребления медиа в раннем и позднем юношеском возрасте. В ее работе было доказано, что, несмотря на отсутствие культуры медиапотребления в обществе, чем старше становятся молодые люди чаще доверяют информации именно в проверенных источниках (например, газеты и определенные журналы), при этом критичность по отношению к получаемой информации только возрастает, эффективность поиска информации в медиа снижается. Также было выяснено, что преобладающими в структуре информационной активности мотивациями становятся познавательная и реактивирующая (Сиврикова, 2016).

Особенности медиапотребления изучаются, помимо стилевых характеристик, со стороны характеристик мотивационных – преобладающие мотивации, характерные для человека, будут определять те медиа, к которым будет обращаться и которые будут потреблять человек.

Коллектив авторов (Коповой А.С., Смирнов В.М., Долгов Ю.Н., Маличенко Г.Н.), являющийся одним из основных ученых изучающих медиа в психологии в России, а в частности культуры медиапотребления и медиабезопасности, описали мотивационную структуру информационной активности современного человека, включённого в различные сегменты медиaprостранства.

Основными мотивациями в медиаактивности, согласно их исследованиям, являются следующие:

«познавательная мотивация – медиа потребляются с целью получения знаний, общего интеллектуального развития, личностного/профессионального роста, духовного самосовершенствования;

коммуникативная мотивация – потребление медиа для межличностного/межгруппового общения.

При этом основные темы для общения и социального взаимодействия определяются как события, происходящими в реальной повседневной жизни медиапотребителей, так и тем, что происходит в медиaprостранстве. Если коммуникативная мотивация выражается в явном предпочтении виртуального общения непосредственным межличностным контактам, то это выступает фактором, провоцирующим возникновение и развитие медиазависимости;

релаксационная мотивация – медиа используются для расслабления после стрессов или снятия напряжения. Основным мотивом потребления медиа становится желание переключиться на контент, не требующий интеллектуальных затрат и вызывающий положительные эмоции;

реактивирующая мотивация – медиа используются, прежде всего, с целью восстановления сил, достижения эмоционального подъема, обретения тонуса, бодрости;

компенсаторная мотивация – медиапотребление в данном случае является способом ухода от обыденности в виртуальный мир.

При этом медиа возмещают отсутствующие в реальной жизни достижения, выступают в качестве средства виртуальной симуляции желаемых переживаний» (Смирнов, 2012).

Вывод. Таким образом, медиапотребление это неотъемлемая часть жизни современного человека - индивид погружен в мир информационных товаров и услуг, не потреблять контент фактически невозможно; это деятельность, связанная с использованием медиа; вовлеченность индивида/групп в процесс выбора и освоения медиаплатформ и контента; интеракции в медиaprостранстве. Включенный в медиaprостранство человек имеет мотивационную структуру информационной активности, которая определяет качество потребляемого контента.

Такое потребление может происходить стихийно, без сознательного управления, что с большой долей вероятности может привести к формированию клипового мышления, также потребление может быть специально качественно организованным, осознанным, что будет способствовать формированию более сложных видов мышления. Несомненно то, что формирование сложных видов мышления не возможно без индивидуального усилия самого человека.

Список литературы

1. Коповой А.С. Культура медиапотребления как средство обеспечения медиабезопасности // Инициативы XXI века. 2014. № 1. С. 52-54.
2. Крайникова Т.С. Медиапотребление: обзор рецензий явления // Вестник Воронежского государственного университета. Серия «Филология. Журналистика». 2013. № 2. С. 167-170.
3. Оборский А.Ю. Демонстративное потребление молодежи в России: современное состояние и последствия // Проблемы развития общества в условиях неопределенности: экономические, социальные и управленческие аспекты : материалы Междунар. науч.-практ. конф. Волгоград, 2014.
4. Сиврикова Н.В. Особенности стиля медиапотребления в раннем и позднем юношеском возрасте // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2016. № 3. С. 140-145.
5. Смирнов В.М. Психология медиа-безопасности: учебное пособие. Саратов: Саратовский источник, 2012. 93 с.
6. Троянская С.Л. Проблемы формирования культуры и стиля медиапотребления у студентов в процессе обучения // Вестник Челябинского государственного университета. 2013. № 22 (313). С. 205-209.

ЦЕННОСТНАЯ МОДАЛЬНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОЗИЦИИ КАК РЕСУРС КОГНИТИВНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ¹

В.И. Кабрин, О.М. Краснорядцева, Э.А. Щеглова, Е.В. Бредун

Томский государственный университет, г. Томск, Россия

Аннотация. В статье представлены обобщенные результаты исследования особенностей ценностной модальности как значимой характеристики ценностных контуров когнитивно-ноэтического становления профессиональной позиции педагога. Использование исследовательского приема реконструкции доминирующих профессиональных ценностей позволило выявить выраженные проявления различных вариантов ценностной модальности профессионально-педагогической позиции. Обсуждается ряд сделанных исследовательских фиксаций: доминирование ценностной модальности профессионально-педагогической позиции с характерными признаками ценностной размытости и неопределенности; статистически достоверные различия между исследовательскими выборками вузовских преподавателей, студентов и аспирантов с разным опытом начального профессионального погружения в педагогические практики; выраженная асинхроничность ценностных и операционально-технологических компонентов психологической готовности к образовательному взаимодействию. Обосновывается приоритетность изучения ценностных измерений профессионально-педагогической ментальности как ресурса актуализации когнитивного потенциала человека и когнитивной устойчивости как значимого фактора предупреждения профессиональной стагнации.

Ключевые слова: профессионально-педагогическая позиция, ценностная модальность, когнитивная устойчивость, удержание ценностной определенности

Актуальность. Изучение предикторов стагнации профессиональной позиции, проявляющейся в снижении профессиональной активности, в нарастающей симптоматике эмоционального выгорания, в отсутствии мотивации к профессиональному развитию, все чаще становится востребованным со стороны различных социальных практик, в том числе и образовательных (Сыманюк, Печеркина, 2016). Озабоченность вызывает и тот факт, что в последнее время все чаще стали фиксировать

¹ Результаты были получены в рамках выполнения государственного задания Минобрнауки России, проект № 0721-2020-0040

выраженность у педагогов феномена прокрастинации, выражающегося в систематическом откладывании действия или принятия решения (Хусаинова, 2018). Более того, ставшее своеобразным «маркером» нашего времени вынужденное длительное пребывание в условиях форматов онлайн-образования, проходящих под значительным влиянием «обезличенных» коммуникаций, все чаще приводит к нарастанию «стагнативного смысложизненного состояния личности» (Карпинский, 2019). И в том смысле удержание ценностной определенности профессионально-педагогической позиции является актуальной задачей профессионального становления.

Постановка проблемы. В современной психологии акцентируется внимание на возрастание интереса исследователей не только к логико-познавательным, но и к мотивационным, имажинативным, эмоциональным и коммуникативным аспектам когнитивного развития (Гершкович, Фаликман, 2018). Тем самым авторы показывают возвращение в предмет психологии всех основных психологических модальностей когнитивной экзистенции человека. В качестве наиболее перспективного направления исследований выделяется «творческий эпигенетический тип развития когнитивной сферы человека» с акцентом на саморазвитие, в котором субъект свободно творит собственную траекторию развития при незаданности целей (Кричевец, 2009); а источником развития когнитивных процессов определяется коммуникация (Солсо, 2011). В этой связи особую актуальность обретают возможности холистического подхода как исследованию целостности жизни человека и мира, что позволяет акцентировать внимание исследователей на аксеологический аспект становления профессиональной позиции, выделяя в качестве особого предмета исследования ценностные контуры когнитивно-ноэтической жизни педагога (Кабрин, Выходков, Прудовиков, Полякова, 2020).

Методы и материалы. Для исследования ценностной модальности психологической готовности преподавателя к образовательному взаимодействию (как значимой составляющей профессионально-педагогической позиции) был использован прием первичной экспресс-диагностики (Клочко, Краснорядцева, Щеглова, 2016). Опрашиваемым предлагалось отметить степень согласия или не согласия с 40 высказываниями, отражающими различные точки зрения на образовательный процесс. Анализируя степень согласия (или не согласия) с предлагаемыми высказываниями, в той или иной мере затрагивающих представления о сути и направленности изменений в современном образовании, исследователь получает возможность реконструировать (воссоздать) реально сложившуюся у конкретного педагога систему профессиональных ценностей, по многом определяющую характер и стратегию

профессионально-педагогической позиции. Статистическое обобщение эмпирических данных и анализ отношения участников образовательного процесса к различным образовательным ценностям осуществлялись с применением частотного анализа и статистического критерия Краскела-Уоллеса.

Исследование проводилось в течение 3-х лет, с 2018 по 2020 год. Всего в исследовании приняли участие 245 человек, среди них преподаватели, аспиранты и студенты старших курсов Томского государственного университета.

Результаты исследования. На рис. 1 и 2 представлены обобщенные результаты по всей выборке испытуемых (педагоги вузов, аспиранты, студенты выпускных курсов).

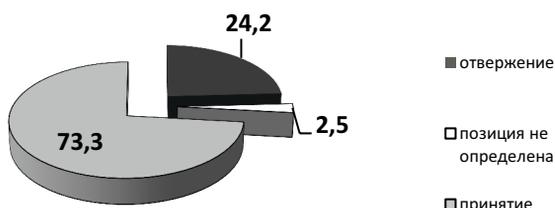


Рис. 1. Выраженная ценностная модальность относительно предметно-ориентированного подхода

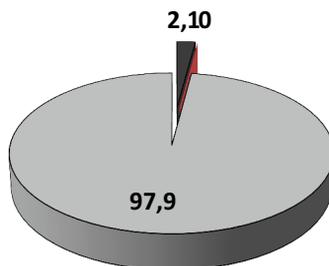


Рис. 2. Выраженная ценностная модальность относительно лично-ориентированного подхода

Представленные обобщенные результаты дают основания для фиксации интересного факта - значительная часть исследуемой выборки демонстрирует одновременное принятие ценностей предметно-ориентированного и лично-ориентированного подходов. В таблице 1 представлены обобщенные сведения, детализирующие выявленную тенденцию.

Таблица 1

**Соотношение между показателями ценностных модальностей
относительно двух подходов**

Принятие/отвержение ценностей предметно-ориентированного подхода		Принятие/отвержение ценностей лично-ориентированного подхода		Итого
		Отвержение	Принятие	
Отвержение	Частота	1	56	57
	%	0,4%	23,7%	24,2%
Позиция не определена	Частота	0	6	6
	%	0,0%	2,5%	2,5%
Принятие	Частота	4	169	173
	%	1,7%	71,6%	73,3%
Итого	Частота	5	231	236
	%	2,1%	97,9%	100,0%

Таким образом, можно констатировать достаточно выраженную общую профессионально-педагогическую ценностную неопределенность у всех групп участников исследования. Однако, при проведении сравнительного анализа отношения к различным образовательным ценностям студентов, аспирантов и преподавателей было установлено, что степень принятия ценностей предметно-ориентированного подхода у преподавателей и аспирантов статистически значимо выше ($p=0,025$), чем у студентов (см. рисунок 3).

В отношении же ценностей лично-ориентированного подхода, напротив, наблюдается противоположная картина. Степень принятия ценностей лично-ориентированного подхода у преподавателей на уровне статистической тенденции ($p=0,087$), ниже, чем у студентов и аспирантов (см. рисунок 4).

Подтверждением достаточно известного факта того, что смысловая неопределенность порождает и прагматическую неопределенность, которая проявляется в нечеткости путей, способов, средств осуществления деятельности [3], являются обобщенные результаты еще одного аксиологического измерения ценностной модальности профессионально-педагогической позиции, представленные на рис. 5 и 6.

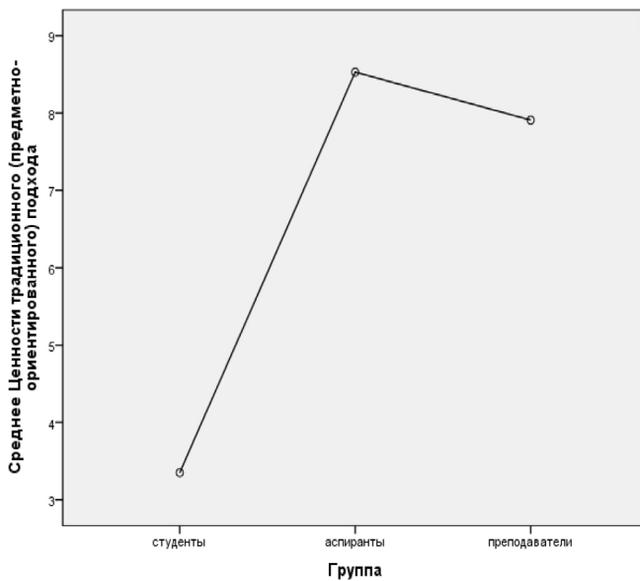


Рис. 3. Средние значения показателя принятия ценностей предметно-ориентированного подхода в 3-х группах респондентов

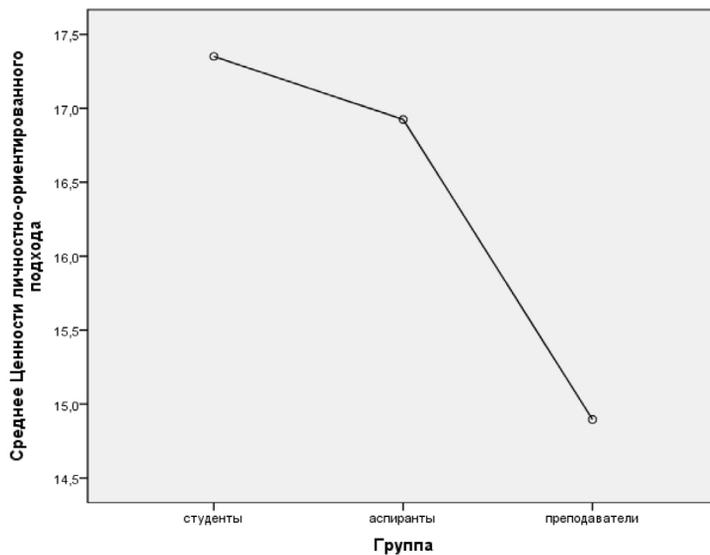


Рис. 4. Средние значения показателя принятия ценностей лично-ориентированного подхода в 3-х группах респондентов

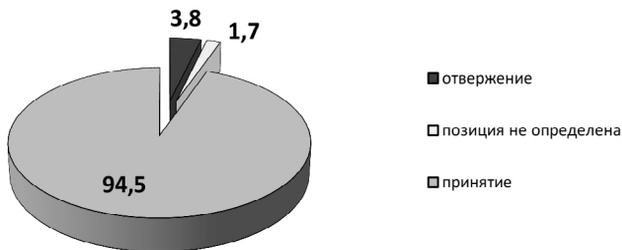


Рис. 5. Принятие и отвержение дидактических постулатов предметно-ориентированного подхода

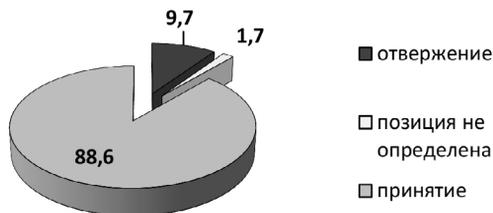


Рис. 6. Принятие и отвержение дидактических постулатов лично-ориентированного подхода

Представленные обобщенные результаты фиксируют аналогичную выделенной выше тенденцию одновременного принятия разнополярных ценностных оснований дидактической направленности профессионально-педагогической позиции.

Обсуждение результатов и выводы. Таким образом, использованный в исследовании прием реконструкции доминирующих профессиональных ценностей позволяет сделать несколько важных обобщающих фиксаций, нуждающихся в дальнейшей профессиональной рефлексии:

1. У значительной части исследовательской выборки, включающей в себя как действующих вузовских преподавателей с разным опытом педагогической деятельности, так и потенциальных педагогов, находящихся на разных этапах профессиональной подготовки (аспирантов и студентов старших курсов) достаточно выражено доминирует проявления ценностной модальности профессионально-педагогической позиции с характерными признаками ценностной размытости и неопределенности. Представляется важным подчеркнуть, что длительное пребывание в такой «ценностной несбалансированности» резко снижает готовность и способность педагогов решать столь важные образовательные задачи каковыми являются «задачи на смысл», «задачи на ценность», что в ко-

нечном итоге и приводит к ценностной симплификации и ценностному уплощению, а затем и к профессиональной стагнации.

2. Установленные (путем попарного межгруппового сравнения) некоторые статистически достоверные различия между исследовательскими выборками вузовских преподавателей, студентов и аспирантов с разным опытом начального профессионального погружения в педагогические практики можно объяснить тем, что чем более глубоко человек погружается в процесс вовлечения в профессионально-педагогическую деятельность, тем более часто он сталкивается сегодня с ситуацией «ценностно-плюрализма».

3. Ценностная модальность, характеризующаяся сбалансированностью и выраженной определенностью ценностных составляющих профессионально-педагогической позиции, выступает мощным ресурсом актуализации когнитивного потенциала человека, а это, в свою очередь, является значимым фактором в предупреждении профессиональной стагнации.

4. В условиях нарастающей цифровизации современных образовательных форматов, зачастую сопровождающейся значительным влиянием «обезличенных» коммуникаций, приводящих к выраженной асинхронности ценностных и операционально-технологических компонентов психологической готовности вузовских педагогов к образовательному взаимодействию, особую актуальность приобретают исследования коммуникативно-креативных аспектов когнитивно-ноэтического развития человека. В качестве одного из приоритетных исследовательских трендов в рамках данного подхода является изучение устойчивости ценностных контуров когнитивно-ноэтической жизни человека в «многообразных целевых аттрактивных направлениях» (Кабрин, Выскочков, Прудовиков, Полякова, 2020).

Список литературы

1. Гершкович В.А., Фаликман М.В. Когнитивная психология в поисках себя // Российский журнал когнитивной науки. 2018. Т. 5, № 4. С. 28-46.
2. Кабрин В.И., Выскочков В.С., Прудовиков И.О., Полякова О.Р. Специфика коммуникативных и личностных контекстов потенциала креативного лидерства у студентов гуманитарных и естественнонаучных направлений образования // Вестник Кемеровского государственного университета. 2020. Т. 22, № 2. С. 426-436. DOI: 10.21603/2078-8975-2020-22-2-426-436
3. Карпинский К.В. Смысложизненные задачи и состояния в развитии личности как субъекта жизни // Сибирский психологический журнал. 2019. № 71. С. 79-106. DOI: 10.17223/17267080/71/5
4. Ключко В.Е., Краснорядцева О.М., Щеглова Э.А. Образовательное взаимодействие: системно-антропологический контекст. Томск: Издательский Дом Томского государственного университета, 2016. 130 с.

5. Кричевец А.Н. О категориальных структурах в теориях развития // Когнитивные исследования. Проблемы развития : сборник научных трудов : вып. 3 / под ред. Д.В. Ушакова. М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. С. 15-34.

6. Солсо Р.Л. Когнитивная психология. СПб. : Питер, 2011. 589 с.

7. Сыманюк Э.Э., Печеркина А.А. Психолого-педагогическое сопровождение развития профессиональной компетенции педагога // Педагогическое образование в России. 2016. № 3. С. 32-37.

7. Хусаинова Р.М. Проявление феномена прокрастинации у учителей в зависимости от качества жизни // Сибирский психологический журнал. 2018. № 68. С. 162-173. DOI: 10.17223/17267080/66/10

УДК 316.35.023.6

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДУХОВНО- НРАВСТВЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РОСГВАРДИИ

А.В. Косолап

Новосибирский военный институт имени генерала армии И.К.Яковлева войск национальной гвардии Российской Федерации, г. Новосибирск, Россия

Аннотация. В статье рассмотрены понятия духовности и нравственности военнослужащих Росгвардии, их ценностные ориентиры. Раскрыты пути их формирования.

Ключевые слова: ценности, духовность, нравственность, Росгвардия

Актуальность. Защита Отечества является долгом и обязанностью каждого гражданина Российской Федерации. В свою очередь, долг - одно из фундаментальных понятий этики – дисциплины, предметами исследования которой являются нравственность и мораль. Долг обозначает нравственно аргументированное принуждение к поступкам. В нашем случае – защита Отечества.

Долг по защите Отечества граждане посредством прохождения военной службы по призыву, в том числе и в Росгвардии, в частности при выполнении возложенных на них задач, успешность которых зависит в большинстве своём от их морально-психологического состояния. В свою очередь, на него влияет много других факторов, одним из которых является духовно-нравственные ценности военнослужащего, которые являются его моральным ориентиром. Деятельность командиров (начальников) по воспитанию подчиненных военнослужащих определяется рядом нормативных правовых актов и других регламентирующих документов, основным из которых является дисциплинарный устав. Он даёт опреде-

ление понятию воинская дисциплина, разъясняет на чем она основывается и чем достигается. Формирование духовно-нравственных ценностей военнослужащего Росгвардии происходит на основе личности человека, который приходит на военную службу для выполнения своего гражданского долга. Учитывая эту особенность командир – воспитатель должен в первую очередь знать социально-психологические особенности современного общества – той среды, из которой к нему в подразделение пришёл подчиненный, затем изучить процесс его взросления: в какой семье родился и воспитывался, как учился в школе, чем увлекался. На этом этапе помогает социально-психологический портрет подразделения, основу которого должен составлять психологический портрет личности. Следующей особенностью является то подразделение, в котором военнослужащий будет проходить службу: какие возлагаются задачи, служебная нагрузка и дислокация подразделения. Свою важную роль играет и конкретный коллектив, в котором у индивида будет происходить коммуникация с другими его членами. Итак, на формирование духовно-нравственных ценностей у военнослужащего влияют следующие факторы: индивидуальные особенности личности, то подразделение, в котором он проходит службу и место его дислокации. Рассмотрим их по порядку.

Военнослужащие по призыву в современной армии – это молодые люди от 18 до 27 лет. Если брать даже самый низкий возрастной ценз – 18 лет, то можно отметить то, что к этому возрасту формируется устойчивая картина мира и поведенческие привычки. Так как современный мир стремительно меняется, то и условия, в которых растет человек, тоже меняется. И все больше организация прохождения военной службы уходит дальше от привычной жизни среднего молодого человека. Прохождение службы характеризуется строгой и точной дисциплиной, распорядком дня и беспрекословным подчинением командирам (начальникам) – данные условиях происходит формирование личности военнослужащего. Для многих это кардинальная смена их образа жизни. На первых этапах это приводит к переутомляемости, отсутствию желания служить. В этот момент особо ощутима роль офицера – наставника, которые формирует у военнослужащего правильное понимание сложившейся ситуации, помогает ему справиться с психологическими трудностями, учитывая психологические особенности личности каждого военнослужащего.

Вывод. Духовно-нравственные качества являются частью направленности личности, которую часто определяют как совокупность устойчивых мотивов, ориентирующих деятельность личности и относительно независимых от наличной ситуации. Нельзя не сказать, что направленность личности всегда обусловлена социумом и формируется в процессе воспитания. Направленность – это установки, ставшие свойствами личности и проявляющиеся в таких формах, как влечение, желание, стрем-

ление, интерес, склонность, идеал, мировоззрение, убеждение. Задача офицера создать такие условия прохождения службы, чтобы у военнослужащего было устойчивое желание, сознательное стремление, неподдельный интерес и твердые убеждения, а также он должен видеть перед собой идеал – авторитет командира.

Список литературы

1. Маклаков А.Г. Психология и педагогика. Военная психология. СПб. : Питер, 2004. 464 с.
2. Филиппов А.Н. Формирование ценностного отношения к воинскому долгу в процессе патриотического воспитания // Мир науки, культуры, образования. 2020. № 2 (81). С. 134-136.
3. Якушина Н.В. Ценности и ценностные ориентации военнослужащих Российской армии Вестник СПбГУ // Социология. 2008. № 3. С. 234-238.

УДК 159.944.4:616.8-085.851

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ ПОСЛЕ СМЕРТИ БЛИЗКИХ ЛЮДЕЙ

Е.П. Малюткина¹, К.Р. Стаценко¹, Е.Н. Штуко¹, А.В. Сивкова²

*¹Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

²Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», г. Красноярск, Россия

Аннотация. В данной статье представлены результаты оказания психотерапевтической помощи пациентам с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) после утраты близких людей. Целью исследования явилось изучение эффективности психотерапии, проводимой пациентам с ПТСР после утраты близких людей с учётом особенностей стрессора, описание этапов терапевтических мероприятий. Исследована динамика психологических показателей ситуативной и личностной тревожности пациентов с ПТСР для более детального изучения эффективности проведенной терапии.

Ключевые слова: ПТСР, этапы психотерапевтической помощи, особенности стрессора утраты близких людей, ситуативная, личностная тревожность

Актуальность. Более 40 лет прошло с момента появления диагноза ПТСР, расширились наши представления о механизмах травматического

стресса. При этом, несмотря на рост осведомлённости, способность содействовать выздоровлению при ПТСР остаётся на одном и том же уровне. Несмотря на то, что методы лечения ПТСР обоснованно эффективны, большинство пациентов не демонстрируют оптимального отклика на них (Bryant, 2019). Учитывая, что людей, непосредственно пострадавших от различных травматических событий, миллионы, проблемы поиска доказательных видов лечения ПТСР остаются приоритетными в ближайшие годы. Особое место в ряду психотравмирующих воздействий занимает утрата лиц экстраординарной значимости. Несмотря на иную направленность психогенного фактора по сравнению с событиями, связанными с угрозой физическому существованию, данная ситуация воспринимается как соответствующая ей, поскольку включает компонент «непоправимого уничтожения личности» (Elklit et al., 2010). Описаны особенности стрессора утраты близких людей (Малюткина и др., 2011). Определение новых подходов к лечению может способствовать оптимизации исходов лечения ПТСР. Психотерапевтическая помощь при ПТСР после утраты близких, с учётом особенностей стрессора, вызвавшего расстройство, остаётся в настоящее время до конца не разработанной и является перспективной для дальнейших исследований.

Постановка проблемы. Смерть эмоционально значимых лиц (родственников, друзей, сослуживцев и др.) сопровождается по жизни практически каждого взрослого человека, у части из этих людей развивается ПТСР. Полагают, что часто психическая травма носит комплексный характер (Шамрей и др., 2011). Несмотря на широкое применение медикаментозной терапии при ПТСР, наиболее эффективным считается психологическая коррекция с использованием психотерапевтических методик. Самыми распространёнными методами психотерапии ПТСР, как за рубежом, так и в нашей стране, являются: когнитивно-поведенческий метод (Дьяков и др., 2019), метод десенсибилизации (Nemeroff et al., 2006), метод психодинамической терапии (Тарабрина, 2009), гипнотические методы (Connog et al., 2003). Успешные результаты дают реабилитационные комплексные программы с включением семейной психотерапии (Пермякова, 2003), интегративные подходы (Бундало, 2009).

В то же время в литературе представлены немногочисленные работы по разработке дифференцированной психотерапевтической помощи при ПТСР в зависимости от степени тяжести, включающие не только клинический, но и личностный и социально - психологический аспекты, но при этом не учитывающие особенностей стрессора, вызвавшего расстройство.

Методы и материалы. Исследование проводилось среди пациентов, добровольно обратившихся за медицинской помощью в КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1».

Критериями отбора являлись: (1) возраст от 18 до 48 лет, (2) наличие в анамнезе внезапной смерти (утраты) близкого (-их) человека с учетом обстоятельств ее наступления и получения респондентом информации об этом; (3) время прошедшее после утраты – не менее 6 месяцев; (4) наличие клинических признаков затяжных непсихотических психогенных расстройств обусловленных смертью (утратой) близкого человека соответствующих ПТСР, в соответствии с критериями диагностики МКБ-10 (МКБ-10, 1994).

Всего в выборку для проведения исследования было включено 106 человек обоих полов в возрасте от 18 до 48 лет. Мужчин в выборке было 28 (26,4 %) человек, женщин – 79 (73,6 %). Средний их возраст соответствовал 34,0 годам.

У всех пациентов в анамнезе выявлялся факт внезапной смерти (утраты) близкого человека, после которой прошло не менее 6 месяцев. Все респонденты не подвергались в своей жизни воздействию стрессоров катастрофического характера, угрожающих их жизни и здоровью ни до утраты близкого им человека, ни после этого, а также не страдали психическими расстройствами до утраты близкого. Всем респондентам выборки на этапе формирования групп проводилось психопатологическое исследование по Миссисипской шкале (МШ) (гражданский вариант) для определения количественных показателей, соответствующих наличию/отсутствию ПТСР.

После проведения психотерапевтической коррекции респондентам, для более детального изучения эффективности проведенной терапии нами была исследована динамика психологических показателей ситуативной и личностной тревожности, которые определялись с использованием «Теста Спилбергера-Ханина».

Результаты исследования. Из числа обследованных у 94 пациентов был диагностирован ПТСР, выявлялись клинические признаки расстройства в соответствии с критериями диагностики МКБ-10. Эти пациенты представили группу исследования (группа ПТСР), она была представлена 28 (29,8 %) мужчинами и 66 (70,2 %) женщинами. Их средний возраст составил 29,6 лет. Средний показатель по МШ в этой группе – 84,0 балла соответствовал наличию ПТСР (таб. 1).

Таблица 1

Показатель по МШ в группе исследования ПТСР

Показатель по МШ	Группа ПТСР N=94
Среднее значение	84,0

Одним из важных принципов оказания психотерапевтической помощи является активное выявление клинических проявлений расстройства психотерапевтом. Пациенты чаще всего предъявляют только те жалобы, которые «лежат на поверхности». Часто они фиксируют свое внимание на симптомах, которые от них «ожидают», которые «на слуху» в обществе. В первую очередь это та симптоматика, которая нарушает их самочувствие и трудоспособность. К одним из таких проявлений относятся эмоциональные нарушения, например, нарушение сна, подавленное настроение, симптомы соматического характера. Жалобы на навязчивые мысли, воспоминания, действия, тревожные проявления и особенно дереализационно-деперсонализационные, часто не только не предъявляются, но и скрываются из-за страха, что пациента примут за «сошедшего с ума». Тактика оказания психотерапевтической помощи каждому индивидууму была обоснована, прежде всего, степенью выраженности клинических проявлений ПТСР после утраты близких.

Объем психотерапевтической помощи зависел от многих аспектов. Как правило, краткосрочная психотерапия дает нестойкий эффект, направлена чаще всего на купирование симптомов ПТСР и не затрагивает личностных особенностей индивидуума, а тем более межличностную сферу его жизнедеятельности. На наш взгляд, более предпочтительна психотерапевтическая помощь, направленная на коррекцию личности пациента, включая поведенческую, а главное, обучение его конструктивному межличностному общению. Учитывая, что при ПТСР после смерти близких имеет большое значение нарушение межличностных отношений, наиболее целесообразной представляется социально-психологическая направленность психотерапевтических методов. При оказании нами терапии проводилась как индивидуальная психологическая коррекция, так и в группах (групповые тренинги), в зависимости от степени выраженности симптоматических проявлений расстройства и индивидуальных особенностей пациента. С учётом особенностей стрессора утраты значимого близкого, во избежание возможной психологической травматизации пациента при обсуждении в группе, особенно на первом этапе, мы проводили несколько сеансов индивидуальной психотерапевтической коррекции. В зависимости от степени выраженности специфических симптомов ПТСР пациентам назначали фармакотерапевтические препараты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, бензодиазепины, нормотимики, реже - антипсихотики). По мере уменьшения выраженности клинических проявлений расстройства дозировки препаратов корректировались, и пациенты вводились в тренинговую группу. Группы формировались от 8 до 10 человек. С учётом особенностей стрессора утраты близких людей психотерапевтическая помощь пациентам, страдающим ПТСР, проводилась

нами поэтапно. Психотерапевтическая коррекция была направлена на помощь пациенту «совладать» со стрессом, вызванным утратой близкого, «переработать» психическую травму.

Цель групповых тренингов - не только помочь пациенту избавиться от симптомов, но и изменить отношение к себе, своей жизни. Для этого проводилась терапия, направленная на реконструкцию личности пациента и коррекцию межличностных отношений, чему и способствовал регулярный тренинг. Для проработки одного из трёх этапов, пациентам проводилось до 10 сеансов психотерапевтической коррекции:

1. на субличностном уровне;
2. на личностном уровне;
3. на межличностном уровне;

Первый этап психотерапии - субличностный, проводился индивидуально. На данном этапе у пациента с ПТСР после смерти близкого выработывались навыки без оценочного восприятия окружающей действительности, которые формировались осознано. Пациенты с ПТСР после смерти близких обучались без оценочно относиться как к себе, так и к другим людям, к прошлым событиям до и после утраты близкого. Это позволяло им более реально видеть окружающую действительность, поведение людей, а также начать реально воспринимать себя и свое поведение, реагирование, что помогало пациентам избавиться от негативных оценок в частности себя, своего прошлого и настоящего. На всех этапах, начиная с первого, каждый сеанс психологической коррекции начинался и заканчивался опросом пациента о его состоянии «здесь и теперь». Это позволяло научить их осознавать и при этом вербализировать свои переживания и чувства.

Второй этап психотерапии – личностный, проводился в тренинговой группе, где пациенты приобретали навыки конструктивного личностного функционирования. Члены группы во время тренинга изучали и осознавали свои «привычные» функциональные эго-состояния личности в традициях транзактного анализа («Родитель», «Взрослый», «Ребенок»). Изучали закономерности функционирования личности в определенных эго-состояниях, в том числе адаптивных и неадаптивных компонентов, что помогало им понять закономерности интерперсональных взаимодействий, осознать причины их коммуникативных неудач в прошлом. Это позволяло индивидуумам дифференцированно осознавать своё поведение и реагирование.

Полученные навыки способствовали позитивным изменениям. Уже в этот период психологической коррекции выявлялась положительная динамика клинических проявлений расстройства. Уменьшалась частота и интенсивность навязчивых воспоминаний, связанных со смертью близкого. Уменьшались или совсем исчезали проявления тревоги, по-

давленного настроения, страха. У пациентов улучшался сон, исчезали симптомы психосоматического характера. Заметно уменьшались проявления негативного отношения к себе, людям, враждебности, изменялась самооценка, появлялись радостные чувства. У подавляющего числа пациентов с ПТСР после утраты близких исчезало чувство безысходности, появлялась надежда, позитивная ориентация на будущее. Важно, что получая результат в тренингах и применяя его эффективно в своей жизни, люди начинали понимать, что они многое могут изменить самостоятельно в своей жизни, появлялась эмоциональная и поведенческая активность.

Третий этап психотерапии – межличностный. На данном этапе в тренинговой группе пациенты с ПТСР изучали структуры игровых (манипулятивных) межличностных отношений, осознавали свои «любимые» чувства и игры, расширяли навыки своего творческого ролевого поведения в различных жизненных ситуациях. Участники группы в различных ролях проигрывали ситуации, содержащие психологические игровые отношения. Они обучались распознавать отличия манипулятивных и честных отношений и осознавали в процессе терапии свои «любимые» чувства, которые становились причиной игровых отношений.

При этом у каждого пациента имелся определенный набор «любимых» игр. Это соотносилось с тем, что у них прослеживались в течение жизни следующие чередой различные конфликты, что приводило к тяжелым стрессам. По этой причине они не могли преодолеть и негативные переживания по поводу утраты значимого близкого. Поскольку игры, «любимые» чувства поддерживали их внутренний гомеостаз, то стрессы имели для этих людей также гомеостатический, патологически приспособительный характер.

В процессе психологической коррекции у субъектов, путем осознания «любимых» чувств и творческого ролевого поведения в ситуациях, вырабатывались навыки выхода из игры, а также навыки гибкого, творческого реагирования и адаптивного поведения. В дальнейшем, в ходе психологических тренингов, у них формировались навыки прогнозирования ситуации.

Для более детального изучения эффективности проведенной психотерапии нами была исследована динамика психологических показателей, которые определялись с использованием «Теста Спилбергера-Ханина» для исследования ситуативной и личностной тревожности. Динамика среднего числового значения тревожного синдрома до и после психологической коррекции выявила тенденцию к снижению. Показатели как личностной, так и ситуативной тревожности после проведения пациентам психотерапии снизились (табл. 2, рис. 1).

Динамика показателей ситуативной и личностной тревожности и их уровни в группе ПТСР до психокоррекции и после психокоррекции

Варианты тревожности	До психокоррекции		После психокоррекции	
	М	Уровни тревожности	М	Уровни тревожности
Ситуативная тревожность	45,68	Умеренная	40,96	Умеренная
Личностная тревожность	54,00	Высокая	45,80	Высокая

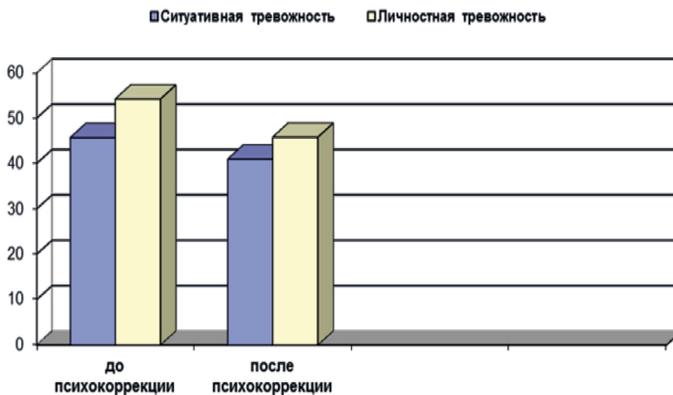


Рис. 1. Показатели ситуативной и личностной тревожности в группе ПТСР до психокоррекции и после психокоррекции (примечание: до 30 баллов низкий уровень тревожности, 31- 45 – умеренный, 46 и выше – высокий).

Обсуждение результатов. Таким образом, при психотерапии пациентов с ПТСР после смерти близких, проводимой поэтапно с учётом особенностей стрессора, положительная динамика клинической симптоматики расстройства и изменения психологического состояния личности, в частности снижение уровня как ситуативной так и личностной тревоги, происходила синхронно. При этом было замечено: положительная динамика как клинических проявлений, так и личностных изменений наступала медленнее, чем более длительно индивидуум переживал смерть значимого близкого. У части респондентов с выраженными клиническими проявлениями ПТСР, получавших психотерапевтическую помощь, обнаруживалось уменьшение полиморфизма симптоматики, отсутствие тенденции к усилению и усложнению симптомов расстройства.

Вывод. Полученные результаты дают основание утверждать, что в случае выявления признаков ПТСР, развившихся после смерти лиц экстраординарной значимости, психотерапевтическая коррекция расстройства должна быть начата в максимально ранние сроки, дабы предотвратить более тяжелые последствия, проводиться поэтапно на субличностном, личностном и межличностном уровнях с учётом особенностей стрессора утраты близких людей. А также – о возможности использования динамики психологических показателей ситуативной и личностной тревожности пациентов с ПТСР для отслеживания результативности проведенной терапии.

Список литературы

1. Бундало Н.Л. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство. Монография. Красноярск : тип. КрасГМУ, 2009. 352 с.
2. Дьяков Д.Г., Слонова А.И. Практика осознанности в развитии когнитивной сферы: оценка краткосрочной эффективности программы Mindfulness-Based Cognitive Therapy // Консультативная психология и психотерапия. 2019. № 1. С. 30-47. DOI: 10.17759/cpp.2019270103
3. Малюткина Е.П., Бундало Н.Л. Диагностика посттравматического стрессового расстройства при утрате близких людей: методические рекомендации. Красноярск : СибГТУ, 2011. 38 с.
4. Международная классификация болезней: 10-й пересмотр. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб., 1994. 282 с.
5. Пермякова О. А., Валинурова И.Р. Психосоциальная реабилитация участников вооруженных локальных конфликтов // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 2. С. 115-116.
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
7. Шамрей В.К., Лыткин В.М., Дрига Б.В., Жовнерчук Е.В. Клинические особенности коморбидных боевых посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных войн // Психическое здоровье. 2011. № 7 (62). С. 71-74.
8. Bryant R.A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges // World Psychiatry. 2019. Vol. 18, № 3. P. 267-277.
9. Connor K.M., Butterfield M.I. Post-traumatic stress disorder // American Psychiatric Association. 2003. № 1. P. 247-262.
10. Elklit A., Reinhold N., Nielsen L.H. [et al.]. Posttraumatic stress disorder among bereaved relatives of cancer patients // J. Psychosoc Oncol. 2010. Vol. 28, № 4. P. 399-412.
11. Nemeroff C.B., Brenner J.D., Foa E.B., Mayberg H.S., North C.S., Stein M.B. Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review // J. Psychiatric Research. 2006. Vol. 40, № 1. P. 1-21.

ПРИРОДА И ПСИХИЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКА В ТЕОРЕТИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЯХ ПСИХОАНАЛИЗА (ФИЛОСОФСКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ)

М. Мартинковски¹, А. Даниленко²

¹Государственная школа высшего профессионального образования
в Глогове, г. Глогов, Польша

²Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина,
г. Брест, Беларусь

Аннотация. Работа представляет философско-психологический анализ природы и психической жизни человека в теоретических концепциях психоанализа. Актуальность и новизна представленного анализа состоит в философско-психологическом переосмыслении фундаментальных концепций прошлого в современном контексте. Согласно концепции фрейдизма, неофрейдизма и психоанализа, человек, вовлеченный в импульсы, определяющие выбор среди антиномических ценностей, стал существом страдающим. Это страдание является результатом того факта, что человек не может осуществлять только аксиологически единообразные выборы и, таким образом, реализовывать свое счастье, основанное на удовольствии, довольстве и постоянном удовлетворении, как следствие – реализации естественных или первичных влечений. Вместо счастья, понимаемого таким образом, человек в цивилизации может в лучшем случае реализовать то, что Фрейд использовал для описания слова «безопасность». Он понимал это как нечто, что определяет баланс между естественными и неизменными влечениями, а также требованиями и давлениями (стимулами) культуры, встроенной в сверхсознание психической жизни – культуры, в которую человек вовлечен. В наше время эти положения классических концепций обретают новое значение и понимание сущности нашего существования.

Ключевые слова: фрейдизм, неофрейдизм, психоанализ, аксиология, сверхсознание, психическая жизнь, синоптон, принцип удовольствия, принцип безопасности

Актуальность. Актуальность представленного теоретического анализа состоит в переосмыслении философско-психологических концепций исходя из современных реалий. Согласно концепций фрейдизма, неофрейдизма и психоанализа, человек, вовлеченный в импульсы, определяющие выбор среди антиномических ценностей, стал существом страдающим. Это страдание является результатом того факта, что человек не может осу-

ществлять только аксиологически единообразные выборы и, таким образом, реализовывать свое счастье, основанное на удовольствии, довольстве и постоянном удовлетворении, как следствие – реализации естественных или первичных влечений и потребностей. Вместо счастья, понимаемого таким образом, человек в цивилизации может в лучшем случае реализовать то, что Фрейд использовал для описания слова «безопасность». Он понимал это как нечто, что определяет баланс между естественными и неизменными влечениями, а также требованиями и давлениями (стимулами) культуры, встроенной в сверхсознание психической жизни – культуры, в которую человек вовлечен. В наше время эти положения классических концепций обретают новое значение и понимание. Обращение к прошлому важно для понимания настоящего. И наша аналитическая работа не является в этом смысле единственной: «... прошлое остается чрезвычайно влиятельным: великие теории двадцатого века преобладают над любым текущим развитием событий. Никакой новой школы мышления, включающей новую теорию развития, терапию или психопатологию, не появилось с 1980-х годов (определение психоаналитической школы, Govrin, 2006). Большинство современных нововведений – это переосмысление старых канонических текстов» (Govrin, 2019).

Постановка проблемы. Современный мир полон страданий. Цивилизационные блага упрощают жизнь, снижая физические усилия и повышая уровень комфорта жизни, но, одновременно и разрушают традиционные ценности. Человек в поисках счастья испытывает множество страданий. Такие страдания являются результатом обеднения аксиологической сферы, сводящей счастье к получению удовольствий и реализации естественных потребностей. И понять то, что происходит с современным человеком помогают теоретические концепции прошлого. Обращение к ним позволяет по-новому переосмыслить природу человеческих страданий и понять, почему же, стремясь к счастью, мы его не получаем.

Целью данного философско-психологического анализа является поиск нового смысла в концепциях прошлого и применение их к осмыслению современной ситуации.

Методы и материалы. Нами использовался метод теоретического анализа с целью поиска новых значений и смыслов в классических концепциях психоанализа с целью осмысления природы усиливающихся страданий современного человека в попытках достижения им гармоничной и счастливой жизни.

Результаты и обсуждение. В теории Фрейда, – отмечает его последователь Эрих Фромм, – «...индивид по своей сути всегда остается неизменным и изменяется лишь постольку, поскольку общество оказывает все большее давление на его естественные побуждения (...) или допускает большую свободу...» (Fromm, 1970). Общество и его культура огра-

ничивают человека, препятствуя реализации всех его биологических и естественных потребностей. «Первобытный человек, – пишет З. Фрейд в 1930–х годах, – действительно чувствовал себя лучше, потому что он не знал никаких ограничений влечений. С другой стороны, у него не было уверенности в том, что он будет наслаждаться таким счастьем в течение длительного времени. Культурный человек превратил возможность счастья в **чувство безопасности**» (выделено автором, Freud, 1967). Таким образом, для Фрейда безопасность является современной заменой изначального счастья, связанной с влиянием культуры – сверхсознания. В его рассуждениях счастье понималось как отсутствие ограничений в удовлетворении всех потребностей, присущих жизни досоциального человека, т.е. сопровождалось принципом удовольствия. Однако это не гарантирует долгосрочного счастья. Таким образом, принцип удовольствия социальный человек стал заменять принципом безопасности, защиты жизни и ее продления. Этот принцип сформирован в результате постоянного выбора некоторого компромисса между изначальным принципом удовольствия и цивилизационным принципом ограничения первичных потребностей и наделения значением новых потребностей – потребностей культуры.

Фрейд в своих научных исследованиях психической жизни человека – отличной от философской жизни, как он часто подчеркивает и которую он, поэтому, называет «нашей психикой», «природой психики» или «психической жизнью», тем не менее, приходит к констатации, в некоторой степени совпадающей и аналогичной ее универсальному пониманию Платоном и Аристотелем. В структуре этой природы он выделяет три частично перекрывающихся в результате развития человека и эволюции психической жизни, инстанции или «сферы психики»: *Ид*, *Эго* и *Суперэго* (Freud, 1975). Они одновременно составляют основу таких отдельных психических процессов, качества которых Фрейд определяет, как бессознательные, сознательные и предсознательные (те, которые могут быть осознаны) или подсознательные. Также, эти инстанции и процессы участвуют в реализации потребностей, выступающих как требования, которые тело предъявляет к психической жизни. Эти требования и силы, «скрытые за напряжением, сопровождающим потребности *Ид*, называются побуждениями» или влечениями (Freud, 1975). Таким образом, влечения – это специфические потребности *Ид*, которые находятся в бессознательных, подсознательных или предсознательных процессах. Практически можно различить их бесконечное количество, но удастся свести к двум основным, а именно: Эросу, также называемому влечением Любви, и Танатосу, называемому влечением к разрушению.

Эта редукция была принята Фрейдом – как он пишет – после долгих колебаний, несмотря на «постоянные возражения аналитиков», хотя она

была известна философии со времен Эмпедокла из Акрагаса, указавшего на два основных принципа функционирования мира, а именно принципа Любви (присоединения) и принципа Ненависти (разъединения, отталкивания и разрушения) (Freud, 1975). Но фрейдистский анализ человеческой психики (ее природы) предполагает, что она трехчастна. Согласно этому предположению, психика или природа состоит из:

- физических органов и мозга (нервная система);
- неизвестной связи между нервной системой и сознанием;
- осведомленности.

Предметом психоанализа является, прежде всего, сознание (определяющее личность, характер и темперамент данного человека) как антиномию нервной системы. Таким образом, познание сознания вовлечено в то, что является, с одной стороны, естественным, материальным, телесным и медицинским, а с другой – антиномией того, что является естественным и телесным, потому что оно духовно, идеально и абстрактно. Для философии со времен Платона первое ассоциируется с похотливым и изменчивым, а второе – с рациональным, духовным, идеальным и неизменным. Между изменчивым и неизменным есть импульсивное, эмоциональное и динамичное. В деталях метафизики Аристотеля и его учения о бытии, между тем, что, с одной стороны, материально и телесно, а с другой – духовно и динамично, существует синолон – связь между пассивным и активным. Таким образом, с точки зрения науки о структуре бытия, упомянутых философов, это звено (синолон) сложности пассивного и действенного (активного), гипотетически может быть связано с «неизвестным» Фрейда, которое для него является предметом философии или познания о человеческой природе, ее необдуманности и эмоциональности. В таком связанном виде сознание как объект познания в психоанализе предстает как знание идеального, рационального и неизменного. Таким образом, у Фрейда связь (синолон) между вышеупомянутыми антиномиями, «периферией» и крайностями, и противоположными «примерами», является областью философского познания и, иногда, называется человеческой природой, его мировоззрением или (в психологии и педагогике) личностью, человеческим характером.

Природа или личность человека переносит и корректирует то, что составляет нервную систему и, встроенные в нее влечения, в область психоанализа – в общем понимании – сознание, как конкретный образ оригинала, который состоит из этих основных влечений, присущих нервной системе. В структуре этого образа, исходящего из оригинала (нервной системы), Фрейд заметил три основных элемента: *Ид*, *Эго* и *Суперэго*. Он связал с ними три имманентных правила поведения и склонности к осознанию счастья. Сначала это, несомненно, принцип удовольствия, затем его заменитель или безопасность и, наконец, боль и страдание или

реальность. Он ясно раскрывает эти принципы в таких работах, как «По ту сторону принципа удовольствия» (первое немецкое издание, 1920 г.) и «Культура как источник страдания» (первое немецкое издание, 1930 г.) и других. Принцип безопасности задействован в задаче, выполняемой *Эго* (рационализированное сознание). Он «направляет любые наши движения» с целью «самосохранения» (сохранения себя) – безопасности. Эта задача выполняется путем «познания внешних раздражителей» и внутренних. *Эго* выполняет познание внешних стимулов «накапливая – в памяти, связанный с ними опыт, избегая – бегством от – слишком сильных стимулов, адаптируясь к умеренным стимулам и, наконец, учась, как намеренно изменить внешний мир в полезную (лучшую) для себя, сторону (активность). В свою очередь, *Эго*, осознавая задачу самосохранения, реагирует на воспринимаемые внутренние стимулы в противовес *Ид*, господством (контролем) над его импульсами (эроса и смерти) и «решает, можно ли их удовлетворить, удовлетворение их во внешнем мире переносится в более благоприятный момент и обстоятельства или вообще подавляется» (Freud, 1975). Приведенная выше цитата из работы Фрейда «По ту сторону принципа удовольствия» позволяет указать правила реализации безопасности как принцип *Эго* (сознания). Эти правила включают реакцию на внешние и внутренние, объективные и субъективные раздражители. Объективные правила безопасности состоят из процедуры, которая включает:

- познание внешних стимулов (возможностей и угроз самосохранению – безопасности);
- избегание (бегство от) слишком сильных раздражителей;
- адаптация к умеренным раздражителям;
- активное и полезное изменение внешних раздражителей (внешнего мира) и обучение этому виду активности.

В свою очередь, субъективные правила безопасности основываются на контроле над импульсами (природы) и принятии решения о их:

- текущем удовлетворении;
- откладывании удовлетворения на более позднее время и иную ситуацию;
- подавлении.

Выполняя задачу сохранения жизни и защиты себя, *Эго* находит наиболее выгодные и безопасные способы удовлетворения потребностей в определенных условиях внешнего мира, в данной ситуации и времени, балансирует, с одной стороны, между болью и страданием, а с другой – удовольствием. Таким образом, оно стремится к удовольствию и избегает неприятностей и страдания. Психоанализ чувства безопасности человека, вовлеченного, с одной стороны, в биологические склонности, а с другой – в идеализированные и рационализированные образцы культу-

ры и прогресс развития цивилизации, стал важной категорией и ценностью. Это имеет множественные последствия. Одно из них невозможно переоценить с философской точки зрения – это изменение традиционного признания и понимания цели человеческих усилий и стараний. Этой целью больше не является счастье, связанное, в первую очередь, с удовольствием, в большей степени биологического характера, а, скорее, личной безопасностью, которая основывается на выходе за рамки принципа удовольствия и укрощении или преодолении боли, страданий и страхов, а также угроз и опасений. Безопасность, в первую очередь личная, – это, в то же время, своего рода баланс, равновесие в человеческом выборе ценностей, которые, подобно дихотомическим биологическим побуждениям, противоположны. Следовательно, безопасность – это замена счастья, которого человек желает по своей природе, но которого он может достичь, только существуя в естественном и досоциальном состоянии. А в социальном состоянии, балансируя между борьбой и сотрудничеством, он может достичь безопасности, которой желают все люди, но не всем она дается.

Несомненно, последователи Фрейда – неопсихоаналитики – модифицировали утверждение, что безопасность для культурного человека заменяет счастье, связанное с принципом удовольствия. Ибо они исходят от признания того, что человек в своем существовании удовлетворяет две основные потребности, а именно: удовлетворение (удовольствие) и безопасность (удовольствие, подавленное страданием и неприятностями). Удовлетворение (удовольствие) связано с биологическими влечениями, а безопасность – с межличностными – с социальной жизнью (Horney, 1945; 1976; 1978; Sullivan, 1947). Это отмечает Карен Хорни, которая изначально была очарована теорией Фрейда в своей психиатрической (терапевтической) практике и со временем заметила большое влияние культурных факторов на формирование неврозов. По ее мнению, именно отсутствие безопасности вызывает неврозы у людей современной культуры и цивилизации – болезни, которые подчеркивают три способа ее достижения человеком и одновременно выражают три типа человеческого характера и взглядов. Это отношение человека к другим, межличностное и социальное, К. Хорни классифицировала следующим образом:

- 1) *сближение с людьми* – уступчивый тип;
- 2) *противодействие людям* – агрессивный тип;
- 3) *уход от людей* – независимый, обособленный тип (Horney, 1945).

Следовательно, согласно цитируемому выше автору, человек достигает безопасности и реализует ее как фундаментальную социальную потребность посредством:

- уступчивости;
- агрессии;

- независимости (изоляции от других) (Wieczorek, 1977).

Реализация безопасности охватывает весь спектр естественных предрасположенностей человека. Болезнь и нервозность означают, что у человека есть только один из трех способов достижения безопасности. Обычно у невротиков один из этих путей является доминирующим, и они не могут примирить их друг с другом. Нормальность заключается в том, чтобы как-то примирить их, гибко и прагматично использовать, холистическим способом, объединяя в целях защиты жизни и борьбы за нее (Horney, 1976, 1978). Нормальность требует гармонии человека с собой и с другими людьми (Wieczorek, 1977). Только использование всех трех естественных способов достижения безопасности, то есть частичного подчинения, агрессии и независимости, дает, среди прочего, непатологическое, нормальное и здоровое функционирование человека. Эти пути включают три основных способа справиться со своими страхами, опасениями и угрозами. Они выражаются в отношении, которое Хорни описывает «к», «от» и «против» людей. Отношение «к» – это сближение с людьми, стремление к принятию, похвале и признанию других, в то время как отношение «от» – сохранение дистанции к себе и другим, и, наконец, отношение «против» предполагает постоянную борьбу с другими, видя в них врагов. В то время, как неврозы связаны со склонностью отдавать предпочтение одной из трех позиций, психическое здоровье – это использование всех позиций в зависимости от социальной ситуации. Таким образом, здоровый и безопасный человек – это тот, кто обеспечивает свое выживание, развитие и совершенствование за счет использования всего спектра естественных предрасположенностей и установок по отношению «к» людям, «от» них и «против» них.

По словам другого сторонника неопрейдизма и неопсихоанализа, Эриха Фромма, современные общества больны, потому, что отчужденный, одинокий и, таким образом, все более невротичный человек цивилизации XX века, может удовлетворить свою естественную потребность в безопасности только в патологических формах сосуществования. Это три формы и соответствующие им механизмы, описанные Э. Фроммом в работе, с многозначительным названием «Бегство от свободы». По его словам, человек этой цивилизации, одаренный «свободой от», чувствует себя беспомощным и потерянным, убегает от этой свободы, которая на самом деле – по его мнению и отчасти из философии экзистенциализма – является кошмаром. Этот кошмар проявляется в:

- 1) садомазохизме, который навязывает полное господство (садо) и полное подчинение (мазо), необходимое для этого;
- 2) разрушению – которое является деструкцией и вынуждает «ликвидировать» жертвы;

3) конформизме автомата, то есть полном подчинении группе, организации и власти других людей обманчиво-добровольным образом (Е. Fromm, 1970).

Насколько в больном обществе человек осознает свое существование через господство или подчинение, разрушение и устранение других, конформизм и иллюзорную свободу (... от), настолько в здоровом обществе это осознание будет определяться любовью, которую Э. Фромм делает предметом своей собственной теории – теории любви. В свою очередь, он определил ее источники в иерархической спецификации потребностей, свойственных только людям, игнорируя и абстрагируясь от так называемых потребностей, присущих всем биологическим существам и природным созданиям. Пять потребностей человека, он выделяет в следующем порядке:

- 1) потребность в связи с другими;
- 2) потребность в трансценденции;
- 3) потребность в укорененности;
- 4) потребность в идентичности, выраженная в индивидуализме;
- 5) потребность в системе ориентации.

Иногда эти потребности удовлетворяются, и это то, что делает общество здоровым, которого, однако, глобально еще нет. Таким образом, нет ни «настоящей», «здоровой» и непатологической личной безопасности, ни здорового общества и структурной безопасности. Ведь «здоровая» личная безопасность требует реализации таких потребностей и ценностей, как:

- 1) любовь;
- 2) творческая деятельность;
- 3) братство;
- 4) индивидуальность;
- 5) рациональная деятельность (Е. Fromm, 1970).

Здоровое общество и такого рода безопасность имеют место тогда, когда человек связан любовью, действует творчески и даже артистично, укоренен в братстве, имеет чувство индивидуальности и, более того, действует рационально и с уважением к разуму. Однако если человек не может удовлетворить свои потребности и ценности «здоровым» способом, то их удовлетворение находит выражение в формах различных заменителей, которые можно отождествить с патологической личной безопасностью. Источники этого типа безопасности лежат в:

1) нарциссизме, который Э. Фромм понимает, как эгоистичную индивидуальную любовь и асоциальную самовлюбленность (себялюбие), приобретающую в международных отношениях форму национализма – «большого патриотизма»;

- 2) разрушении и деструктивности;

- 3) инцесте;
- 4) стадном конформизме;
- 5) иррационализме (E. Fromm, 1970).

Таким образом, патологическая личная безопасность связана с нарциссизмом и эгоизмом (от индивидуального себялюбия до установок группового эгоизма, включая националистические), деструктивной деятельности; это коренится в инцесте и отсутствии чувства собственной индивидуальности, а также в социальном стадном конформизме и иррациональных действиях без уважения к разуму. В этом контексте первой потребностью является любовь, но та, которая является «здоровой любовью», и такая потребность выражает «межличностное единство», которое достигается «слиянием с другим человеком» (E. Fromm, 1970); единство, «основанное на сохранении его собственной целостности и индивидуальности», которое в то же время является «активной силой», разрушающей стены разделяющие человека с его близкими, «... заставляет его преодолеть чувство изоляции и обособленности ... позволяет ему быть самим собой и сохранять свою целостность. ... в которой ... два существа становятся одним, но, однако остаются двумя» (E. Fromm, 1970). Эта фроммовская любовь – является «конъюнкцией, а не альтернативой» (Wieczorek, 1977). Речь идет, как утверждает Фромм, о том, что человек «любит продуктивно», что означает, что он любит себя и других, утверждает свою жизнь и жизнь других, свое счастье и счастье других, свое развитие и развитие других, свою личную безопасность и безопасность других – структурную безопасность. Однако если человек выбирает либо себялюбие (нарциссизм), либо только жертву ради других и рассматривает их как альтернативу, то «... он вообще не может любить», – заключает автор произведения под названием «Искусство любить» (E. Fromm, 1970). Таким образом, Э. Фромм, глядя на современный мир с точки зрения своей теории любви, пришел к выводу, что это мир господства национализма и «больного патриотизма», которые культивируют нарциссическое себялюбие национальных сообществ, а не «здоровый патриотизм», подразумеваемый в «... идее любви к собственному народу ..., которая является заботой о его благополучии, как духовном, так и материальном, а ни в коем случае не стремлением к господству над другими народами. Подобно тому, как любовь к одному человеку – не является любовью, так и любовь к своей стране, которая не является частью любви ко всему человечеству, не является любовью, а лишь культом идолопоклонства» (E. Fromm, 1970). Следовательно, теория любви Фромма связана с двумя основными способами реализации личной и структурной безопасности, а именно: больным и здоровым. Первый способ относится скорее к будущему, проявляющемуся в «безумии» эгоизма, себялюбия и национализма, а второй – к прошлому и современности автора этой теории. А

разница между братской и рациональной любовью, инцестом и иррациональным нарциссизмом – это разница между здоровой и патологической безопасностью. Первое – это безопасность, достигаемая через братское сотрудничество и взаимное уважение, а второе – через гегемонию и порабощение других.

В книге «Анатомия человеческой деструктивности» автор склонялся полагать, что войны происходят из большого общества, патологических условий общественной жизни и любви к страданию (Kudrowicz, 1996). Они порождаются явлениями социального отчуждения, инстинкта и влечения к смерти, а также человеческой деструктивности (Kudrowicz, 1996). В своей теории анатомии человеческой деструктивности и агрессивности он идет к разграничению «первой и второй природы человека», чтобы обосновать, что деструктивность не является естественной и биологической данностью, а сформирована культурой, и у человека есть выбор. Это убедительно подтверждается анализом исследований тридцати, так называемых, примитивных племен, которые живут сегодня. Этот анализ привел к идентификации трех социальных систем, которые, по сути, являются выбором «второй природы» и культуры. И это выбор, основанный на:

- 1) утверждению жизни – система А – предпочитающая любовь, сотрудничество и интеграцию;
- 2) недеструктивной агрессивности – система Б – предпочитающая ограничиваться борьбой и сотрудничеством;
- 3) деструкции – система С – которая предпочитает борьбу, агрессию и войну.

Племена жизнеутверждающей культуры – системы А – здоровы, спасают жизни и ориентированы на рост, с минимальной враждебностью и насилием. В них институт войны не возникает или играет незначительную роль, есть свобода и воля, доверие и терпимость к другим – «здоровая» любовь. Напротив, в племенах культуры системы Б имеют элементы конкуренции, иерархии, мужской агрессии и эгоистичного индивидуализма. Наконец, в племенах с деструктивной культурой С наблюдается ярко выраженное применение насилия, агрессии и жестокости как по отношению к членам своего собственного племени, так и по отношению к чужакам. В системе С ведение войны рассматривается как удовольствие и честь – это делает воинов счастливыми. В нем царит атмосфера вражды, страха и прелюбодеяния, есть конкуренция, частная собственность и строгое подчинение, как структурное, так и функциональное (Siniugina, 1981) – рабство и порабощение одного другому. Следовательно, человек может выбирать свою «вторую натуру», культуру и формировать ее в направлении достижения здоровой и жизнеутверждающей безопасности и любви или патологического, порабощающего человека и, часто, превра-

щать его в самодовольного убийцу. Но человек также может выбирать между утверждением жизни и ее разрушением, формируя безопасность на границе здоровья и болезни, а именно безопасность недеструктивной агрессивности, достигаемую с помощью «оборонительной агрессии», которая может быть расположена в рамках относительно нормального человеческого поведения (Siniugina, 1981). Эта агрессия нормальна и естественна только в т.н. ситуации скученности, в которой невозможно убежать или иным образом избежать опасности, страха и беспокойства. Скученность ведет к разрушению (Siniugina, 1981), а обратная ситуация недостатка скученности – к любви и жизнеутверждению.

Вывод. Поведение людей и выбор способов реализации как личной, так и структурной безопасности зависит от ситуации. Эти выборы в психоаналитическом размышлении инициируются первой и второй природой человека, склонностями, заложенными в подсознании (первая природа человека), и склонностями, проистекающими из культуры, заложенными в сверхсознании (вторая природа человека). На выбор этих склонностей влияет ситуация, то есть вовлеченность индивида в систему А, или В, а возможно, уже и в С. В то же время, она кажется, тем, что создает и влияет на то, что одни привыкли определять природой человека, другие – психической жизнью, а третьи – случайностью (Rorty, 2008) – или индивидуальностью.

Список литературы

1. Freud Z. Człowiek, religia, kultura. Warszawa, 1967. 286 s.
2. Freud Z. Poza zasadą przyjemności. Warszawa, 1975. S. 145-152.
3. Fromm E. Ucieczka od wolności. Warszawa, 1970. S. 29-30.
4. Fromm E. Szkice z psychologii religii. cyt. wyd., S. 84-86, S. 62.
5. Fromm E. O sztuce miłości, cyt. wyd. S. 73-74.
6. Govrin A. Facts and Sensibilities: What Is a Psychoanalytic Innovation? // *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol.10. P. 1-14.
7. Horney K. Our Inner Conflicts. New York, 1945. S. 12-13, 47-95.
8. Horney K. Neurotyczna osobowość naszych czasów. Warszawa, 1976.
9. Horney K. Nerwica a rozwój człowieka. Trudna droga do samorealizacji. Warszawa, 1978.
10. Kuderowicz Z. Filozofia współczesna wobec groźby wojny i szansy pokoju / *Zeszyty Naukowe AON*. 1996. nr 1. S. 260-279.
11. Rorty R. Przygodność, ironia i solidarność. Poznań: Wyd. A.B.C, 2008.
12. Siniugina L. Agresja czy miłość. Prezentacja poglądów Ericha Fromma. Warszawa, 1981. S. 85-99.
13. Sullivan H.S. Conceptions of Modern Psychiatry. New York, 1947.
14. Wiczorek Z. Neopsychologia i marksizm. Warszawa, 1977. S. 115, 146-147.

СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛИЧНОСТИ

И.С. Морозова, Е.А. Медовикова, А.Е. Каргина, Д.Н. Гриненко

Кемеровский государственный университет, г. Кемерово, Россия

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, в рамках научно-исследовательского проекта 20-413-420003 р_а «Обеспечение безопасности труда и охраны здоровья сотрудников предприятий угольной промышленности Кузбасса: социально-психологические факторы, превентивные меры снижения рисков травматизма»

Аннотация. Исследование посвящено решению проблемы определения содержательных характеристик психологической безопасности личности. Авторы делают выводы с опорой на изучение текущей ситуации на предприятиях угольной промышленности Кузбасса.

Цель исследования – выявить содержательные характеристики психологической безопасности личности, как интегрального образования, определяющего защищенность от деструктивных воздействий и внутренний ресурс противостояния внутренним и внешним воздействиям.

Данное исследование позволит определить базовые параметры, на которые необходимо оказывать влияние с целью подготовки работников предприятий угольной промышленности к действиям в сложных ситуациях на рабочем месте и в рамках социального пространства.

Психологическую безопасность личности мы предлагаем рассматривать с позиции состояния защищенности сознания. В связи с чем, актуализируется необходимость изучения личностных качеств субъектов профессиональной деятельности, что обеспечит сопротивление личности деструктивным воздействиям, позволит выявить внутренние ресурсы для преодоления негативных воздействий в плане осуществления деятельности.

Доказано, что ряд характеристик психологической безопасности находят свое отражение в поведении и деятельности личности, что обеспечивает/затрудняет эффективное выполнение человеком задач, стоящих перед ним в производственном процессе. В исследовании выявлены взаимосвязи таких содержательных характеристик психологической безопасности личности, как саморегуляция и осознание временной оси (временная перспектива).

Ключевые слова: психологическая безопасность, ситуация риска (неопределенности), содержательные характеристики психологической

безопасности личности, временная перспектива личности, саморегуляция, самооценка, копинг-поведение, смысложизненные ориентации, locus-контроля

Актуальность. На предприятиях угольной промышленности растет число аварийных ситуаций, в основе которых лежит человеческий фактор, а именно индивидуально-типологические особенности личности, определяющие выбор действий в процессе принятия сложных производственных решений.

Изучение субъекта производственной деятельности позволяет определить роль индивидуальных качеств личности в рамках организационно-управленческого процесса, что дает понимание многоаспектного характера проблемы безопасности личности в границах производственной деятельности.

Важно рассмотреть понятие «психологическая безопасность» с учетом его составляющих, что позволит определить предикторы противостояния внутренним и внешним воздействиям.

Постановка проблемы. На сегодняшний день, выполнено значительное количество исследований в сфере психологии безопасности личности, большая часть которых посвящена психологии безопасности личности в образовательной среде.

Согласно данным, полученным в исследовании О.В. Бубновой и О.В. Куликовой, психологическая безопасность личности молодых специалистов имеет определенную структуру, в которую включены аффективный, когнитивный и поведенческий компоненты (Бубнова, 2015).

Мы считаем содержательной позицию Н.С. Ефимовой, которая предлагает рассматривать психологическую безопасность личности, как «сложно структурированную систему психических процессов», которую составляют: черты характера; направленность на безопасное поведение в отношении к себе и окружающим людям; владение навыками обеспечения безопасности; личностные характеристики, проявляющиеся в способности сохранять устойчивость к психотравмам; самосознание: самопознание (характеристики безопасной личности), самоотношение (адекватная самооценка), саморегуляция (уравновешенность) (Ефимова, 2012).

Согласно позиции Ю.В. Смык, психологическая безопасность следует рассматривать как интеграцию личностно-характерологических и личностно-перцептивных параметров (Смык, 2019).

Психологическая безопасность, рассматриваемая авторами исследования в личностном контексте, в рамках профессиональной деятельности представляет собой совокупность таких параметров как: временная перспектива личности (Келли Дж., Мандрикова Е.Ю., Зимбардо Ф.), саморегуляция (Моросанова В. И.), смысложизненные

ориентации (Еремеева Б.А., Леонтьев Д.А.), жизнестойкость (Регуш Л.А., Рузу Е.В.), локус-контроля (Мадди С.), самооценка (Баева И. А., Волкова И.А., Лактионова Е.Б., Божович Л.И.), копинг-поведение в стрессе (Мануйлов Ю.С., Маришук В.Л.) (Марчукова, 2016).

Мы считаем возможным, опираясь на позицию Дж. Келли, рассмотреть понятие временная перспектива в качестве содержательной характеристики психологической безопасности личности. Согласно точке зрения Дж. Келли, «человек стремится понять, интерпретировать, предвидеть и контролировать мир своих личных переживаний для того, чтобы эффективно взаимодействовать с ним» (Агузумцян, 2009). В связи с чем встает вопрос определения мотивационного смыслового отношения субъекта к окружающему миру. Временная перспектива личности как характеристика психологической безопасности описывает ряд моментов: осмысленность жизни личности, управляемость текущими ситуациями в жизненном пространстве, насыщенность жизни и ответственность ней, что обеспечивает стойкие взаимосвязи в восприятии личностью прошлого, настоящего и будущего. Снижение уровня психологической безопасности личности обусловлено утратой веры в свои силы, неспособностью справляться с жизненными проблемами, что отражается негативным отношением к прошлому, фаталистичным восприятием настоящего и безразличным или чрезмерно завышенным отношением к будущему. По сути все обозначенные выше характеристики психологической безопасности личности детерминированы фактором времени. В процессе изучения временной перспективы зрелой личности на этапе профессионального становления важно понять: направленность временной перспективы личности сбалансированность, плотность и модальность восприятия времени. Важными факторами в описании временной перспективы личности являются: осмысленность жизненного пути, ответственность человека за свою жизнь, управляемость жизнью (что находит свое отражение в анализе локус-контроля личности), насыщенность жизни.

Следующим важным компонентом безопасности личности является саморегуляция психических состояний, а также сама способность к овладению навыками саморегуляции, что оказывает влияние на формирование профессиональных качеств и на эффективность профессиональной деятельности, обеспечивая адаптивность к факторам окружающей среды. В ситуации риска (неопределенности) саморегуляция направлена на преобразование субъектом своего отношения к сложившейся ситуации, чтобы осуществить выбор способов достижения поставленным целям профессиональной деятельности. Для оценки саморегуляции как параметра психологической безопасности важно, чтобы субъект деятельности мог осознанно ставить цели, выбирать способы их достижения,

купировать негативные риски и сносить коррективы посредством выбора действий в зависимости от изменяющихся обстоятельств.

На основе теоретического анализа, мы считаем возможным утверждать, что чем шире диапазон способов регуляции своего состояния и своих поступков у человека, тем выше уровень его осознанного саморегулирования, адаптированности к внешним условиям (Schonfeld, 2017).

В этом случае необходимо отметить, что основу безопасности составляют и смысложизненные ориентации личности. Примечательна точка зрения Д. А. Леонтьева о том, что «смысложизненные ориентации как сложные социально-психологические образования порождаются реальными значимыми жизненными взаимоотношениями субъекта и бытия, они релевантны по отношению ко всему жизненному пути личности (включая прошлое, настоящее и будущее), задают вектор и границы самореализации личности как субъекта жизненного пути через структурную организацию жизненных целей – ценностей» (Аркаева, 2015).

Смысложизненные ориентации личности являются следствием межличностных отношений, определяя аспект взаимодействия личности с внешним окружением, а также позволяют раскрыть суть профессионального становления и развития личности (способность осознавать цели, определять перспективы). Низкий уровень сформированности смысложизненных ориентаций приводит к тому, что процесс профессионализации осуществляется спонтанно, что в свою очередь, отрицательно сказывается на эффективности профессиональной деятельности, в частности на ее результатах.

Таким образом, для гармоничного роста и развития личности в условиях профессиональной деятельности необходимо наличие сбалансированной временной перспективы, гармоничной системы саморегуляции, обеспечивающей адаптивность к различным жизненным (профессиональным) ситуациям, осмысленность текущих событий в рамках профессиональной деятельности.

Однако, важное значение для обеспечения психологической безопасности личности имеет жизнестойкость, определяющая активность личности в рамках социального окружения. Согласно позиции С. Мадди, жизнестойкость представляет собой «интегральную характеристику личности, которая оказывает влияние на успешность преодоления человеком жизненных трудностей и включает вовлеченность в процесс жизни, готовность контролировать значимые события своей жизни и принятие вызова жизни» (Соболева, 2014). Д. А. Леонтьев, указывает на то, что жизнестойкость способствует «активному преодолению трудностей, стимулируя заботу о собственном здоровье и благополучии». Жизнестойкость связана с устойчивым переживанием человеком своих действий и поступков, готовностью преодолевать возникающие трудности с опорой

на собственные внутренние ресурсы. Для личности с низким уровнем жизнестойкости характерны тревожность, мотивация избегания неудач, трудности адаптации в изменяющихся условиях среды, неустойчивость поведения и деятельности.

Психологическая безопасность обусловлена индивидуальными психологическими качествами личности, особое место среди которых занимает самооценка. Однако, как самооценка влияет на психологическую безопасность личности, так и переживание психологической безопасности влияет и на самооценку (уверенность в себе). Для ощущения безопасности личность должна иметь адекватную самооценку, т.к. завышенная или заниженная самооценка способствует нарушению техники безопасности в рамках профессиональной деятельности. Самооценка личности в свою очередь является ядром саморегуляции. Адекватная самооценка позволяет верно оценить свои силы в рамках производственной деятельности, реалистично выполнять поставленные задачи. Самооценка связана с уровнем стресса, соответственно адекватная самооценка позволяет противостоять стрессам в рамках производственной деятельности.

Опираясь на точку зрения Дж. Роттера на формирование безопасности личности, а в частности на восприятие окружающей ситуации влияет локус-контроля. Для обеспечения психологической безопасности личности особое значение имеет интернальный локус контроля, когда личность берет на себя ответственность за свою жизнь, добивается высоких результатов деятельности, самостоятельно оценивая свое поведение. В то время как экстерналы, полагают, что события жизни являются результатом влияния внешних сил, и не зависят от их деятельности, соответственно данный тип личности не принимает активного участия в построении карьеры (не отдает отчет себе в обеспечении техники безопасности на производстве). В экстернальном типе поведения не выявлены преобладающие виды защит.

Среди компонентов психологической безопасности личности тревожность занимает особенное место. В этой связи важна психологическая защита, т.к. профессиональная деятельность обусловлена высоким уровнем стресса, что требует стабилизации личности. Когда личность находится под влиянием стрессовых факторов формируется негативный психический фон, снижается умственная работоспособность, формируются устойчивые неблагоприятные психические состояния, что напрямую оказывает влияние на безопасность личности, т.к. происходит разрушение деятельности (снижение активности во всех сферах жизнедеятельности) (Медовикова, 2018). В данной ситуации необходимо применение копинг-стратегий, основанных на высоком уровне саморегуляции.

Таким образом, психологическая безопасность как состояние защищенности от внутренних и внешних угроз выступает основанием для конструктивного профессионального развития личности. Конструктивное профессиональное развитие личности предполагает прогресс, восхождение по профессиональному пути, обеспечивает формирование позитивного профессионального сознания, развитие профессиональных качеств, умений преодолевать кризисные ситуации в профессии, профессиональный рост, становление профессионала. Однако, состояние абсолютной психологической безопасности может привести к ряду негативных последствий, таких, например, как стагнация личности, развитие профессиональных деформаций.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе угольных предприятий Кемеровской области.

Для реализации поставленной цели были использованы следующие *методы и методики*:

1. Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (ZTPI), адаптированный А. Сырцовой и О. В. Митиной.

2. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ) В. И. Моросановой.

3. Самоактуализационный тест (САТ) Э. Шостром, адаптация Ю. Е. Алешиной, Л. Я. Гозман, М. В. Загика и М. В. Кроз.

4. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д. А. Леонтьева.

Выборка исследования представлена в количестве 150 работников угольной отрасли.

Результаты исследования. Ориентация во времени положительно коррелирует с позитивным прошлым ($r = 0,34$), будущим ($r = 0,44$), и отрицательно коррелирует с гедонистическим настоящим ($r = -0,23$). Респондентам для восприятия текущих ситуаций и своевременного реагирования необходима позитивная реконструкция прошлого и детальное планирование будущих достижений. Однако работники угольной промышленности проявляют рискованное отношение к жизни, не заботясь о будущих последствиях и возможных жертвах в плане профессиональной детальности (табл. 1).

Осмысленность жизни отрицательно коррелирует с негативным прошлым ($r = -0,29$), фаталистическим настоящим ($r = -0,36$). В связи с чем ситуативное реагирование личности в рамках производственных ситуаций можно охарактеризовать с позиции негативной реконструкции положительных событий прошлого, что связано с возможными травмами и неприятными ситуациями в профессиональной деятельности, а также беспомощным и безнадежным отношением к будущему и жизни, что говорит о неспособности личности брать на себя ответственность (предопределенность событий жизненных) (табл. 1).

Взаимосвязь содержательных характеристик психологической безопасности сотрудников угольных предприятий

	Негативное прошлое	Позитивное прошлое	Гедонистическое настоящее	Фаталистическое настоящее	Будущее
Ориентация во времени		0,34	-0,23		0,44
Осмысленность жизни	-0,29			-0,36	
Гибкость поведения					0,48
Локус контроля-жизнь				0,30	
Планирование			-0,38		
Моделирование				0,34	-0,46
Оценивание результатов				0,28	
Самостоятельность			0,26		0,38

Гибкость поведения положительно коррелирует с будущим ($r = 0,48$). Ориентация личности на будущие события с детальным планированием целей определяет способность адекватно и своевременно реагировать на изменения текущей ситуации.

Локус-контроля жизнь положительно коррелирует с фаталистическим настоящим ($r = 0,30$). Данная взаимосвязь свидетельствует о том, что респонденты убеждены в наличии внешнего контроля их жизнедеятельности. По мнению респондентов, все определено планами профессиональной деятельности, отсутствует факт фиксированности на будущих целях и самостоятельности в принятии решений.

Планирование отрицательно коррелирует с гедонистическим настоящим ($r = -0,38$). При ориентации респондентов на будущие награды (материальное стимулирование), на второй план уходит вопрос целеполагания, реалистичности планов, самостоятельности в принятии решений.

Моделирование положительно коррелирует с фаталистическим настоящим ($r = 0,34$), отрицательно коррелирует с будущим ($r = -0,46$). Респонденты в условиях неожиданно сменяющихся обстоятельств не способны

гибко приспосабливаться к событиям, резко меняют отношение к текущей ситуации, не продумывают последствия своих действий, что приводит к неадекватной оценке значимых внутренних и внешних условий жизнедеятельности. Таким образом, личность ориентирована на вознаграждение в будущем с учетом строго выполнения поставленных планов извне.

Оценивание результатов положительно коррелирует с фаталистическим настоящим ($r = 0,28$). У респондентов отмечается беспомощное отношение к будущему, своей деятельности. Результаты деятельности носят рассогласованный характер, что затрудняет эффективную адаптацию к условиям трудовой деятельности (некритичность к результатам труда).

Самостоятельность положительно коррелирует с гедонистическим настоящим ($r = 0,26$), будущим ($r = 0,38$). В профессиональной деятельности респонденты ради достижения своих целей готовы пойти на риск, неспособны критично оценить текущую ситуацию, не заботятся о последствиях своих действий, в связи с чем происходит перекокс мотивации деятельности в пользу будущих наград.

Обсуждение результатов. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что психологическая безопасность работников угольной отрасли представляет собой интегральное образование, в структуру которого входят временная перспектива, параметры саморегуляции поведения. Осмысление ситуации характеризуется рискованным отношением жизни и деятельности, негативной реконструкцией событий прошлого, безнадежным отношением к будущему, нежеланием брать на себя ответственность за происходящие события, низкой самостоятельностью в принятии решений, ориентацией на материальное стимулирование (награду), рассогласованным характером деятельности, неспособностью критично оценивать последствия своих действий.

Вывод. Обобщая результаты исследования необходимо отметить, что решение проблемы психологической безопасности личности затруднено, поскольку имеются разночтения в определении психологических характеристик данного феномена. В профессиональном развитии личности, авторами исследования выделено несколько базовых компонентов, с помощью которых можно описать оптимальное состояние психологической безопасности.

Важными содержательными характеристиками психологической безопасности являются саморегуляция и временная перспектива личности. Ведущая роль в исследовании личности отводится оценке критичности по отношению к своей собственной деятельности и ее результатам, самостоятельности в принятии решений, планировании деятельности, гибкости поведения и деятельности под влиянием текущих ситуаций. Ряд содержательных характеристик психологической безопасности личности предполагается освятить в последующих исследованиях посвященных данной проблеме.

Список литературы

1. Агузумян Р. В., Мурадян Е. Б. Психологические аспекты безопасности личности // Вестник практической психологии образования. 2009. № 1 (18). С. 43-47.
2. Аркаева Н.И. Формирование смысложизненных ориентаций у студентов-психологов как фактор психологической безопасности личности // Концепт. 2015. № 2. С. 1-7.
3. Бирюшова А.Г. Психологическая безопасность личности в экстремальных условиях. Текст: электронный // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 5-1. URL: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=15334> (дата обращения: 28.09.2020).
4. Бубнова О.В., Куликова О. В. Психологическая безопасность личности как условие социальной адаптации молодых специалистов. Текст: электронный // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1-1. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17777> (дата обращения: 12.10.2020).
5. Ефимова Н.С., Литвинова А.В. Социальная психология. М.: Юрайт, 2019. 442 с.
6. Коропец О.А. Психологическая безопасность личности в профессиональной деятельности // Современное общество и власть. 2017. № 2 (12). С. 21-24.
7. Медовикова Е.А. Значение психологии безопасности в рамках профессиональной деятельности на угольных предприятиях Кузбасса // Горный информационно-аналитический бюллетень. 2018. № 10. С. 219-226. DOI: 10.25018/0236-1493-2018-10-0-219-226
8. Марчукова С.Ф. Психология безопасности : учеб. пособие. Иркутск: БГУ, 2016. 84 с.
9. Смык Ю.В. Доверие в структуре психологической безопасности личности. Текст: электронный // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/doverie-v-strukture-psihologicheskoy-bezopasnosti-lichnosti> (дата обращения: 12.10.2020).
10. Соболева Е.В., Шумакова О.А. Феномен жизнестойкости в зарубежных и отечественных исследованиях. Текст: электронный // Современные научные исследования и инновации. 2014. № 5. Ч. 2. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2014/05/34519> (дата обращения: 28.09.2020).
11. Dugan A.G., Punnett L. Dissemination and Implementation Research for Occupational Safety and Health // Occupational Health Science. 2017. Vol. 1. P. 29-45.
12. Schonfeld I.S., Chang C.H. Occupational Health Psychology. New York : Springer, 2017. 355 p.

УДК 159.9

ЗАНЯТИЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ ТРЕНИНГА КАК СПОСОБ СПЛОЧЕНИЯ КОМАНДЫ

Т.Н. Милова

*Специализированная детско-юношеская спортивная школа олимпийского резерва
«Хоккейный клуб «Енисей», г. Красноярск. Россия*

Аннотация. В статье отражен опыт работы с юными хоккеистами 2010 года рождения. Занятия проводились в течение 3 месяцев в 2019 г.

Хоккей с мячом – командный вид спорта. Каждый ребенок в команде имеет свою роль, свое назначение.

В команде действуют те же способы взаимодействия, как и в малой группе.

Кроме спортивных ролей, в команде действуют социальные роли: лидер, предпочитаемый, принимаемый, не принимаемый, изгой.

Эти социальные роли влияют на положение каждого хоккеиста в команде и могут влиять на успешную работу команды в целом как на тренировках, так и на соревнованиях.

Специалисты, работающие с детьми, используют различные способы организации процесса для того, чтобы деятельность детей была эффективна. Чтобы в процессе занятий спортом развивались не только технические качества юных спортсменов, но и моральные, в том числе умение общаться, умение учитывать интересы товарище по команде и действовать слаженно.

Цель данной работы исследовать влияние занятий с элементами тренинга как способа организации работы с детьми на уровень их сплоченности и слаженности действий в учебно-тренировочном и соревновательном процессах.

Ключевые слова: хоккей с мячом, команда, социальные роли, сплоченность

Актуальность. Психология спорта – актуальное направление, заслуживающее внимания и активно развивающееся в нашем городе.

Постановка проблемы. В настоящее время наблюдается разобщенность детей в коллективах. И спортивные коллективы – не исключение. В коллективах спортивной школы я столкнулась со следующими проявлениями низкой сплоченности:

1. отсутствие организации работы по сплочению коллектива.
2. разделение команды на две подгруппы (первый и второй состав) по проявленным техническим качествам. В связи с этим игроки первого состава могут вести себя по отношению к игрокам второго состава некорректно, подчеркивая свое превосходство.

Эта же тенденция наблюдается в рядах родителей, которые включаются в эту конкурентную борьбу, что не способствует сплочению команды, а наоборот, усиливает разобщенность внутри команды.

Социальный статус каждого игрока имеет влияние на поведение игроков на поле. Например, игроку, имеющему статус непринятого, не дают пас, несмотря на то что он находится в выгодной игровой позиции. В то же время, с игрока, имеющего высокий социальный статус в команде, снимается ответственность за ошибку, допущенную во время соревнований.

Следовательно, эти моменты влияют на успешность команды во время турниров, на эмоциональное состояние игроков, на психологический климат внутри команды.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе КГАУ «СШОР по хоккею с мячом «Енисей».

Для диагностики были использованы следующие методики:

1. Социометрическое исследование с вычислением уровня сплоченности команды.

2. Методика изучения межличностного доверия.

3. Методика изучения социально-психологической эффективности.

Программа занятий с элементами тренинга была разработана с учетом данных, полученных при входящей диагностике. До участия в данной программе ребята занимались вместе уже 4 года. У них уже сложились определенные представления друг о друге и шаблоны в поведении и обращении друг к другу. Одним из показательных моментов влияния организованного пространства для общения детей было занятие, где участники обсуждали формы обращения в команде. Общепринятой нормой до этого момента являлось обращение по прозвищам. Чаще всего это были производные от имени или фамилии. Но были и такие, которые связаны с неприятным происшествием, вызывающие обиду или гнев у члена команды, которого называли этим словом. Когда уже была достигнута доверительная атмосфера на групповых занятиях, ребята стали говорить о том, что даже если прозвище необидное, то каждый из них предпочел бы обращение по имени. Что это более уважительно и приятно.

После этого занятия ребята стали переносить способ обращения по имени в обычную жизнь.

Основной целью занятий с элементами тренинга является улучшение взаимодействий между членами команды, повышение уровня сплоченности команды, развитие навыков эффективного разрешения конфликтов.

Задачи:

- усовершенствовать общение в команде;
- освоить навыки обратной связи;
- усовершенствовать процессы принятия решений в команде;
- научить видеть человека в командной роли, развить среди членов команды уважение к роли каждого, улучшить способность принимать ограничения и использовать сильные стороны каждого участника;
 - повысить уровень доверия и заботы между членами команды;
 - получить удовольствие от совместной работы.

Программа состоит из 12 занятий 1 раз в неделю. Команда разделена на подгруппы – 10 – 12 человек. 2 занятия было проведено с командой в полном составе. Деление на подгруппы осуществлял тренер. В каждой подгруппе были дети из 1 и 2 состава, имеющие разный социальный статус в команде.

Окончание программы было приурочено к новомуднему празднику. Ребята пили чай и вручали друг другу небольшие подарки. Подобные мероприятия также способствуют близкому общению, формированию дружеских связей и сплочению детского коллектива.

Для определения эффективности данной программы была разработана анкета для тренера команды, где отражены изменения в учебно-тренировочном процессе.

Результаты исследования.

Таблица 1

**Результаты теста «Методика изучения межличностного доверия»
(сентябрь 2019 г.)**

№ п/п	ФИО	КОД	ИИД	ДСД
1	Ю.Т.	20	20	6
2	М.Д.	6	8	13
3	К.Н.	7	10	9
4	А.В.	15	17	12
5	П.М.	15	4	14
6	Ф.К.	13	19	10
7	Л.Н.	8	14	11
8	Д.И.	15	16	10
9	Б.К.	22	13	13
10	К.И.	15	15	13
11	П.И.	14	17	14
12	У.К.	11	9	9
13	Г.К.	16	10	10
14	К.Я.	10	10	15
15	К.А.	28	10	16
16	Р.В.	13	11	17
17	Ш.М.	16	19	13
18	Н.А.	12	18	5
19	Т.С.	21	17	19
20	С.Д.	10	16	9
21	Б.Н.	5	11	17
22	К.Ю.	19	7	16
23	О.В.	15	6	9
24	Т.Н.	16	16	16
25	С.Н.	7	10	16
26	Ш.И.	12	4	10

27	К.М.	9	13	7
28	П.А.	19	10	13
29	М.А.	12	14	10
Среднее значение		13,82	12,55	12,13

Таблица 2

Результаты теста «Методика изучения социально-психологической эффективности» (сентябрь 2019 г.)

№ п/п	ФИО	У	К	Р
1	Ю.Т.	2	14	4
2	М.Д.	5	7	5
3	К.Н.	4	8	2
4	А.В.	3	13	4
5	П.М.	8	11	9
6	Ф.К.	0	11	6
7	Л.Н.	8	13	5
8	Д.И.	4	14	10
9	Б.К.	2	14	14
10	К.И.	5	14	8
11	П.И.	4	14	12
12	У.К.	2	8	14
13	Г.К.	5	12	13
14	К.Я.	4	14	8
15	К.А.	8	14	14
16	Р.В.	5	11	10
17	Ш.М.	2	8	14
18	Н.А.	8	14	8
19	Т.С.	3	2	14
20	С.Д.	5	14	8
21	Б.Н.	5	6	8
22	К.Ю.	2	4	9
23	О.В.	3	5	8
24	Т.Н.	8	2	8
25	С.Н.	12	11	7

26	Ш.И.	5	10	11
27	К.М.	14	14	6
28	П.А.	6	14	11
29	М.А.	2	8	8
Среднее значение		4,96	10,48	8,89

Таблица 3

**Результаты теста «Методика изучения межличностного доверия»
(декабрь 2019 г.)**

№ п/п	ФИО	КОД	ИИД	ДСД
1	Ю.Т.	24	23	7
2	М.Д.	23	17	7
3	К.Н.	8	12	10
4	А.В.	17	21	19
5	П.М.	18	4	15
6	Ф.К.	13	18	16
7	Л.Н.	21	15	13
8	Д.И.	15	18	11
9	Б.К.	22	13	7
10	К.И.	11	12	25
11	П.И.	21	16	11
12	У.К.	22	5	22
13	Г.К.	16	10	10
14	К.Я.	10	16	3
15	К.А.	22	16	9
16	Р.В.	18	13	15
17	Ш.М.	22	10	10
18	Н.А.	7	4	13
19	Т.С.	22	28	16
20	С.Д.	7	4	4
21	Б.Н.	7	9	12
22	К.Ю.	14	16	12
23	О.В.	12	8	10
24	Т.Н.	13	4	22

25	С.Н.	13	9	11
26	Ш.И.	18	16	14
27	К.М.	17	15	13
28	П.А.	15	14	11
29	М.А.	7	10	19
Среднее значение		15,68	12,96	12,65

Таблица 4.

**Результаты теста «Методика изучения социально-психологической
эффективности» (декабрь 2019 г.)**

№ п/п	ФИО	У	К	Р
1	Ю.Т.	2	14	8
2	М.Д.	5	6	8
3	К.Н.	4	8	5
4	А.В.	4	12	5
5	П.М.	8	11	9
6	Ф.К.	2	8	6
7	Л.Н.	4	10	4
8	Д.И.	4	14	10
9	Б.К.	8	14	12
10	К.И.	12	8	8
11	П.И.	5	14	12
12	У.К.	2	14	14
13	Г.К.	8	8	8
14	К.Я.	9	12	2
15	К.А.	5	14	8
16	Р.В.	11	8	9
17	Ш.М.	5	11	8
18	Н.А.	8	14	12
19	Т.С.	2	10	11
20	С.Д.	5	10	12
21	Б.Н.	12	10	10
22	К.Ю.	8	14	14
23	О.В.	8	11	8

24	Т.Н.	2	9	8
25	С.Н.	2	8	10
26	Ш.И.	2	5	10
27	К.М.	2	11	13
28	П.А.	3	8	9
29	М.А.	3	12	8
Среднее значение		5,34	10,62	9

Обсуждение результатов исследования. Полученные данные свидетельствуют о том, что в результате занятий с элементами тренинга, направленных на сплочение детского коллектива, повысился уровень сплоченности в команде, уровень межличностного доверия и социально-психологической эффективности (см. табл.5).

Таблица 5

Сопоставительный анализ показателей исследования

	Наименование критерия	Данные на начало эксперимента (сентябрь 2019 г)	Данные по окончанию эксперимента (декабрь 2019 г)
Социометрия	Уровень сплоченности команды	0,4	0,6
	Количество участников, имеющих социальную роль «изгой»	1	0
Межличностное доверие	Деятельностно-совладающее доверие (ДСД)	13,82	15,68
	Информационно-инфлюативное доверие (ИИД)	12,55	12,96
	Конфиденциально-охранительное доверие (КОД)	12,13	12,65
Социально-психологическая эффективность	Удовлетворенность членов группы результатами ее деятельности	4,96	5,1
	Психологический комфорт членов в группе	10,48	10,62
	Содействие группы личностному развитию ее участников	8,89	9

По результатам заполненной тренером анкеты выявлены следующие данные.

- 1. Отношения между ребятами в команде стали**
А. более доверительными
- 2. Действия на игровом поле во время тренировок и соревнований стали**
А. более слаженными
- 3. Эффективность работы команды на поле во время тренировок и соревнований**
А. возросла
- 4. Эффективность работы отдельных игроков на поле во время тренировок и соревнований**
А. возросла
- 5. Количество конфликтов в команде**
В. Осталось на прежнем уровне
- 6. В основном ребята обращаются друг к другу:**
А. по имени

Вывод. Специально организованные занятия, где ребята узнают друг друга с новых сторон, могут показать свои качества, открыто высказать свое мнение по различным вопросам, учатся слушать и слышать товарищей по команде, выходят из привычных социальных ролей, способствуют сплочению спортивной команды, повышению уровня межличностного доверия, социально-психологической эффективности, а также способствуют повышению эффективности работы команды в учебно-тренировочном и соревновательном процессе.

Список литературы

1. Грецов А.Г. Тренинг общения для подростков. СПб. : Питер, 2006. 160 с.
2. Ильин Е.П. Психология спорта. СПб. : Питер, 2016. 352 с.
3. Методики психодиагностики в спорте : учеб. пособие для студентов пед. интов по спец. № 2114 «Физ. воспитание» / В.Л. Маришук, Ю.М. Блудов, В.А. Плахтинко, Л.К. Серова. М. : Просвещение, 1984. 191 с.
4. Сидоренков А.В. Методики социально-психологического изучения малых групп в организации: монография. Ростов н/Д. : Издательство Южного федерального университета, 2012. 244 с.
5. Фопель К. Технология ведения тренинга. Теория и практика. 2-е изд. М. : Генезис, 2005. 267 с.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

С.Н. Михасюк, А.В. Даниленко

*Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина,
г. Брест, Беларусь*

Аннотация. Представленная работа посвящена изучению особенностей психоэмоциональной сферы мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Эмоциональные состояния играют важную роль в жизни человека, придавая ей многообразие оттенков и нюансов, окрашивая ее в разные тона. В большинстве случаев это вмешательство благотворно и конструктивно, но в случае ситуации алкогольной зависимости – бывает разрушительным. Эмоциональная сфера больных алкоголизмом претерпевает глубокие изменения. Эмоциональная реакция на воздействие стимулов окружающей среды у больных алкоголизмом направлена внутрь, «застревает» в личности и проявляется в виде переживаний. Прибегая к внешнему регулятору эмоций – употреблению алкоголя, больной получает временное облегчение, но еще больше разрушает эмоциональную сферу. В конечном итоге образуется замкнутый круг развития эмоциональной зависимости от употребления алкоголя. Лечение алкоголизма без «лечения» эмоций оказывается невозможным. Это и определяет актуальность исследования. Целью исследования является выявление особенностей эмоциональной сферы мужчин и женщин больных алкоголизмом. Базой исследования стало ОАО «Агро-Заречье». Научная новизна состоит в том, что впервые мы проводим такое исследование на избранном нами контингенте. Предположение, что содержание неблагоприятных проявлений эмоциональной сферы у мужчин, больных алкоголизмом будет отличаться от неблагоприятных проявлений эмоциональной сферы у женщин больных алкоголизмом, нашло свое подтверждение в ходе представленного эмпирического исследования. Выраженность неблагоприятных эмоциональных проявлений у мужчин и женщин различна: мужчинам не хватает энергии, мотивации и инициативности, женщины более уязвимы, легче поддаются ощущению неомощности и бессилия, настроению с неблагоприятным эмоциональным тоном.

Ключевые слова: психоэмоциональная сфера, зависимость, созависимость, алкоголизм, депрессия, эмоциональная неуравновешенность, эмоциональная реакция, алекситимия

Актуальность. Эмоциональная сфера людей, страдающих алкогольной зависимостью, претерпевает глубокие изменения: они тревожны, склонны к депрессии, напряжены, эмоционально неуравновешенны, боятся трудностей, чувствуют себя неуверенно в обществе, им характерен слабый тип нервной системы. Эмоциональная реакция на воздействие стимулов окружающей среды у больных алкоголизмом направлена внутрь, «застраивает» в личности и проявляется в виде переживаний. Прибегая к внешнему регулятору эмоций – употреблению алкоголя, больной получает временное облегчение, но еще больше разрушает эмоциональную сферу. В конечном итоге образуется замкнутый круг развития эмоциональной зависимости от употребления алкоголя. Таким образом, алкоголизм, с полным на то основанием, можно назвать болезнью эмоций. И, как следствие, лечение алкоголизма без «лечения» эмоций оказывается невозможным. В этом отношении, психологическое изучение негативной стороны личности, опосредствованной алкоголем, является перспективной областью и обуславливает актуальность исследования эмоциональной сферы больных алкоголизмом. Мы предполагаем, что содержание неблагоприятных проявлений эмоциональной сферы у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью будет отличаться от неблагоприятных проявлений эмоциональной сферы у женщин страдающих алкогольной зависимостью. Эту гипотезу мы попытались проверить на избранном нами контингенте, что и объясняет научную новизну исследования.

Постановка проблемы. Цель исследования – выявить и проанализировать особенности эмоциональной сферы мужчин и женщин больных алкоголизмом.

Практическая значимость исследования состоит в том, что полученные результаты могут использоваться для разработки профилактических программ и мероприятий на предприятиях, в психологическом сопровождении профилактики, лечения и реабилитации мужчин и женщин с алкогольной зависимостью, с учетом особенностей их эмоциональной сферы.

Гендерные различия эмоциональной сферы лиц, страдающих алкогольной зависимостью, изучались как отечественной наукой (Матвеев, 1987; Даниленко, 2017), так и зарубежными авторами. Например, одна из англоязычных работ (Brad R. Karoll, 2002), опубликованная в индексируемом международном научном журнале посвящена расстройствам у женщин, употребляющих алкоголь, ориентированная на специалистов по социальной работе. Еще одна работа, опубликованная коллективом авторов (Simão, Kerr-Corrêa, Dalben, Smaira, 2002) в Бразильском психиатрическом журнале «Женщины и мужчины-алкоголики: сравнительное исследование социальных и семейных аспектов и результатов» утверж-

дает, что соотношение мужчин и женщин среди алкоголиков колеблется от 14: 1 до 2: 1, что предполагает необходимость дальнейшего изучения женского алкоголизма. Однако, авторы в основном сравнивают степень тяжести алкогольной зависимости и исход лечения у мужчин и женщин-алкоголиков.

Методы и материалы. Исследование осуществлялось в рамках курсовой, затем дипломной работы и расширилось до магистерской диссертации (Михасюк, 2018), заняло II место по участию в Республиканском конкурсе студенческих научных работ. В данной статье представлена лишь небольшая часть комплексного исследования.

Базой исследования стало ОАО «Агро-Заречье» (250 человек) и УЗ «Брестский областной наркологический диспансер». Исследовательская выборка составляет 80 человек, мужчин и женщин разного возраста, работников организации, страдающих алкогольной зависимостью.

Для эмпирического исследования нами использовался опросник «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссман и Д. Рикс). Проводился сравнительный анализ результатов с данными других методик и математической обработкой для определения степени значимости различий.

Опросник «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссман и Д. Рикс) состоит из четырех блоков утверждений (шкал): «спокойствие – тревожность», «энергичность – усталость», «приподнятость – подавленность», «уверенность в себе – беспомощность». Каждая шкала включает 10 утверждений, по которой испытуемый оценивает свое эмоциональное состояние. Тест предназначен для самооценки самочувствия и эмоционального состояния человека на момент обследования. Ответы варьируют от 10 до 1 балла (от полюса позитивного эмоционального состояния до полюса негативного эмоционального состояния). Доминирующим является эмоциональное состояние, которое в сумме составляет 26-40 баллов. Обработка данных по методике проводилась в соответствии с предлагаемым автором ключом.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования самооценки эмоциональных состояний испытуемых по методике «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссман и Д. Рикс), нами были получены первичные эмпирические данные, которые отражены в протоколах индивидуального психологического исследования. Результаты исследования мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, наглядно представлены диаграммой 1, а женщин, страдающих алкогольной зависимостью – диаграммой 2.

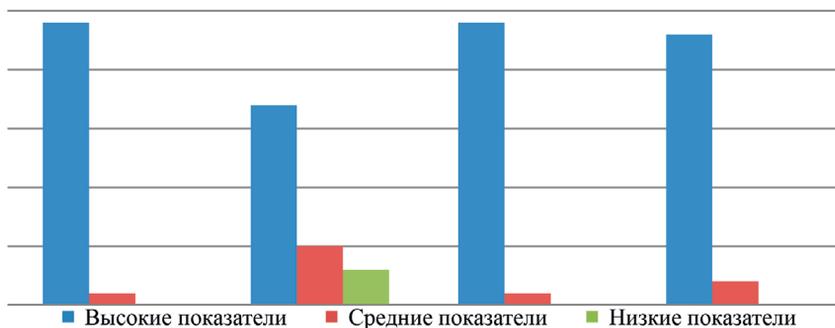


Рис. 1. Эмоциональное состояние мужчин больных алкоголизмом

На рисунке 1 наглядно видно, что 96% испытуемых мужского пола, больных алкоголизмом – спокойны и уверены в себе; у 4% испытуемых-мужчин средние показатели эмоционального состояния, без явного преобладания одного из полюсов; 68% испытуемых-мужчин, больных алкоголизмом – энергичны; у 20% испытуемых-мужчин выявлены средние показатели по шкале; 12% испытуемых-мужчин свойственна усталость. У 96% испытуемых-мужчин, больных алкоголизмом высокие показатели приподнятости эмоционального состояния; средние показатели у 4% испытуемых-мужчин. Уверены в себе 92% испытуемых-мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, у 8% – средние показатели эмоционального состояния, без явного преобладания одного из полюсов. По исследуемым шкалам «спокойствие – тревожность», «приподнятость – подавленность», «уверенность в себе – беспомощность» низкие показатели эмоционального состояния не были нами зафиксированы.

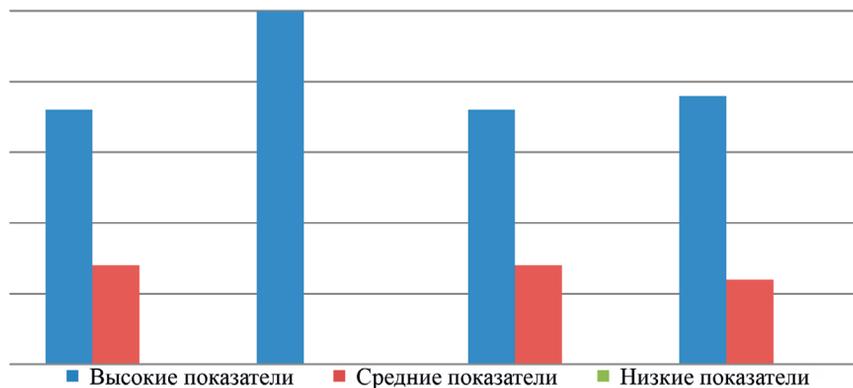


Рис. 2. Эмоциональное состояние женщин больных алкоголизмом

На рисунке 2, наглядно видно, что 72% испытуемых-женщин, больных алкоголизмом, спокойны и уверены в себе; у 28% испытуемых-женщин средние показатели, без явного преобладания одного из полюсов; 100% испытуемых-женщин – энергичны. У 72% испытуемых-женщин больных алкоголизмом, высокие показатели приподнятости эмоционального состояния; у 28% испытуемых-женщин – средние показатели. Уверены в себе 76% испытуемых-женщин; у 24% испытуемых-женщин наблюдаются средние показатели эмоционального состояния, без явного преобладания одного из полюсов. По исследуемым шкалам «спокойствие – тревожность», «приподнятость – подавленность» и «уверенность в себе – беспомощность» низкие показатели эмоционального состояния не зафиксированы; по шкале «энергичность – усталость» не были зафиксированы как средние, так и низкие показатели эмоционального состояния.

Результаты проведенного эмпирического исследования показали, что у большинства мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью, наблюдаются: терпеливость, устремленность, раскрепощенность и самостоятельность. Незначительное количество мужчин, страдающих алкоголизмом, чувствуют легкую усталость, леность и недостаток энергии, что свидетельствует о пассивности эмоционального состояния. Незначительное количество женщин, страдающих алкоголизмом, склонны к тревожности, легкой подавленности, состоянию «так себе», испытывают беспомощность из-за ограниченности их умений и способностей в условиях наркологического диспансера.

Нами также была высчитана суммарная оценка эмоционального состояния по четырем индивидуальным значениям (шкалам). После обработки и анализа, результаты изучения общей оценки эмоционального состояния испытуемых мужчин и женщин представлены в таблице 1.

Таблица 1

Уровень общей оценки эмоционального состояния мужчин и женщин, страдающих алкоголизмом

№ п/п	Уровень оценки эмоционального состояния	Количество испытуемых в %	
		Мужчины	Женщины
1	Высокий	80	60
2	Средний	20	40
3	Низкий	0	0

Данные в таблице 1 позволяют констатировать следующее:

- у 80% исследованных мужчин, страдающих алкоголизмом, зафиксирована высокая оценка эмоционального состояния;
- у 60% женщин, страдающих алкоголизмом, обнаружена средняя оценка эмоционального состояния;
- у 20% испытуемых-мужчин, страдающих алкоголизмом, выявлена средняя оценка эмоционального состояния;
- у 40% испытуемых-женщин – средняя оценка эмоционального состояния;
- низкая оценка эмоционального состояния у мужчин и женщин, страдающих алкоголизмом, не зафиксирована.

Полученные данные показали, что у большинства испытуемых-мужчин, больных алкоголизмом, общая оценка эмоционального состояния выше, чем у испытуемых-женщин страдающих алкогольной зависимостью.

Другими словами, полученные данные позволяют утверждать, о наличии значимых различий состояния усталости, тревожности, подавленности, беспомощности, общей оценки эмоционального состояния и неблагоприятного психоэмоционального состояния – самочувствия, активности и настроения между испытуемыми мужчинами и женщинами с алкогольной зависимостью в семье.

Таким образом, мы приходим к выводу, что наша гипотеза – содержание неблагоприятных проявлений эмоциональной сферы у мужчин, страдающих алкоголизмом, будет отличаться от неблагоприятных проявлений эмоциональной сферы у женщин, страдающих алкоголизмом – в ходе эмпирического исследования нашла свое подтверждение. Однако эта проблема является предметом нашего дальнейшего углубленного исследования и анализа корреляции с другими, выявленными факторами.

Вывод. Алкоголизм – заболевание, характеризующееся регулярным злоупотреблением алкогольных напитков, сопровождающееся рядом нарушений психологического плана и наносящее серьезный вред здоровью. Систематизация данных о влиянии алкоголя на позволяет утверждать, что алкоголь по-разному влияет на мужчин и женщин и их психоэмоциональное состояние – это обусловлено особенностями физиологии.

Выраженность эмоциональных проявлений у лиц, страдающих алкоголизмом, во многом зависит от тяжести клинических признаков болезни и глубины психических нарушений. В начальной стадии больным больше характерна эмоциональная лабильность. По мере развития алкогольной зависимости у них уменьшаются доля положительных эмоций и увеличивается доля отрицательных, доминируют переживания депрессивного характера с чувством вины и опустошенностью. Для эмоциональной сферы больных алкоголизмом характерно эмоциональное огрубление, нарушение регуляции эмоций, алекситимия, эмоциональная возбуди-

мость, эмоциональная ригидность, эмоциональная нестабильность, преобладание негативного спектра эмоций. При развитии алкогольной деградации, неотъемлемым свойством личности становятся аффективные расстройства, эйфоричность и снижение настроения.

В ходе исследования нами подтверждена гипотеза, что содержание неблагоприятных проявлений эмоциональной сферы у мужчин, страдающих алкоголизмом, будет отличаться от неблагоприятных проявлений эмоциональной сферы у женщин, страдающих алкоголизмом. Следовательно, подход к работе с такими семьями – в которых зависимостью страдают мужчина или женщина – должен быть разный.

Результаты эмпирического исследования показали, что значительное количество мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью, терпеливы, устремлены, раскрепощены и самостоятельны. Незначительное количество мужчин, больных алкоголизмом чувствуют усталость. Незначительное количество женщин, склонны к тревожности, подавленности и беспомощности. Общая оценка эмоционального состояния у мужчин выше, чем у женщин страдающих алкогольной зависимостью. Неблагоприятные самочувствие и состояние активности – больше выражены у мужчин. Но зато, заметно больше женщин с неблагоприятным настроением.

Выраженность неблагоприятных эмоциональных проявлений у мужчин и женщин различна: мужчинам не хватает энергии, мотивации и инициативности, женщины более уязвимы, легче поддаются ощущению неомощности и бессилия, настроению с неблагоприятным эмоциональным тоном.

Список литературы

1. Даниленко А.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей: учебно-методический комплекс. Брест : БрГУ, 2017. 296 с.
2. Матвеев В.Ф., Ковалев А.А., Лебедев А.В. К вопросу об эмоциональных особенностях больных алкоголизмом // Психологический журнал. 1987. № 3. С. 94-96.
3. Михасюк С.Н. Особенности созависимости в семьях больных алкоголизмом Личность в социуме: образование, развитие, социализация // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии : Материалы междунар. вебинара, Брест 27 апр. 2018 г. Брест. гос. ун-т им. А.С. Пушкина; науч. ред. Т.С. Онискевич. Брест: БрГУ, 2018. С. 45-50.
4. Михасюк С.Н. Проблема созависимости в семьях, больных алкоголизмом: шаг в науку // Вестник КазНМУ : сб. материалов III Респ. студен. науч.-практ. конф., Брест, 25 мая 2018 г. / под общ. ред. А.В. Северина. Брест: БрГУ, 2018. С. 114-118.
5. Karoll B.R. Women and Alcohol-Use Disorders: A Review of Important Knowledge and Its Implications for Social Work Practitioners // Journal of Social Work. 2002. Vol. 2, № 3. P. 337-356.
6. Simão M.O., Kerr-Corrêa F., Dalben I. Smaira S.I. Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome // Brazilian Journal of Psychiatry. 2002. Vol. 24, № 3. P. 121-129.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИСЛЕДОВАНИЕ ДЕПЕРСОНИФИКАЦИИ ОБЩЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Н.И. Нелюбин, А.Н. Ходосевич

*ФГБОУ ВО «Омский государственный педагогический университет»,
г. Омск, Россия*

Аннотация. В данной статье представлены результаты исследования деперсонификации общения подростков. Феномен деперсонификации общения выступает и в качестве предмета теоретической рефлексии, и в качестве предмета пилотажного эмпирического исследования, проведенного на выборке подростков. Анализируются социокультурные предпосылки, которые способствуют распространению деперсонифицированного общения в подростковой среде, а так же формы его проявления. В ходе эмпирического исследования было выявлено, что у исследуемых подростков деперсонификация общения проявляется через такие коммуникативные тенденции, как: отсутствие диалогичности, эмоциональное дистанцирование, слабый уровень осмысленности сообщений, обезличивание партнера по общению и манипулирование им.

Ключевые слова: деперсонификация, общение, подростки, деперсонификация общения.

Актуальность. Общение по сути своей – это универсальная деятельность человека, в контексте которой происходит взаимодействие, обмен информацией, установление конструктивных отношений с социальным окружением и миром. С другой стороны, оно выступает как необходимое условие существования человека, его интеллектуального и личностного развития. Общение пронизывает все сферы жизни человека. В нем реализуется понимание человеком себя, окружающего мира, отношение к самому себе и другим.

Особую важность общение приобретает в подростковом возрасте, выступая для подростка в качестве ведущей деятельности, в контексте которой наиболее активно развиваются личностные новообразования. Вместе с тем общение для подростка начинает выступать как главный инструмент оформления притязаний на взросление и определения границ своей идентичности.

Однако все чаще в мире человеческих коммуникаций, общение приобретает анонимный, безликий, безэмоциональный и слишком формализованный характер. Непосредственное, живое, диалогическое общение, оттесняется его условно-ритуальным или виртуальным суррогатом, а короткий и малосодержательный набор знаков и суждений, составленных

при помощи конструктора фраз, становится наиболее распространенным арсеналом коммуникативных средств современного массового человека. Так в диалоге минимизируется личностно-смысловое содержание, в речи все чаще прослеживается современный и не всегда уместный сленг, и все чаще человек предпочитает в рамках виртуального общения слишком утрировано и поверхностно символизировать смайлами и эмодзи свои действительные эмоциональные переживания и отношения.

Двадцать первое столетие без преувеличения можно назвать веком коммуникации и общительности: рост и расширение возможностей интернет сети, усовершенствование мобильной телефонной связи – все это привело к интенсивному увеличению коммуникативных контактов между людьми. Вместе с тем значительно возросла тенденция к отчужденному и крайне формальному взаимодействию между людьми, которое все чаще стало носить оттенок взаимной деперсонализации.

Деперсонализация проявляется в таком отношении к другим людям, будто они являются некими безликими, бездушными предметами, средствами достижения целей, частью «массы», воплощение «человеческого материала» (Жмуров, 2012). Г.А. Копнина определяет деперсонализацию как уподобление субъектом речи другого человека какому-либо неживому предмету, его речевое описание как обезличенной вещи (Копнина, 2005). В.И. Егорова говорит о том, что деперсонализация – обезличивание, чувство потери себя или личностной идентификации (Егорова, 2012). Другими словами, деперсонализация – это обоюдонаправленная тенденция, выражающая отношение человека не только к другим людям, как к вещам, но и утрата своей собственной одушевленности.

Деперсонализация находит свое проявление во взаимной отчужденности субъектов общения, психологическом дистанцировании, формально-ролевом и манипулятивном стиле межличностного взаимодействия, наигранной карнавальности, недостатке диалогичности и конгруэнтной экспрессивности общения. Также к проявлениям деперсонализации можно отнести фрагментарное, стереотипизированное и утрированное (в призма эгоцентрических интересов) восприятие партнера по общению.

Одной из существенных предпосылок деперсонализации общения в современном мире является активное и неконтролируемое внедрение коммуникативных интернет-технологий и инструментов. Происходит поступательное замещение ими реальной совместной деятельности и коммуникации, которые, по всей видимости, уже не могут соответствовать ориентации современного человека на максимальное упрощение коммуникативного контакта, анонимность, графическую коррекцию, бесконечную «перезагрузку» и «переиздание» собственного виртуального образа (Нелюбин, 2015). Сама практика онлайн-общения порождает очень распространенный жанр «коммуникативного фастфуда», который при всей своей внешней безбидности,

– вытесняет из общения личностные основания: «Анонимные комментарии в блогах, безвкусные видеозуточки и легковесные мэшапы могут показаться тривиальными и безвредными, но в целом эта распространенная практика фрагментарного, обезличенного общения принизила роль межличностного взаимодействия как такового» (Ланир, 2011, с. 14).

В качестве факторов деперсонализации общения выступают распространение потребительских отношений между участниками процесса общения, социальное отчуждение, симуляция социальной солидарности и приобщенности к окружающим, рост манипулятивных тенденций во всех сферах общественной жизни и усиление рыночной ориентации личности. Также факторами деперсонализации общения являются изменения социальной ситуации развития, которые проявляются в отказе подрастающего поколения от активного и созидательного взаимодействия с окружающими их людьми; в нарушении и утрачивании крепких социальных связей между людьми (в том числе родственных отношений); деформация на уровне развлекательных медиа культурной и ценностной баз существования человека.

Тенденции развития деперсонализации общения находят свое выражение в индивидуализации, формализации и примитивизации качественной стороны общения, а также в преобладании в речи неуместных и нелепых словообразований, метафор, жаргонизмов, демонстрирующих обезличивающее отношение к участникам коммуникативного взаимодействия.

Проблема исследования. Итак, в настоящее время обнаруживается противоречие между ориентацией подростков на количественную и достаточно отчужденную сторону общения, подкрепляемую мотивами престижа, индивидуализированными формами самоутверждения, рыночными моделями коммуникативного поведения и утратой ими качественной, диалогической стороны общения, что в свою очередь закрепляет в подростковой среде распространение различных форм деперсонализированного общения. Вместе с тем, в современной психологии пока еще мало исследований, направленных на осмысление и операционализацию описанного выше явления.

Методы и материалы. Для выявления форм проявления вышеописанных тенденций в подростковой среде нами было проведено исследование, целью которого было изучение особенностей проявления деперсонализации общения у современных подростков.

Гипотезой нашего исследования выступило предположение о том, что основными проявлениями деперсонализации в общении современных подростков выступают: высокий уровень дистанцирования, низкий уровень диалогичности и эмоциональной окрашенности общения, а также формализация, обезличивание и наличие манипулятивных тенденций в процессе общения.

Для достижения поставленной нами цели и подтверждения, выдвинутой нами гипотезы, мы использовали такие методики как:

1. Опросник Е.Н. Осина по выявлению уровня субъективного отчуждения (ОСОТЧ) – адаптация теста отчуждения С. Мадди.
2. Методика «Направленность личности в общении» (С.Л. Брагченко).
3. Авторская анкета «Особенности общения современных подростков».
4. Опросник уровня самораскрытия (опросник С. Джуларда в модификации Н. В. Амяга).
5. Опросник «Способность вызвать откровенность собеседника» (Н. В. Амяга).
6. Проективная методика «Письмо другу» (контент-анализ).

В исследовании приняло участие 30 подростков, возраст которых составлял от 14 до 17 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Перейдем к обзору и анализу основных результатов проведенного нами исследования.

В таблице 1 представлены результаты Опросник субъективного отчуждения Е.Н. Осина (ОСОТЧ) – адаптация теста отчуждения С. Мадди.

Таблица 1

Уровень субъективного отчуждения

Шкалы	Уровни		
	Высокий	Выше среднего	Средний
Отчуждение от общества	4 (13%)	7 (23%)	11 (37%)
Отчуждение от учебной деятельности	6 (20%)	3 (10%)	10 (33%)
Отчуждение в межличностных отношениях	9 (30%)	6 (20%)	9 (30%)
Отчуждение в семье	2 (6%)	5 (17%)	8 (27%)
Отчуждение от собственной личности	7 (23%)	7 (23%)	7 (23%)
Общий уровень отчуждения	1 (3%)	8 (27%)	12 (40%)

Для испытуемых с высоким уровнем субъективного отчуждения и уровнем выше среднего по всем шкалам выявлена неудовлетворенность своим местом в социуме, учебной деятельностью, межличностным взаимодействием, отношениями в семье, а также недовольство своей собственной личностью. Общим уровнем субъективного отчуждения для данной исследуемой группы является средний. В свете нашего исследования настораживает то, что по совокупности у 50% испытуемых выявлен либо достаточно высокий (у 20%), либо высокий (у 30%) уровень отчуждения в межличностных отношениях. Это может свидетельствовать

о неспособности испытуемых к достижению психологической близости с другими людьми и о наличии у них переживания отдаленности от других, – в том числе сверстников, что в свою очередь является достаточно веским косвенным признаком утраты чувства сопричастности к событиям и переживаниям партнера по общению.

В таблице 2 представлены данные, полученные с помощью методики «Направленность личности в общении» (С. Л. Братченко).

Таблица 2

Направленность личности в общении

Шкалы	Выраженность	
	Не выражена	Слабо выражена
Диалогическая направленность в общении	27 (90%)	3 (10%)
Авторитарная направленность в общении	29 (97%)	1 (3%)
Манипулятивная направленность в общении	17 (57%)	13 (43%)
Альтероцентристская направленность в общении	25 (83%)	5 (17%)
Конформная направленность в общении	25 (83%)	5 (17%)
Индифферентная направленность в общении	24 (80%)	6 (20%)

Исходя из результатов, представленных в таблице, для данной группы преобладающей (хотя и слабо выраженной) направленностью в общении у 13 человек (43%) является манипулятивная. Диалогическая направленность в общении. Подростки с такой направленностью в общении ориентируются на использование собеседника как средства удовлетворения своих эгоцентрических потребностей и интересов. Они характеризуются соответствующим, – потребительским отношением к другим в процессе общения, неискренностью, эгоцентризмом и обезличиванием роли другого человека. Отсутствие диалогической направленности в общении у 90 % испытуемых свидетельствует об их неготовности к равноправному, доверительному общению и коммуникативному сотрудничеству, основанному на взаимном уважении и доверии, Взаимопонимание и искренность не являются для исследуемой выборки подростков значимыми ценностями общения. Крайне слабая выраженность альтероцентристской направленности в общении свидетельствует о неспособности участников исследования к добровольной и бескорыстной центрированности на собеседнике его целях и интересах, неготовности самозабвенно содействовать благополучию и личностному развитию партнера по общению.

В таблице 3 представлены результаты опроса, направленного на сбор данных о том, как подростки строят свое общение со сверстниками

Показатели, представленные в таблице, «говорят» о том, что 43 % подростков (13 человек) предпочитают ограничивать «живое» общение посредством телефонов, социальных сетей и различных приложений. Для исследуемой группы характерным является отношение к собеседнику как способу, предмету, своеобразному «боту», который может выслушать, дать совет, скрасить времяпровождение. Данная тенденция выявлена у 57% испытуемых (17 человек) от общей выборки.

Таблица 3

Характеристика деперсонифицирующего общения

№ шкалы	Признак	Выраженность признака
1	Дистанцирование	13 (43%)
2	Обезличивание	17 (57%)
3	Формальность	16 (53%)
4	Эмоциональность	21 (70%)
5	Манипулятивность	9 (30%)
6	Фрагментарность	9 (30%)

В таблице 4 представлены результаты, полученные с помощью опросника уровня самораскрытия (опросник С. Джуларда в модификации Н. В. Амяга) и опросника «Способность вызвать откровенность собеседника» (Н. В. Амяга).

Таблица 4

Способность к самораскрытию и способность вызвать откровенность собеседника

Исследуемая способность	Уровень		
	Высокий	Средний	Низкий
Способность к самораскрытию	3 (10%)	13 (43%)	14 (47%)
Способность вызвать откровенность собеседника	11 (37%)	13 (43%)	6 (20%)

Данные, представленные в таблице, показывают, что для данной исследуемой группы подростков достаточно характерным является низкий уровень развития способности к самораскрытию, выявленный у 47% (14 человек) испытуемых, а также средний уровень развития способности вызвать на откровенность собеседника, выявленный у 43% (13 человек)

испытуемых. Эти показатели свидетельствуют о неумении или нежелании подростков быть открытыми, честными и искренними в общении с другими людьми, но у них вполне получается, при желании, добиться этих качеств от другого человека. Выявленные тенденции отчасти могут указывать на противоречие между ожиданием искренности от партнера по общению и стремлением сохранять достаточно закрытую позицию в ситуации общения, скрывать свой внутренний мир.

В таблице 5 представлены результаты контент-анализа результатов текстовой деятельности, которые были получены с помощью проективной методики «Письмо другу».

Таблица 5

Обобщенная характеристика письменных сообщений подростков

Качественные характеристики сообщения	Выраженность		
	Не выражена	Слабо выражена	Выражена
Содержательность	12 (40%)	13 (43%)	5 (17%)
Диалогичность	7 (23%)	13 (43%)	10 (33%)
Оригинальность	13 (43%)	10 (33%)	7 (23%)
Эмоциональная окрашенность	7 (23%)	15 (50%)	8 (27%)
Рефлексивность	10 (33%)	14 (47%)	6 (20%)
Личностная «окрашенность»	4 (13%)	14 (47%)	11 (37%)

Результаты, представленные в данной таблице, позволяют констатировать наличие в письменных сообщениях подростков, адресованных лично-значимому субъекту (другу) таких признаков деперсонализирующего общения, как: недостаточность содержательно-смысловой стороны высказываний в процессе общения; отсутствие или слабая выраженность диалогической интенции в сообщениях, их обращенности; отсутствие или слабая выраженность оригинальности коммуникативных высказываний (использование шаблонных фраз: «Как у тебя дела?»; «Что нового?»; «Чем занимаешься?»; «У меня все ок»); отсутствие ярко выраженной эмоциональной окрашенности сообщений (они носят довольно отстраненный и нейтральный характер); слабо выраженная рефлексивность Я-высказываний, уход от попыток выразить в текстах свои переживания и смыслы (по большей части описываются внешняя, – предметно-пространственная и поведенческая сторона ситуаций и событий); слабо выраженная личностная «окрашенность» коммуникативных суждений, что говорит об отсутствии у них конкретных лично-значимых целей и смыслов в процессе общения

Вывод. Если обобщить полученные результаты, то следует отметить, что основными особенностями проявления деперсонализации общения (характерными для исследуемой группы подростков) являются: низкий уровень диалогичности, содержательности, осмысленности и рефлексивности общения; шаблонность общения и низкий уровень развития способности к самораскрытию; преобладание эмоционального дистанцирования и формальности в процессе общения; обезличивание другого человека и манипулятивный стиль коммуникативного взаимодействия.

Список литературы

1. Егорова В.И. Персонализация и деперсонализация – основные виды проявления карнавальности в виртуальной среде. // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 4. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=6611> (дата обращения: 9.10.2020)
2. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд., 2012. 864 с.
3. Копнина Г.А. Отклонение от онтологической нормы как риторический прием // Русская речь. 2005. № 4. С. 45-51.
4. Ланир Дж. Вы не гаджет. Манифест. Москва.: Астрель: Согрус, 2011. 317 с.
5. Нелюбин Н.И. Селфи: хроника самоутраты в эпоху постмодерна // Омские социально-гуманитарные чтения-2015: Материалы VIII Международной научно-практической конференции. / Отв. ред. Л.А. Кудринская. Омск, 2015. С. 313-321.

УДК 159.9

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Н.В. Попенко

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

Аннотация. В статье рассмотрены показатели уровня жизнестойкости у пациентов с ОНМК. Выявленные психологические характеристики отражают внутреннюю сопротивляемость личности, в период реабилитации, что отражается на восстановлении всех функций организма. При учете показателей жизнестойкости, вовлеченности и контроля, психологическое восстановление становится целенаправленным, мотивированным. способность пациентов увеличить реабилитационный потенциал.

Ключевые слова: жизнестойкость, вовлеченность, контроль, острое нарушение мозгового кровообращения, реабилитационный период

Актуальность. Ситуация болезни, в связи со своим стрессогенным характером, может изменять структуру мотивационной сферы больного человека, ставя на первое место в этой иерархии – ценность здоровья (Овчинников, 2018). В этой связи, крайне важным становится формирование мотивации на выздоровление и активность личности в условиях стресса. Жизнестойкость, как личностная переменная, играет роль в успешном противостоянии личности стрессовым ситуациям (Попенко, Чупина, 2016). Жизнестойкость является одним из ключевых аспектов личности, влияние которой распространяется на факторы соматического и психологического здоровья (Кузнецова, Туманова, 2017).

Постановка проблемы. В настоящее время разработано большое количество реабилитационных программ для пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, но с ограниченным учетом психологического потенциала больного (Мартинес, 2017).

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе Красноярского центра нейрореабилитации, Сибирского клинического центра, ФГБУЗ ФМБА России. В исследовании приняли участие проходившие реабилитацию в условиях стационара пациенты неврологического отделения №2 и №3, в количестве 30 человек. Методика «Тест жизнестойкости» Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой (Леонтьев, 2006). Тест жизнестойкости представляет собой адаптацию опросника Hardiness Survey, разработанного американским психологом Сальваторе Мадди. Личностная переменная «жизнестойкость» характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности.

Результаты исследования. В результате проведенного нами психодиагностического исследования показателей жизнестойкости у пациентов с ОНМК в реабилитационном периоде, было выявлено:

У 57% отмечаются нормативные показатели общей жизнестойкости (включающей все компоненты), у 26% пациентов низкий уровень, и 17% характеризуются высокой жизнестойкостью. Высокая жизнестойкость характеризует пациентов, представляющих исследуемую выборку, как способных стойко выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю гармонию, и действовать максимально независимо от состояния стресса. Пациенты с низкой жизнестойкостью убеждены в том, что происходящие с ними события находятся вне зоны их влияния, и в том, что контролировать их не представляется возможным, ощущают неверие в свои силы, часто испытывают неудовлетворенность своей жизнью. Они предпочитают не задумываться о своем будущем, более зависимы от ситуации и мнения окружающих людей (рис.1).

Уровень жизнестойкости

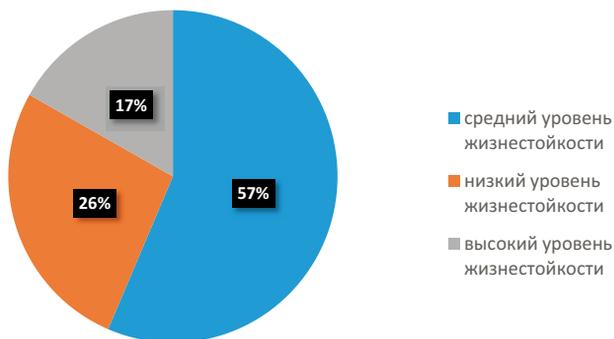


Рис.1. Показатели уровня жизнестойкости

Анализ результатов шкалы «Вовлеченность» (рис. 2), показал, что высокие баллы наблюдаются у 16% исследуемых, это свидетельствует об их убежденности в собственной вовлеченности в происходящие события, они находят интересное в различных жизненных ситуациях, а также получают удовольствие от собственной деятельности. Для них характерно ощущение причастности, личностной значимости в системе межличностных отношений, мотивация к реализации задуманного. Для 57 % характерны нормативные показатели. И 27% испытуемых имеют низкие показатели шкалы «Вовлеченность». Это свидетельствует о недостаточном осознании влияния на события своего жизни. Данные пациенты испытывают чувство отверженности и ощущают себя «вне» жизни, непричастными к событийным процессам собственной жизни, а также чаще не получают удовольствия от активной деятельности.

Показатели шкалы "Вовлеченность"

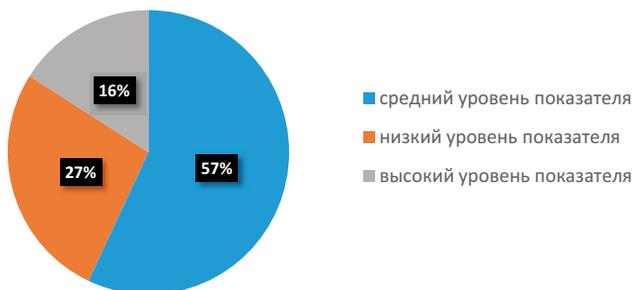


Рис.2. Показатели уровня «Вовлеченность»

Таким образом, в данной группе преобладают нормативные и низкие показатели вовлеченности, что говорит о характерном для этих пациентов чувстве отверженности и ощущении себя «вне» жизни, а также им трудно получать удовольствие от собственной деятельности.

Анализ полученных данных по шкале «Контроль» (рис. 3) говорит о высоких показателях у 16,7% исследуемых, это свидетельствует об убежденности данных пациентов в том, что борьба и собственная инициативность позволяет повлиять на результат происходящего, даже притом условия, что успех не гарантирован. Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь. 60% пациентов имеют нормативные показатели и 23,3% - низкие баллы по шкале «Контроль», для них свойственно ощущение собственной беспомощности, пассивность, убежденность в том, что невозможно повлиять на происходящие события путем личного выбора и проявления инициативы.

Показатели шкалы "Контроль"

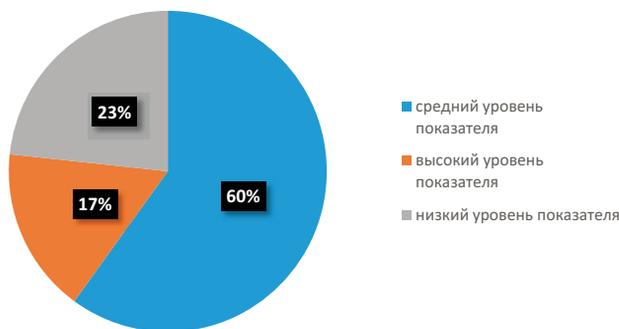


Рис. 3. Показатели уровня «Контроль»

Таким образом, в исследуемой нами группе преобладают нормативные и низкие показатели шкалы «Контроль», это свидетельствует о том, что данные пациенты испытывают ощущение беспомощности, невозможности повлиять на стрессогенную ситуацию, им свойственна убежденность в отсутствии детерминированной связи между действиями и усилиями, и результатами, событиями.

По шкале «Принятие риска» (рис.4) были получены следующие результаты: у 43% пациентов выявлены нормативные показатели. Для 40% исследуемых, характерны низкие баллы. В ситуации приобретения опыта они постоянно совершают выбор в пользу прошлого, боятся перемен.

Им свойственно ощущение угрозы, они не готовы действовать без условия гарантированного успеха, стремятся к комфортному существованию и безопасности. 17% пациентов с ОНМК имеют высокие показатели шкалы «Принятие риска», для них характерна убежденность в том, что любые события способствуют развитию полученного опыта, — неважно, позитивного или негативного. Данные пациенты готовы действовать вне условий гарантированного успеха.

Показатели шкалы "Принятие риска"

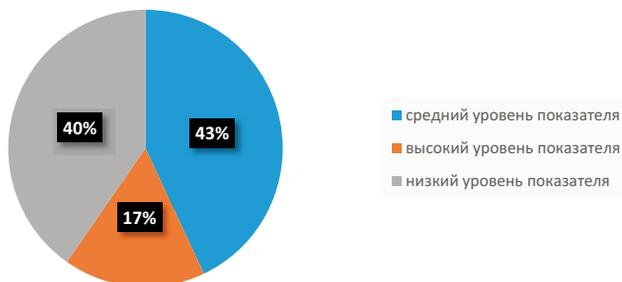


Рис. 4. Показатели уровня «Принятие риска»

Таким образом, жизнестойкость пациентов с ОНМК в период реабилитации характеризуется нормативными и низкими показателями, что может означать невысокие адаптивные способности в ситуации стресса, которым и является болезнь. Пациентам сложно противостоять трудностям, совладать с превалирующими негативными эмоциями, и занять активную позицию по отношению к выздоровлению. Это может сказываться на эффективности реабилитации и лечения.

Обсуждение результатов. У пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в реабилитационном периоде преобладают нормативные и низкие показатели компонентов жизнестойкости, что может означать невысокие адаптивные способности в ситуации стресса, которой и является болезнь. Пациентам сложно и совладать с довлеющими трудностями, и занять активную позицию с целью противостояния, что может сказываться на эффективности реабилитации и исхода лечения.

Вывод. Пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения характеризуются низким уровнем жизнестойкости, не верят в успех собственных действий, занижают свои возможности, направляя психическую активность на негативные переживания и тревожность, а не на процесс лечения и реабилитации.

Список литературы

1. Кузнецова С.В., Туманова А.А. Жизнестойкость личности как психологическая проблема // *Цивилизация - Общество - Человек*. 2017. № 4-5. С. 71-72.
2. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М. : Смысл, 2006. 63 с.
3. Маргинес Р.М. Реабилитация после инсульта // *Доктор.Ру*. 2017. № 1 (130). С. 41-43.
4. Овчинников А.А., Султанова А.Н., Коваленко А.А., Сычева Т.Ю. Жизнестойкость и способы совладания со стрессом у пациентов с ишемической болезнью сердца // *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2018. № 2. С. 72-77.
5. Попенко Н.В., Чупина В.Б. Особенности мотивационной направленности внутренней картины болезни и уровня жизнестойкости у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в реабилитационном периоде // *Современные проблемы науки и образования*. 2016. № 6. С. 34.

УДК 159.99

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ КРАСОТЫ ФИЗИЧЕСКОГО ОБЛИКА В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

А.Р. Рафикова

Академия управления при Президенте Республики Беларусь, г. Минск, Беларусь

Аннотация. В современном мире компьютерных технологий, сниженной долей вербального общения и очных коммуникаций, малоподвижным образом жизни существенно может изменяться отношение молодежи к ценности гармоничного телосложения. Изучение ценностного отношения молодежи к физической красоте тела позволяет определить с факторами повышения мотивации к физическому совершенствованию. Молодые люди намерены использовать красоту для достижения определенных целей, а также готовы быть активными в физическом совершенствовании. Юноши и девушки также поддерживают продвижение в обществе ценности физически красивого тела. При этом взгляд на капитал гармоничного телосложения, физически совершенного тела и в целом внешней привлекательности носит в большей степени поверхностный характер (как бонус первого впечатления, вхождения в контакт и т.п.); реже рассматривается, как фактор высокого уровня производительности труда, хорошей работоспособности, крепкого здоровья, качества жизни.

Ключевые слова: красота физического тела; молодежь; ценностное отношение; физическое совершенствование

Актуальность. В современном обществе гармоничное телосложение, хорошая осанка, и в целом приятный внешний облик человека явля-

ется важным презентационным капиталом, поскольку не без основания отождествляется с крепким здоровьем, высокой работоспособностью и успешностью в профессиональной среде. Практическая ценность физической красоты тела всегда была актуальна, однако возникает вопрос – не будет ли снижаться или напротив завышаться значение физической красоты в условиях техногенного мира с высокой долей компьютерных технологий, распространения невербальных коммуникаций, снижения физической активности и т. п.

Распространение разнообразных нарушений осанки, соотношения возрастных параметров (в сторону избыточной массы тела либо ее недостатка) настолько широко и типично для современной молодежи, что может приводить как к нивелированию ценности красоты тела, так и к ее неоправданному завышению (как труднодостижимой цели). Риск отхода от ценности гармоничного развития снижает мотивацию в физическом совершенствовании; неоправданное завышение превращается в одержимую погоню за ним. И то, и другое может нарушать физическое и психологическое здоровье молодого поколения. Изучению ценностного отношения к физической красоте тела современной молодежи посвящено данное исследование.

Методы и материалы. В исследовании приняли участие студенты – 86 человек (24 юноши и 62 девушки), которые ответили на вопросы специально разработанной анкеты и интервью. Средний возраст респондентов 17,8 года. Полученные результаты обработаны методами математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании рассмотрены разные стороны отношения молодежи к ценности физической красоты. Обсуждение и промежуточные выводы представлены прямо по тексту.

1. В современной молодежной среде физическая привлекательность по-прежнему ассоциируется с гармоничностью телосложения и рассматривается как ценность. Такой вывод позволяют сделать 98,8% ответов респондентов с высокой оценкой значения физической красоты как лица, так и тела в современном мире.

2. Ценность физически совершенного тела в культурно-ценностных ориентациях современной молодежи имеет преимущественно практически-прикладное значение. Красоту тела можно использовать для достижения конкретных целей. Внешне привлекательным, высокорослым и физически развитым легче контактировать с окружающими, обзаводиться друзьями, «заводить» полезные связи. Красивых всегда оценивают выше, их достоинства значимее, а недостатки и ошибки легче прощаются. Данный вывод основывается на ответах 86% юношей и девушек. Лишь 14% указали на значение физической красоты тела для достижения хорошего здоровья.

Данный вывод обоснован в том числе заключениями зарубежным специалистами по найму. Практическая ценность физической привлекательности проявляется в успешности претендентов при трудоустройстве. При этом наличие у претендента физического изъяна на лице или явно выраженной дисгармоничности телосложения воздействует на оценку способностей при приеме на работу и принятие решения о найме более негативно, нежели инвалидное кресло претендента (Stevenage, 1999).

3. Красота лица и красота гармонически сложенного тела по мнению молодежи равнозначны. За преимущество красоты лица высказались в среднем – 51,2% респондентов, тела – 48,8%. Присутствуют незначительные различия во мнениях: за приоритетность красоты тела – 54,5%, красоты лица – 45,4% юношей; у девушек наоборот: красоты лица – 53%, тела – 47%. В определениях красоты тела у респондентов были обозначены идеальные антропометрические параметры, соотношение длины конечностей, мышечная составляющая (мускульность, атлетичность).

4. Вывод четвертый связан с ценностью красоты тела для выстраивания взаимоотношений. В среднем 81,4% молодых людей утверждают, что судят о человеке при первой встрече по его внешнему облику, по тому как выглядит его лицо и тело (соответственно, 86,3% юношей и 79,6% девушек).

Степень влияния на суждение и оценку человека внешняя красота определена в 58,25%. Но при длительном общении степень влияния, по мнению молодежи снижается, внешние недостатки компенсируются внутренними достоинствами. Но не перестает иметь значения. Часть респондентов считает, что приятнее общаться с физически красивым человеком – 48%, часть утверждает, что красота не имеет значения – 52%. Очевидно даже при длительном общении ценность физической привлекательности для молодых людей сохраняется.

5. Особое значение физическая привлекательность тела имеет при выборе пары. 89,5% юношей и девушек ответили утвердительно на вопрос обращают ли они внимание при выборе партнера на красоту тела, отрицательно ответили 10,5 %. Сложившиеся эталоны предпочтений не изменились: юноши больше предпочитают миниатюрных девушек – 65%, крупных – 30%, безразлично – 5%; девушки наоборот отдают предпочтение крупным юношам – 50,8%, мелким – 37,3% и безразлично – 3,4%.

Также выявлено, что как для начала, так и для сохранения отношений внешняя привлекательность второй половины для юношей является основополагающей. 30,4% юношей-респондентов ответили, что «расстраиваются, если их девушка выглядит непривлекательно (имеет избыточную массу тела, некрасивую фигуру, лицо)»; 39,1% утверждают, что «вообще никогда не выберут непривлекательного партнера», и только 30,4% «не придают факту непривлекательности партнера принципиального значения и на этот счет

не расстраиваются». Совокупно около 70% юношей внимательно относятся к характеристикам внешнего вида своей избранницы. У девушек реакция на внешнюю привлекательность объекта будущих отношений менее выражена: «расстраиваются» – 21,4%, «все равно» – 55,7%, совокупно процент значения внешности партнера для отношений равен 44,3%.

6. Молодежь относительно толерантна к физической непривлекательности, хотя не отрицают, что в более юные годы были более непримиримы. Например, в ранние детские и школьные годы 52,2% юношей и 17,4% девушек дразнили своих «неформатных» сверстников (слишком высоких или слишком низких; слишком худых или слишком полных). 13% юношей и 10,5% девушек сами подвергались словесным репрессиям со стороны сверстников.

При этом зарубежные исследования свидетельствуют, что дискриминация по внешним антропометрическим признакам (скрытая или явная) достаточно частое явление и во взрослом возрасте. В экспериментальном исследовании немецких специалистов по оценке влияния внешних признаков человека при найме на работу, работодателей попросили оценить компетентность претендентов различного пола, этнической принадлежности и индекса массы тела, представленных на стандартизированных фотографиях. Работодатели продемонстрировали переоценку профессионального престижа у людей с нормальным весоростовым индексом и недооценку у людей с ожирением; без других объективных причин были дисквалифицированы 42% полных женщин и 19% мужчин с ожирением (Giel, 2012). Целый ряд исследований, проведенных в разных странах, показывает, что тучные люди в обществе редко получают одобрения и чаще подвергаются дискриминации.

Еще одним ценным показателем для успешного поиска работы является рост. Исследовательские данные показывают, что высокий рост на протяжении всей карьеры положительно связан с социально-экономическим статусом индивида, который во многом зависит от трудовой деятельности и продвижения по карьерной лестнице. Низкорослые имели более низкий статус (Jæger, 2011). Положительная оценка высокорослых людей связана с ассоциациями высокого роста с хорошим физическим развитием, хорошим здоровьем.

7. Ценность физической красоты также связана с психологическим комфортом. Привлекательное, хорошо развитое тело, по мнению молодежи, улучшает самооценку. Большинство респондентов ответили, что красота тела – это преимущественно капитал психологического комфорта, который связан с эмоциональной сферой. Самыми популярными определениями физической красоты были: самодостаточность, уверенность в себе и инструмент повышения самооценки – 54,2% (так считают три четверти юношей – 71,4% и половина девушек – 50%).

8. Как капитал того или иного рода свою физическую привлекательность в практических целях целенаправленно использовать намерены в среднем 20% респондентов (соответственно, 21,4% девушек и 14,3% юношей). Физическую красоту тела считают капиталом хорошего здоровья только 5% молодых людей.

Поскольку физическая красота тела признана молодежью капиталом представляет интерес оценка готовности студентов к управлению им: оценке, соотносению с критериями качества, тревоги о нем и готовности к его активному приращению.

9. Мотивацию молодежи к физическому совершенствованию отражает следующее: общий уровень тревожности в отношении своего тела существенно выражен (86% респондентов дали утвердительный ответ, соответственно, 77,2% юношей и 95,3% девушек). Приоритетность тревоги о теле по сравнению с другими тревогами определена 43-мя % у юношей и 57-ю % у девушек. Из всего, о чем тревожатся сила беспокойства о красоте тела по сто балльной шкале составляет 50 баллов.

Для сравнения 74,5% молодых людей выбирают принятые в обществе устоявшиеся эталоны (соответственно, 70% юношей и 79% девушек). Склонность к самокритике и повышенные ожидания традиционно более выражены у девушек. При сравнении юноши чаще радуются, чем огорчаются: соответственно, 73% и 27%. Девушки напротив чаще огорчаются, чем радуются: соответственно, 64% и 36%. Больше половины девушек считают, что им надо похудеть – 64,5%, из числа юношей хотят того же только 22%. Испытывают чувство вины перед своим телом (при нарушении режима и качества питания) – 60% девушек и 35% юношей. А вот подрасти чаще хотят юноши – 47,8% и значительно меньше девушки – 11%. Поправиться хотят, соответственно: 35% юношей и 11% девушек.

Ответы респондентов независимо от пола свидетельствуют, что на их самооценку влияют не образы моделей, спортсменов, актеров и актрис с идеальными пропорциями, а привлекательные юноши и девушки из ближнего окружения (друзья, однокурсники, знакомые или просто встречающиеся в городской среде люди).

10. 65% юношей и 82% девушек являются активными преобразователями своего тела. Подавляющее большинство (86,5%) готовы приложить к этому серьезные усилия и использовать занятия спортом, требующие проявления силы воли (соответственно, 78% и 95%).

11. Несмотря на то, что 58,7% молодых людей считают, что, забываясь о своем теле, они заботятся о здоровье в целом, 15,7% считают, что это следует делать, чтобы успешно конкурировать в борьбе за достойного партнера, поскольку красивое тело повышает привлекательность для противоположного пола. Гендерно-половое соревнование через презент-

тацию своей физической привлекательности актуально в современном мире (Басс, 2019).

Вместе с тем, молодые люди проявляют понимание, что нездоровый культ физической красоты приводит к извращенным моделям поведения с превращением тела в самостоятельную символическую ценность. Как указывается в диссертационном исследовании по изучению ценностей тела при занятиях бодибилдингом – здоровое тело, красивое тело, сильное тело – формируется иерархия, в которой на первом месте стоит сила, на втором – красота, и только на третьем – здоровье. Появляются культурные риски (следует ответить на вопрос для чего нужно развитие силы, за которой идет молодежь заниматься бодибилдингом), и какова вероятность потери оздоровительной ценности занятий этим видом фитнеса (Медведев, 2004). Это может иметь негативные последствия для здоровья, поскольку сопровождается одержимостью наращивания мышечной массы или похудения. В условиях культа тела возникает постоянная неудовлетворенность результатом, а погоня за идеальным телом становится бесконечной. Стимул «достижение цели любой ценой» приводит к употреблению запрещенных препаратов и методов, наносящих вред здоровью (депрессия, алкоголизм, анорексия, булимия и т. п.).

Вывод. В качестве обобщенных выводов следует отметить, что современная молодежь поддерживает ценности физически привлекательного и развитого тела, рассматривая ее в первую очередь с точки зрения практической значимости для достижения жизненных целей. Молодые люди намерены воспользоваться красотой, если она дана природой, а также готовы потратить силы, чтобы стать более физически совершенными. Юноши и девушки также поддерживают продвижение в обществе ценности физически красивого тела, используя средства массовой информации, искусство, спортивные мероприятия, молодежную моду.

Однако взгляд на капитал гармоничного телосложения, физически совершенного тела и в целом внешней привлекательности носит в большей степени поверхностный характер (как бонус первого впечатления, вхождения в контакт и т.п.); в меньшей мере рассматривается с глубинных позиций, как фактор высокого уровня производительности труда, хорошей работоспособности, крепкого здоровья, качества жизни.

Список литературы

1. Басс Д. Эволюция сексуального влечения: стратегии поиска партнеров : перевод с англ. М. Кульнева. М. : Альпина Паблшер, 2019. 510 с.
2. Медведев Д. С. Здоровое тело как ценность в социальных ориентациях современной молодежи : дис. ... канд. социол. наук : 14.00.52. Волгоград, 2004. 132 с.
3. Giel K.E. Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study. Text: electronic. BMC Public Health. 2012. Vol. 12. P. 525. URL:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-525> (date of access: 02.11.2020).

4. Jæger M.M. «A Thing of Beauty is a Joy Forever»? Returns to physical attractiveness over the life course // *Social Forces*. 2011. Vol. 89, № 3. P. 983-1003.

5. Stevenage S.V., McKay Y. Model applicants: the effect of facial appearance on recruitment decisions // *British journal of psychology*. 1999. Vol. 90, № 2. P. 221-234.

УДК 159.9.072

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ К УСЛОВИЯМ СЛУЖБЫ

Т.Ю. Рублёва

Сибирский юридический институт МВД России, г. Красноярск, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования, посвященные оценке особенностей психической адаптации сотрудников органов внутренних дел в процессе профессиональной деятельности.

Специфика повседневной службы сотрудников органов внутренних дел характеризуется многообразием и сложностью профессиональных задач; высоким уровнем психической напряженности труда; наличием служебных ситуаций, представляющих риск для жизни персонала и граждан; повышенной социальной ответственностью за профессиональные ошибки.

При воздействии стрессовых факторов служебной деятельности у сотрудников формируются личностные особенности, снижающие эффективность их профессиональной деятельности и функциональную надежность.

Использование комплекса эмпирических методов наряду с клиникопсихологическим методом исследования позволило изучить специфику психической травматизации сотрудников органов внутренних дел, определить мишени и стратегии психологической помощи сотрудникам.

В ходе исследования применялись такие методы и методики, как опрос, анализ, сравнение, психодиагностическое исследование.

Проанализированы результаты 125 сотрудников органов внутренних дел мужского пола в возрасте от 23 до 48 лет, проходивших повышение квалификации на базе факультета профессиональной подготовки СибЮИ МВД России в период с 2018 по 2019 годы.

По результатам обследования, в зависимости от степени адаптации к условиям и характеру служебной деятельности, включая экстремальные ситуации, респонденты были распределены на 3 группы: «норма», «группа риска», «группа с признаками выраженной дезадаптации».

Применяемый нами спектр методов и экспериментально-психологических методик при проведении психопрофилактических обследований личного состава органов внутренних дел в каждом конкретном случае позволил оценить не только степень тяжести основного патологического процесса, но и глубину психической дезадаптации, позволив тем самым прогнозировать вероятность развития соматической и психической дезадаптации, что в дальнейшем дало возможность разработать индивидуальные программы реабилитации в каждом конкретном случае.

Ключевые слова: сотрудники органов внутренних дел, факторы риска, социально-психологическая дезадаптация, психодиагностическое исследование

Актуальность. В условиях постоянного нарастания социально – политической напряженности, экономических трудностей, возникающих внутренних вооруженных конфликтов – первостепенной задачей государства является оптимизация всей деятельности силовых ведомств России, как организаций, стоящих на страже Закона, общественного порядка и безопасности граждан.

Борьба с преступностью требует отбора соматически здоровых специалистов, обладающих определенными индивидуально – психологическими, нравственными качествами, физическими данными, позволяющими нести военизированную службу, которая носит чрезвычайно напряжённый и экстремальный характер, поскольку сопряжена с риском потери здоровья и даже жизни (Модестов, Рублёва, 2006). А успешное выполнение стоящих перед силовыми ведомствами задач во многом зависит от обеспечения и сохранения на должном уровне здоровья и профессионального долголетия личного состава, его компетентности, профессионализма, морально – психологических качеств.

Сотрудники полиции при выполнении оперативно-служебных задач сталкиваются с различными потенциально психотравмирующими ситуациями, не только в особых, но и повседневных условиях несения службы, а также с другими трудными в эмоциональном плане ситуациями в профессиональной деятельности и жизни (Карпова, Тураносова, 2019).

Выполнение оперативно-служебных задач в данных условиях, нередко вызывает состояние психической дезадаптации, которая приводит к социально-психологическим нарушениям жизнедеятельности, неблагоприятным изменениям личности и отрицательно сказывается на состоянии здоровья личного состава, служебных и семейно-бытовых взаимоотношениях.

Следует отметить, что дезадаптация способствует развитию нервно психических и соматических заболеваний, асоциального, делинквентного поведения, аутоагрессии, приводящих к снижению эффективности и надежности служебной деятельности и профессиональной подготовки.

Наличие нервно-психической неустойчивости, которая заключается в неспособности человека защитить внутреннюю эмоциональную стабильность в экстремальных условиях, осуществить волевой контроль над своими действиями, является противопоказанием к профессиональной деятельности сотрудника.

Сохранение психологического здоровья и продление профессионального долголетия полицейских, прогнозирование уровня их профессиональной и функциональной надежности являются одной из важных задач кадровых и воспитательных подразделений системы МВД России (Коновалова и др., 2019).

Постановка проблемы. При воздействии стрессовых факторов служебной деятельности у сотрудников органов внутренних дел формируются личностные особенности, снижающие эффективность их профессиональной деятельности и функциональную надежность. Проблема профилактики дезадаптации у сотрудников в пространстве организации еще недостаточно изучена, что создает значительную область для научного поиска.

Целью нашего исследования явилось выявление лиц с признаками нервно-психической неустойчивости (дезадаптации) и совершенствование мероприятий медицинского контроля и разработки методов психологической коррекции, с целью предупреждения нервно-психических расстройств и психосоматических заболеваний.

Методы и материалы. Трудности определения начальных проявлений нервно-психических расстройств вызывают необходимость применения обширного спектра объективных психодиагностических средств и методов, используемых в психиатрической практике (Собчик, 2005), а комплексная диагностика позволяет в целом обеспечить многоуровневый подход к изучению личности сотрудника (Стригуненко, 2018).

Исследование проводилось на базе факультета профессиональной подготовки СибЮИ МВД России в период с 2018 по 2019 гг.

Методы исследования: опрос, анализ, сравнение, психодиагностическое исследование.

Программа исследования включала:

- выявление биологических факторов риска (неблагоприятная наследственность);
- выявление экзогенных факторов риска (перенесенные черепно-мозговые травмы, эпизоды нарушения сознания, нейроинфекции);
- наличие психосоматических факторов (злоупотребление психоактивными веществами);
- наличие дисциплинарных взысканий;
- нарушение семейных отношений;
- аутоагрессивные формы поведения, участие в вооруженных конфликтах;

- проведение психодиагностического тестирования с использованием методик СМИЛ (стандартизированный многофакторный метод исследования личности), КОТ (краткий отборочный тест), восьмицветовой тест Люшера, корректурная проба, тест Айзенка, тест Спилбергера, методика САН (самочувствие, активность, настроение), тест Тейлора.

Выборка исследования представлена 125 сотрудниками полиции мужского пола в возрасте от 23 до 48 лет, проходившими повышение квалификации на базе факультета профессиональной подготовки СибЮИ МВД России в период 2018-2019 годы.

Результаты исследования. По результатам обследования, в зависимости от степени адаптации к условиям и характеру служебной деятельности, включая экстремальные ситуации, сотрудники были распределены на 3 группы:

- первая группа – «норма» - 90 человек (72%);
- вторая – «группа риска» - 23 человека (18%);
- третья – «группа с признаками выраженной дезадаптации» – 12 человек (10%).

В первую группу были включены сотрудники, индивидуальные особенности которых обеспечивают оптимальную адаптацию к условиям и характеру служебной деятельности, включая экстремальные ситуации.

Вторую группу составили сотрудники, у которых выявлена сниженная адаптация к службе в наиболее ответственных и экстремальных ситуациях.

Сотрудники, имеющие выраженные признаки дезадаптации: невротической, психосоматической или поведенческой, вошли в третью группу. Нарушения адаптации, болезненные состояния или отклоняющееся поведение у них с высокой долей вероятности могут проявляться или уже проявились в штатной ситуации.

Анализ возрастного состава в группах показал (таблица 1), что в первой группе (норма) преобладали лица от 23 до 30 лет - 46%, от 31 года до 40 лет - 38% и в возрасте от 41 до 48 лет - 16%.

В группе риска 56% в возрасте от 31 до 40 лет, 35% от 23 до 30 лет и 9% в возрасте от 41 до 48 лет. Данная категория лиц находится в состоянии предболезни, и в случае продолжения воздействия значимых психотравмирующих факторов (при отсутствии возможности к их разрешению) у них могут развиваться нервно-психические расстройства с исходом в различные нозологические формы психосоматических заболеваний. Сотрудники, отнесенные ко второй группе, требуют особого внимания в рамках коррекционной и профилактической работы.

В группе с признаками выраженной дезадаптации преобладали сотрудники в возрасте от 41 до 48 лет - 84%, 8% в возрасте от 31 года до 40 лет, 8% - от 23 до 30 лет. По-нашему мнению, это связано с бо-

лее продолжительным сроком службы и подтверждает тот факт, что повышенная, длительно продолжающаяся нервно-психическая напряженность, даже у профессионалов может способствовать истощению функциональных резервов адаптации, характерологическим изменениям личности и различного рода отклонениям в поведении человека (возбудимость, депрессия, повышенная тревожность, конфликтность, вспыльчивость, агрессивность, мнительность, пристрастие к психоактивным веществам, самоубийства, опрометчивые действия в критических ситуациях и др.).

Таблица 1

Состав групп по степени адаптации к условиям и характеру служебной деятельности, включая экстремальные ситуации, в зависимости от возраста

Группа Возраст	Группа 1 (норма)		Группа 2 (группа риска)		Группа 3 (группа с признаками выраженной дезадаптации)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
23-30 лет	41	46	8	35	1	8
31-40 лет	34	38	13	56	1	8
41-48 лет	15	16	2	9	10	84
Итого	90	100	23	100	12	100

Наибольшую опасность в плане нарушения работоспособности представляют сотрудники, отнесенные к третьей группе. У них отмечались признаки дезадаптации (невротической, психосоматической, поведенческой).

Для сотрудников с невротическим вариантом дезадаптации характерны: конформность, пессимистичность, навязчивые страхи, уход от социальной активности. При неожиданных и эмоционально-стрессовых ситуациях у них ограничены возможности адаптации к физическим и психоэмоциональным нагрузкам, снижены возможности концентрации внимания на поставленной задаче и выработке адекватных решений; нарушается сон, аппетит, снижается настроение. Возникает выраженная фиксация на собственном здоровье с частым уходом от действительности, проявляющимся наличием жалоб соматического плана.

Использование сотрудников, отнесенных к этому типу, на оперативной работе с высокой ответственностью и опасностью нецелесообразно ввиду возможности возникновения реакций растерянности в экстремальных ситуациях.

У сотрудников с психосоматическим вариантом дезадаптации высокая потребность самореализации сочетается со столь же высоким контролем и тенденцией к отторжению, сдерживанию поведенческих реакций. По мнению Л.Н. Собчик (1998), в этом случае оказываются нераскрытыми каналы как невротического, так и поведенческого отреагирования, что сказывается на общем перенапряжении и проявляется самотизацией внутреннего конфликта, т.е. психосоматическим вариантом дезадаптации, мишенью которого окажется наиболее слабое звено той или иной функциональной системы организма человека. Создается повышенный уровень эмоциональной напряженности, при котором проявляются биологические нарушения и возникают общетерапевтические заболевания.

Сотрудники с поведенческим вариантом дезадаптации активны, мужественны, решительны, однако склонны к социально-девиантному поведению (употребление психоактивных веществ, склонность к излишнему проявлению физической силы, превышению полномочий, неподчинение начальству, повышенное чувство независимости, склонность к доминированию, отталкивание от навязываемых авторитетов и т.д.). Они ненадежны в дисциплинарном плане, особенно в период монотонии и бездеятельности. Однако успешно действуют в условиях, требующих личной инициативы, смелости, решительности.

Обсуждение результатов. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что при воздействии стрессовых факторов служебной деятельности у сотрудников органов внутренних дел формируются личностные особенности, снижающие эффективность их профессиональной деятельности и функциональную надежность. Для профилактики аддиктивного поведения, антисоциальных и суицидальных поступков необходимо проводить системный мониторинг психического здоровья сотрудников с оценкой динамики личностных особенностей в процессе службы.

С учетом результатов обследования с целью предупреждения нервно-психических расстройств и психосоматических заболеваний нами были разработаны индивидуальные программы психологической коррекции, которые включали в себя следующие направления: психодиагностическое, психокоррекционное, информационно-обучающее, организационное.

В каждом конкретном случае программа включала перечень мероприятий, а именно: изучение морально-психологического климата в

коллективе, где сотрудник проходит службу; индивидуальное психологическое консультирование; тренинг, направленный на выработку адаптивных форм поведения и повышение социального статуса сотрудника; сэнцы релаксации, аутотренинг. А также взаимодействие с руководителем подразделения, в котором служит сотрудник и разработка рекомендаций по индивидуальной воспитательной работе с сотрудником.

Вывод. Таким образом анализ комплекса психодиагностических показателей в каждом конкретном случае помогает оценить не только степень тяжести основного патологического процесса, но и глубину психической дезадаптации, а также прогнозировать вероятность развития соматической и психической дезадаптации, что в дальнейшем позволяет разработать индивидуальные программы профилактики и реабилитации. Содержание и характер профилактической деятельности определяются факторами, которые привели к дезадаптации. В связи с этим целенаправленное, комплексное применение различных форм и методов психологической работы с сотрудниками, нуждающиеся в повышенном психолого-педагогическом внимании, может повысить эффективность оперативно-служебной деятельности и заложить основу их личностного и профессионального роста.

Список литературы

1. Карпова Э.Б., Тураносова В.В. Использование клинико-психологического интервью в изучении специфики и характера переживания психотравмирующей ситуации // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2019. Т. 12, № 1. С. 48-59.
2. Кононова М.А., Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г., Злоказова М.В. Оценка динамики личностных особенностей в процессе профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2019. Т. 24. № 2 (77). С. 195-200.
3. Мещерякова А.В. Профессиональная адаптация и морально-психологическая подготовка сотрудников правоохранительных органов : учебное пособие. Ростов н/Д. ; Таганрог: Издательство Южного федерального университета, 2019. 150 с. URL: <https://znanium.com/catalog/product/1088129> (дата обращения: 03.11.2020).
4. Модестов А.А., Рублёва Т.Ю. Социально-гигиенические аспекты здоровья сотрудников Федеральной Службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (на примере Регионального Управления по Красноярскому краю) // Медицинский вестник МВД. 2006. № 6. С. 3-7.
5. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. Речь, 2005. 624 с.
6. Стригуненко Ю.В. К вопросу о профилактике профессиональной дезадаптации сотрудников органов внутренних дел в контексте трансформаций современного российского общества // Научный портал МВД России. 2018. № 3 (43). С. 126-133.

ПРОСТРАНСТВО ИНТЕРНЕТА И ХАРАКТЕРИСТИКИ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ

А.В. Северин

*Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина,
г. Брест, Беларусь*

Аннотация. В статье анализируется влияние Интернет-зависимости на параметры социально-психологической адаптации личности. По итогам исследования на выборке студентов установлена связь между наличием Интернет-зависимости и низких показателей адаптации личности.

Ключевые слова: интернет, виртуальная аддикция, личность, социально-психологическая адаптация

Актуальность. В настоящее время исследование характеристик адаптации личности в виртуальном пространстве обусловлено повышением уровня виртуальной аддукции пользователей Интернета и использованием компьютерных технологий во всех сферах жизни человека. Интернет сегодня является основной формой досуга у молодежи. В связи с тем что очевиден рост компьютеризации и доступности Интернета, можно прогнозировать увеличение зависимых от Интернета юношей и девушек. Поэтому повышается роль социально-психологической адаптации личности к постоянно изменяющимся условиям окружающей действительности

Использование информационных технологий в жизни человека может иметь негативные последствия. В качестве отрицательных последствий чрезмерного использования интернет-технологий могут выступать сужение круга интересов и живого общения, уход от реальности в виртуальное пространство, развитие виртуальной зависимости. Неслучайно зарубежные исследователи И. Голдберг, Д.Н. Гринфилд, К.С. Янг глобальную компьютеризацию, зависимость от компьютера и Интернета жизни назвали болезнью XXI в. (Войскунский, 2010; Young, 2017)

Постановка проблемы. В книге «Виртуальная психология» (Носов, 2000) указывается на то, что пользователю интернета необходимо быть психологически подготовленным к контакту с виртуальной реальностью и монологичному воздействию на его личность и психические процессы, в противном случае – возможно формирование у него виртуальной аддикции.

Проблемой изучения социально-психологической адаптации занимались Ф.В. Березин, Д. Даймонд и К. Роджерс, А.Л. Журавлев, А.А. Реан, Е.В. Руденский и др. Виртуальная аддикция как предмет научного ис-

следования выступает в работах отечественных (А.Е. Войкунский, А.Ю. Егоров, О.И. Желдак, Ц.П. Короленко, А.В. Котляров) и зарубежных (И. Голдберг, Д.Н. Гринфилд, К.С. Янг) авторов.

Однако анализ литературы (Журавлев, Сосник, Красников, 2006; Реан, Кудашев, 2006; Лосик, 2018; Максимов, 2016; Young, 2017) показал, что проблема изучения социально-психологической адаптации личности с виртуальной аддикцией является недостаточно разработанной. Виртуальную аддикцию, по мнению ряда исследователей (Войкунский, 2010; Егоров, 2007; Летов, 2012; Северин и Ермоленко, 2017), можно представить как сильное пристрастие человека к деятельности, связанной с применением компьютера. Такое пристрастие приводит к резкому ограничению общения с людьми, снижению контроля виртуального аддикта за собственным поведением, сокращению времени для занятия другими видами активности.

Признаками сформировавшейся интернет-аддикции выступают: навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту; всепоглощенность интернетом; потребность проводить в сети все больше и больше времени; возникновение тревоги при прекращении пользования интернетом; проблемы контролирования времени; проблемы с ближайшим окружением; обман по поводу времени, проведенного в сети; резкое изменение настроения до и после использования интернета (Young, 2017).

В русскоязычной психологии исследованию виртуальной аддикции посвящены труды А.Е. Войкунского, А.Ю. Егорова, О.И. Желдака, Ц.П. Короленко, А.В. Котлярова, Г.В. Лосика, др. Виртуальная аддикция данными авторами определяется: как специфическая эмоциональная зависимость, вызываемая техническими средствами; как один из видов аддиктивного поведения личности, отличающийся склонностью к уходу от реальности; как проявление эскапизма (ухода от общения с людьми, от событий и деятельности в реальном мире); как нарушение психических процессов и личностного развития, социальная и психологическая депривация (Войкунский, 2010; Егоров, 2007; Летов, 2012; Лосик, 2018; Максимов, 2016; Шаталина, 2009).

Несомненно, что формирование виртуальной аддикции оказывает влияние на процесс и результат социально-психологической адаптации личности к реальному обществу, социальным группам и социальным ролям. Видимо поэтому проблема социально-психологической адаптации личности привлекала и будет привлекать внимание исследователей Ф.В. Березина, Д. Даймонда и К. Роджерса, А.Л. Журавлева, Г.Г. Овчинникова, А.А. Реана, Е.В. Руденского и др.

Социально-психологическая адаптация направлена на создание условий для успешной социализации личности, усвоения социального

опыта и творчески-деятельного преобразования окружающего (мира, людей) и самой себя (личности), проявления и реализации активности в разных видах деятельности. Согласно авторам, социально-психологическая адаптация – это многомерный процесс формирования у личности позитивного отношения к обществу, пространство для проявления активности и включения ее в деятельность, систему межличностных отношений, поиска путей общественной и личностной самореализации. В процессе осуществления социально-психологической адаптации личностью достигается гармония между внутренними и внешними условиями деятельности, повышается адаптированность человека к жизни и деятельности в обществе (Журавлев, Сосник, Красников, 2006).

Иначе говоря, социально-психологическая адаптация представляет собой особое взаимодействие личности с социальной средой, в процессе которого формируется определенная стратегия поведения. Результат социально-психологической адаптации – это социально-психологическая адаптированность, выражающаяся в таком характере взаимодействия личности и социальных групп, когда бесконфликтно и продуктивно выполняется деятельность, удовлетворяются основные потребности и создаются условия для творческой самореализации и развития способностей (Реан, Кудашев, 2006).

Методы и материалы. Исследование было проведено на выборке студентов БрГУ имени А.С. Пушкина. Выборка была составлена из 160 студентов в возрасте 19–20 лет, которые вошли в выборку путем случайного отбора. Пол и специальность респондентов не учитывались.

Методы исследования: тест на выявление интернет-зависимости (В.А. Лоскутовой) и тест-опросник «Диагностика социально-психологической адаптации» (К. Роджерса и Р. Даймонд).

Гипотеза исследования: уровень социально-психологической адаптации у респондентов с наличием интернет-аддикции будет существенно отличаться от респондентов с ее отсутствием.

Результаты исследования. В результате проведения исследования были получены следующие результаты:

из 160 опрошенных респондентов у 70 (44 %) выявлена интернет-зависимость, у 90 (56 %) – она отсутствует. На основании полученных результатов выделена группа из 70 интернет-зависимых студентов: 46 (66 %) со средним уровнем, 24 (34 %) с высоким уровнем интернет-зависимости.

Также проводилась диагностика характеристик социально-психологической адаптации респондентов.

Графически отобразим показатели групп респондентов, имеющих низкий и высокий уровни адаптации (рис. 1).

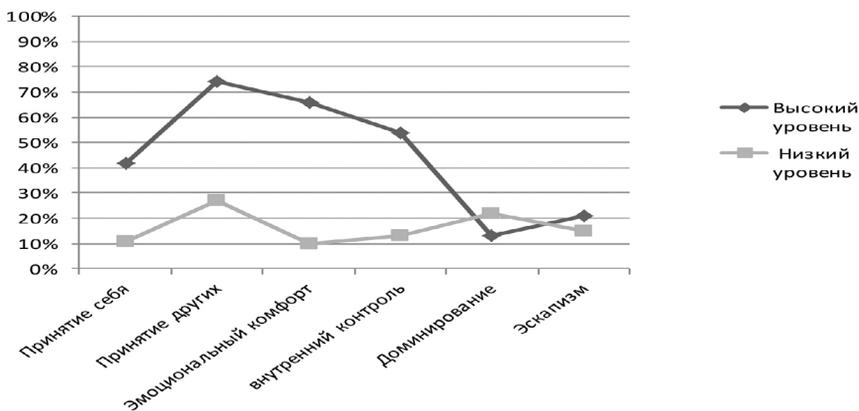


Рис. 1. Выраженность шкал у респондентов с разным уровнем адаптации

Приведем данные по шкалам методики для респондентов со средним и низким уровнем адаптации:

По шкале «*принятие себя*» у 54% респондентов выявлены низкие показатели. Что может свидетельствовать о недовольстве собой, склонности к самообвинениям, изменчивости настроения. *Внутренний контроль* находится на низком уровне, ввиду чего происходит смена настроения, связанная с внешней оценкой окружающих (29%), зависимость в поведении.

Результаты по шкале «*принятие других*» отражают достаточно высокий процент респондентов с низким уровнем принятия других людей (32%), который может быть выражен в агрессивном поведении, направленном на окружающих, отрицании существующих в обществе мнений, принятие только своей, единственно правильной точки зрения.

По шкале *эмоционального комфорта* выявлен низкий уровень у 29% респондентов. И только у 13% опрошенных – высокий. Им характерна резкая смена настроения без видимой причины. Такое состояние, переживаемое как неприятное, тягостное, способно нарушить обычную, нормальную деятельность и вызвать эмоциональный дискомфорт.

Доминирование преобладает у 14% опрошенных, а у 37% находится на низком уровне и может проявляться в неуверенности, тревожных состояниях, беспокойстве и страхе. Такие респонденты предпочитают избегание инициативы и ответственности в поступках.

По шкале «*эскапизм*» у 15% респондентов выявлен высокий уровень, связанный с уходом от существующих проблем. Остальные респонденты осознают наличие трудных и проблемных ситуаций, ощущают внутреннее напряжение и ищут самостоятельные способы их решения.

Приведем данные по шкалам методики для респондентов с высоким уровнем адаптации:

У респондентов с высоким уровнем адаптации наблюдаются высокие показатели по шкале «*принятие себя*»: 42% респондентов группы довольны собой, своим внешним видом, обладают высоким уровнем самоуважения. Верят в себя и в свои возможности. У таких респондентов высокие показатели и по *принятию других* людей – 74%, они способны принять чужую точку зрения, поменять своё решение.

66% опрошенных студентов по шкале *эмоциональный комфорт* находится на высоком уровне, и только 14% – на низком. Большинство опрошенных находятся в состоянии уверенности, спокойствия и комфорта. Они довольны своим положением, оптимистичны, открыто выражают свои чувства, свободны от страха и тревоги.

У респондентов с высоким уровнем адаптации преобладающим качеством является *внутренний контроль* – 54%. Здесь речь идёт о яром отстаивании своего мнения и принятии полной ответственности за свои поступки и мысли.

Доминирование преобладает у 20% опрошенных, а 40% респондентов находятся на низком уровне, они неуверенны в себе, что выражается в переживании тревоги, беспокойства, страха. Такие респонденты избегают инициативы и ответственности в поступках, предпочитают, чтобы решения за них принимал кто-то другой.

Высокий уровень по шкале «*эскапизм*» наблюдается у 22% респондентов, что проявляется в уходе от решения проблем. Такие респонденты не до конца осознают наличие трудных и проблемных ситуаций, им кажется, что любая проблема легко решаема. Данное поведение может свидетельствовать об иллюзорном восприятии действительности.

Для оценки значимости достоверности различий уровня Интернет-зависимости и адаптации личности был использован статистический критерий Стьюдента (t-критерий). Критерий позволяет определить уровень статистической значимости (соотносится значение $t_{эмп}$ – эмпирический уровень значимости, определяемый по полученному числу при подсчете t-критерия и $t_{кр}$ – теоретический уровень значимости, определяемый по таблице критических значений). При этом p – это величина, используемая при тестировании статистических гипотез и описывающая уровень статистической значимости.

Расчеты показали наличие статистически значимых различий между респондентами с наличием интернет-зависимости и низкими показателями социально-психологической адаптации по следующим шкалам для $p \leq 0,01$ (в данном случае значение p свидетельствует об 1% (0,01) уровня значимости): принятие себя $t_{эмп} = 3,3$ (при $t_{кр} = 2,65$), принятие других $t_{эмп} = 0,1$ (при $t_{кр} = 1,99$), внутренний контроль $t_{эмп} = 2,9$ (при $t_{кр} =$

2,65), эмоциональный комфорт $t_{эмт} = 3$ (при $t_{кр} = 2,65$). По шкалам – «доминирование» и «эскапизм» значимых различий выявлено не было: все респонденты, принявшие участие в исследовании, не склонны к доминированию и принятию на себя ответственности.

Обсуждение результатов. Таким образом, полученные данные показывают наличие склонности к интернет-аддикции у 44% респондентов, что свидетельствует о том, что Интернет оказывает негативное влияние на содержание их жизни.

У респондентов с наличием виртуальной аддикции и со средним и низким уровнем адаптации преобладают показатели: непринятия себя и других, эмоциональный дискомфорт и отсутствие внутреннего контроля. У респондентов с отсутствием виртуальной аддикции (Интернет-зависимости), наоборот, высокие показатели по ринятию себя и других, эмоциональному комфорту и внутреннему контролю.

Полученные данные согласуются с результатами исследований, проведенных учеными – О.В. Дубровиной, М.В. Шаталиной и др.

Согласно О.В. Дубровиной, виртуальные аддикты больше адаптированы к виртуальному пространству, чем к реальному миру, что приводит к деформированию мотивационной и эмоциональной сфер личности (Дубровина, 2009).

В результате проведенного исследования выявлено, что людей с высоким уровнем виртуальной аддикции характеризует: низкий уровень саморегуляции; высокий уровень проявления агрессивности и тревожности, фрустрированности. У таких людей отмечается недовольство окружающими и собой, заниженная самооценка, депрессия. Они склонны к более частому использованию непродуктивных эмоциональных (эмоциональная разрядка, подавление эмоций, покорность, самообвинение, агрессивность) и когнитивных (растерянность, смирение) копинг-стратегий (Дубровина, 2009).

Установлено, что для людей с виртуальной аддикцией характерны индивидуально-типологические особенности личности: агрессивность, эскапизм, низкий уровень принятия других, низкий уровень эмоциональной комфортности и др. В связи с этим, чем ниже уровень его социально-психологической адаптации личности, тем выше уровень интернет-аддикции (Шаталина, 2009).

В исследовании другого автора также получены схожие данные, свидетельствующие о том, что люди с интернет-зависимостью отличаются характеристиками социально-психологической адаптации и особенностями эмоционально-волевой сферы. Для них характерны: высокий уровень личностной тревожности, депрессии и враждебности, эмоционального дискомфорта; низкий уровень самоконтроля и стрессоустойчивости, уверенности в себе и эскапизм (уход от проблем) (Дрепа, 2010).

Вывод. Таким, образом, исследование показало, что существуют значимые отличия в индивидуальных особенностях адаптации респондентов. Респонденты с высоким уровнем адаптации принимают себя и окружающих людей, ощущают эмоциональный комфорт, удовлетворенность в окружении. Некоторые же респонденты избегают своих проблем, бегут от реальности в мир фантазий. Восприятие действительности, таким образом, искажается. Большинство респондентов со средним и низким уровнем адаптации отвергают себя и окружающих, испытывают эмоциональный дискомфорт, им присуще подавленное настроение и раздражительность.

Формирование виртуальной аддикции в результате длительного и патологического использования компьютера и интернета способствует снижению успешности процесса и результата социально-психологической адаптации личности. Виртуальное пространство постепенно вытесняет реальный мир из сознания и жизни человека с виртуальной аддикцией. Поведение и деятельность таких людей становятся значимыми только в сети, остальное обесценивается, что приводит к появлению проблем в социальной, профессиональной и учебной сферах, ухудшению межличностных отношений, избеганию реального мира и общения.

Список литературы

1. Войсунский А.Е. Психология и Интернет. М.: Акрополь, 2010. 439 с.
2. Дрепа М.И. Психологическая профилактика интернет-зависимости у студентов: автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Ставрополь, 2010. 19 с.
3. Дубровина О.В. Психологические особенности личности с виртуальной аддикцией // Сибирский педагогический журнал. 2009. № 1. С. 331-341.
4. Егоров А.Ю. Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007. 768 с.
5. Журавлев А.Л., Сосник В.А., Красников М.О. Социальная психология. М.: ФОРУМ : ИНФРА-М, 2006. 416 с.
6. Летов Е.В. Виртуальная реальность: потенциален ли риск для человека и человечества? // Вестник МГУКиИ. 2012. № 3. С. 94-97.
7. Лосик Г.В. Влияние интернета на высшие психические функции // Наука и инновации. 2018. № 7. С. 67-72.
8. Максимов Э.А. Аддикция как предмет исследования в современных психолого-педагогических теориях // Вестник по педагогике и психологии Юной Сибири. 2016. № 1. С. 95-99.
9. Носов Н.А. Виртуальная психология. М.: Аграф, 2000. 432 с.
10. Реан А.А., Кудашев А.Р. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. СПб.: Питер, 2006. 479 с.
11. Северин А.В., Ермоленко И.А. Развитие информационно-компьютерных технологий как фактор, влияющий на социальное здоровье личности // Psychologiczne zeszyty naukowe. 2017. № 2. С. 101-110.
12. Шаталина М.В. Анализ факторов, влияющих на формирование интернет-аддикции // Вестник КГУ. 2009. № 1. С. 130-135.
13. Young K. The evolution of Internet addiction // Addictive Behaviors. 2017. Vol. 64. P. 229-230.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА РОДИТЕЛЕЙ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

М.С. Севостьянова

*Федеральный Сибирский научно-клинический центр
Федерального медико-биологического агентства, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. Влияние родительской фигуры на поведение, выбор стратегий и эффективность преодоления жизненных вызовов детьми и подростками неоспоримо - чем младше ребенок, тем большее воздействие на его переживания и психоэмоциональный статус оказывает внешняя среда, включая значимых взрослых. Очевидно, что и сам взрослый должен быть эмоционально стабилен и благополучен. В настоящем исследовании поднимается актуальный вопрос изучения уровня психологического стресса родителей юных спортсменов. Общая выборка представлена 113 испытуемыми (n=113) – родителями спортсменов 7-14 лет, субъективно отмечающих у себя неблагоприятные эмоции в связи со спортивной деятельностью их детей. При этом у респондентов, по результатам сопутствующего психологического тестирования, не обнаружены объективные признаки психологического нездоровья. Методы исследования – анкетирование, психологическое тестирование, контент-анализ. Результаты исследования показали, что в период интенсивного тренировочного процесса 84,95% родителей испытывают напряженность, 59,29% - раздражение, 53,98% - вину. За 10-14 дней до старта 89,38% мам и папа отмечали у себя тревогу/волнение, 66,3% - неуверенность, 49,5% - страх. Непосредственно в день соревнований выраженную тревогу/волнение испытывают 93,8%, злость - 61,06%, обиду - 57,52% испытуемых. Также среди нередко называемых дисфункциональных эмоций в тренировках фигурируют беспокойство, разочарование, неудовлетворенность, уныние, перед стартом - смятение, безразличие, отстраненность, подавленность, в день стартов - досада, стыд, зависть, беспомощность, ревность, отчаяние и безысходность. Контент анализ письменных высказываний респондентов на вопрос «Опишите, какие мысли чаще всего приходят в голову, сопровождая (до или во время) данное эмоциональное состояние?» позволил выделить следующие категории высказываний: 1) жертвенность и безысходность; 2) самообвинение и сверхкомпенсация; 3) ложные надежды и беспомощность; 4) обесценивание и сверхконтроль. На основании полученных данных был разработан специализированный опросник для изучения уровня стресса родителей юных спортсменов.

Ключевые слова: предстартовый «мандраж», психоэмоциональное напряжение, уровень стресса, родители юных спортсменов, контент-анализ

Актуальность. Обучение навыкам преодоления дисфункциональных тренировочных и предсоревновательных состояний, в частности, саморегуляции остается одной из первостепенных задач психологического сопровождения спортсменов всех возрастов, интенсивно тренирующихся под руководством наставника и регулярно принимающих участие в соревнованиях, в том числе из-за многочисленных свидетельств того, что неблагоприятные предстартовые состояния не только напрямую влияют на спортивный результат, но также являются фактором риска травматизации (Андреев, 2016; Timpka, Bargoria, Halje, Jacobsson, 2020).

В практике спортивного психолога предстартовый «мандраж» или «лихорадка», как правило, рассматривается как неблагоприятное состояние, характерное исключительно спортсмену (среди популярных тренерских или родительских запросов к специалисту – «поработайте с ним, у него мандраж на старте, не умеет настраиваться»), в связи с чем, направленная психологическая работа (психокоррекция, психологическая подготовка, тренинг) традиционно ведется индивидуально лишь с будущим участником соревнований, а переживания остальных субъектов триады «тренер-спортсмен-родитель» остаются незатронутыми. В лучшем случае заинтересованные взрослые проявляют интерес к содержанию совместной работы спортсмена с психологом, стараются выполнять рекомендации по взаимодействию с ребенком или оптимизации тренировочного процесса. Однако, наличие собственных психоэмоциональных трудностей или неумение справляться со стрессовыми ситуациями чаще игнорируется и отрицается ими.

Тем не менее, в ряде исследований подчеркивается наличие взаимосвязи между стилем поведения родителя с уровнем тревожности и стрессовых проявлений у детей (Аноприенко, 2014). Более того, семья традиционно рассматривается как «базисная структура трансляции внутренней целостности» и «является обязательной основой преодоления трудной жизненной ситуации в условиях пролонгированного стресса» (Чистякова, Аксенова, 2020). Известен также тот факт, что, чем младше ребенок, тем более выраженное влияние на его субъективные переживания, психофизиологический и психоэмоциональный статус оказывают внешние средовые факторы, в том числе окружающие люди (Ионина, 2017). В качестве такого фактора может рассматриваться и актуальное состояние сопровождающего ребенка в ситуации неопределенности и многозадачности взрослого. Другими словами, именно тренер, родитель или другой близкий человек (их мысли, слова, поведение, поза, мимика и т.д.) являются внешними ресурсами для ребенка на старте. В зависимости от транслируемых ребенку установок и поведения взрослого это может сказаться на текущем психо-

эмоциональном состоянии спортсмена, и, как следствие, на качестве выступления и спортивном результате как положительно, так и напротив, отрицательно. Актуальность исследования характера дисфункциональных переживаний родителей и уровня стресса, связанного со спортивной деятельностью их детей продиктована еще и тем, что на консультациях детского спортивного психолога нередки случаи, когда сам юный спортсмен сообщает, что его переживания и страхи не были бы столь выражены, если бы так сильно не переживала и не тряслась мама или другой взрослый. Действительно, зачастую соревнования становятся стрессом не только для спортсменов, но и для их родителей, что, учитывая вышеизложенное, требует особого внимания. А в качестве дополнительных задач психологического сопровождения юных спортсменов определяет формирование навыков эффективного совладания со стрессовыми ситуациями и освоение приемов саморегуляции в том числе и у взрослых.

Целью настоящего исследования стало изучение дисфункциональных эмоциональных состояний и связанных с ними мыслей и переживаний у родителей спортсменов 7 – 14 лет, ассоциированных со спортивной деятельностью их детей и возникающих в период интенсивного тренировочного процесса, перед соревнованиями или непосредственно в день стартов для дальнейшей разработки скрининговой шкалы психологического стресса для родителей.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе Центра современных психологических технологий ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России (г. Красноярск) методом анкетирования, психологического тестирования и контент-анализа. Родители отвечали на открытые вопросы специализированной анкеты в рамках посещения первичного приема спортивного психолога в порядке самообращения в связи с трудностями в тренировочном процессе или предстоящими стартами.

Также родители прошли психологическое тестирование с применением методик: 1) Методика диагностики нервно-психического напряжения Т.А. Немчина; 2) «Шкала психологического стресса PSM-25»; 3) Шкала депрессии Бека (BDI); 4) Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина, Д.М. Менделевича.

Обязательным условием включения в выборку была активная соревновательная практика ребенка (регулярное на протяжении не менее полугодя до визита к психологу и анкетирования участие в соревнованиях). Из выборки также были исключены респонденты с высоким фоновым уровнем стресса и нервно-психического напряжения, выраженной тревожной, обсессивно-фобической, конверсионной невротической симптоматикой, субдепрессией и депрессией, а также имеющие признаки астенического и/или вегетативного симптомокомплекса. В рамках исследования важно было дифференцировать переживания родителей, от-

носящиеся исключительно к спортивной деятельности их детей и актуализирующиеся, например, в предсоревновательный и соревновательный период, требующий сверхмобилизации, от переживаний родителей с параллельно диагностированными сопутствующими признаками невротизации и стресса, поскольку, в таком случае, они могут рассматриваться как следствие общего психологического неблагополучия.

Окончательная выборка исследования представлена 113 родителями (n=113), 76 мам и 37 пап юных спортсменов в возрасте от 7 до 14 лет.

Каждому родителю было предложен расширенный перечень эмоций, которые могут возникать у них в текущем тренировочном процессе их детей, за 10-14 дней до старта и непосредственно в соревновательный день. Первое задание предполагало, что родитель сам выбирает из перечня те эмоции, наличие которых, по его субъективному мнению, становится существенным препятствием для гармоничного проживания и решения задач каждого этапа спортивной подготовки и самореализации в спортивной деятельности его ребенка. Далее, предлагалось оценить выраженность этих эмоций по 10-бальной шкале на каждом из трех этапов. После чего в отношении трех эмоций, выраженность которых была оценена максимальным количеством баллов, родителю задавался открытый вопрос: «Опишите, какие мысли чаще всего приходят в голову, сопровождая (до или во время) данное эмоциональное состояние?». Полученные письменные высказывания респондентов обрабатывались методом контент-анализа.

Результаты исследования. В период интенсивного тренировочного процесса 84,95% родителей испытывают напряжение (средняя оценка 5,01 баллов), 59,29% - раздражение (6,13 баллов), 53,98% - вину (4,5 баллов). За 10-14 дней до старта 89,38% отмечали у себя тревогу/волнение (6,53 баллов), 66,3% - неуверенность (5,07 баллов), 49,5% - страх (4,59 баллов). Непосредственно в день соревнований выраженную тревогу/волнение испытывают 93,8% (7,85 баллов), злость - 61,06% (5,36 баллов), обиду - 57,52% (5,61 баллов). Среди нередко называемых эмоций в тренировочном процессе также фигурируют беспокойство (49,5%), разочарование (42,4%), неудовлетворенность (36,2%), уныние (30,9%), перед стартом - смятение (46,01%), безразличие (39,8%), отстраненность (35,3%), подавленность (26,5%). В день стартов - досада (46,9%), стыд (41,5%), зависть (39,8%), беспомощность (32,7%), ревность (31,8%), отчаяние (30,9%) и безысходность (23,0%).

Дальнейший анализ письменных ответов испытуемых проводился обобщенно (вне зависимости от актуального отрезка спортивной деятельности). На основании проведенного анализа удалось выделить следующие категории высказываний:

1. А – Жертвенность и безысходность
2. Б – Самообвинение и сверхкомпенсация

3. В – Ложные надежды и беспомощность

4. Г – Обесценивание и сверхконтроль

Результаты контент-анализа письменных высказываний родителей спортсменов 7-14 лет, испытывающих неблагоприятные эмоциональные состояния в ходе тренировочного процесса, за 10-14 дней до старта и непосредственно в день соревнований представлены в таблице 1. Характеристика и подробное содержание семантических единиц категорий контент-анализа также представлена в кодировочной таблице (таблица 2)

Таблица

**Результаты контент-анализа письменных высказываний родителей
(ответ на вопрос «Опишите, какие мысли чаще всего приходят
в голову, сопровождая данное эмоциональное состояние?»)**

Общая выборка n=113	Частота использования семантических единиц по категориям			
	А – Жертвенность и безысходность	Б – Самообвинение и сверхкомпенсация	В – Ложные надежды и беспомощность	Г – Обесценивание и сверхконтроль
	55,7%	64,6%	48,6%	43,3%

Таблица 2

**Характеристика и подробное содержание семантических единиц
категорий контент-анализа (кодировочная таблица)**

Кодировочный индекс семантических единиц категории	Содержание семантических единиц категории
А – Жертвенность и безысходность	<p>Родитель приносит собственную жизнь и интересы "в жертву" спортивной карьере ребенка. Не видит выхода из сложившейся ситуации, чувствует себя "заложником" обстоятельств. При этом восхождение к спортивным результатам, в первую очередь, воспринимается как серьезное испытание на «прочность» для всей семьи. При описании спортивной деятельности ребенка часто употребляется местоимение "мы":</p> <p><i>"мы знали на что шли", "никто не говорил, что будет легко", "пришлось от всего отказаться", "это все ради него", "это никогда не закончится", "это выше моих сил", "надо терпеть", "это во имя благой цели", "пришлось многим пожертвовать ради ребенка", "словно я и не живу уже несколько лет", "вся наша жизнь подчинена его тренировкам", "у меня совсем не осталось интересов", "всю себя я посвятила ребенку", "большой спорт это непосильный труд, без самоотдачи тут никуда" и т.д.</i></p>

<p>Б – Самообвинение и сверкомпенсация</p>	<p>Родитель испытывает чувство вины перед ребенком, постоянно задается вопросом, а правильно ли выбран вид спорта? А справляется ли ребенок с нагрузкой? А надо ли вообще так усердно и много заниматься? А не упускаем ли мы что-нибудь важное? А что, если это негативно скажется на здоровье? А если будет травма? За предъявляемые повышенные требования к ребенку и "украденное" детство родитель старается искупить вину подарками и вниманием:</p> <hr/> <p><i>«из-за этого спорта вырастет одиноким и необразованным», "переживаю, что она постоянно пропускает школу, как потом сдавать экзамены", "а вдруг это вообще не его, а я заставляю", "а может ей это вообще не нужно, а она боится нам возразить", "такие серьезные нагрузки не могут не сказаться на здоровье", "если она травмируется, я себе этого не прощу", "вы не представляете, что чувствует мать, отбирая у собственного ребенка шоколадку, и ради чего?", "так жалко ее, хочется поцеловать, обнять", "накричу не него а потом мучаюсь", "надо как-то его порадовать за старания", "мой ребенок заслуживает только самого лучшего", "приходится давить на ребенка и издеваться ради медалей", "переживаю, что мы не можем дать ребенку самое лучшее", "кажется, что я не достаточно делаю для его карьеры, наши сокомандники, например, переехали в другой город в спортивную школу, а мы пока не можем этого себе позволить" и т.д.</i></p>
<p>В – Ложные надежды и беспомощность</p>	<p>Родитель верит, что его ребенок способен на большее. Ждет высоких результатов, даже если объективно ребенок продемонстрировать их не может. Необоснованно злится на тренера, обвиняет судьейство в несправедливости, с завистью, презрением относится к детям-конкурентам и их родителям. Испытывает злость, досаду и беспомощность при очередной неудаче. Не знает, что еще сделать, чтобы результаты улучшились:</p> <hr/> <p><i>"он способен на большее", "он просто ленился", "я знаю, что он может лучше", "если бы он старался, то мог бы всех выигрывать", "тренеру просто невыгодно продвигать моего ребенка", "тренер просто не заинтересован в нем", "что могу сделать? мир спорта продажен и несправедлив", "я до последнего верю, что мы сможем показать результаты", "если бы судейство было адекватным все было бы иначе", "не смотря ни на что я верю, что мой ребенок покажет результат, просто наше время еще не пришло", "если бы мы были депутатами какими-нибудь, посмотрела бы я тогда на тренера - стал бы он его задвигать", "несправедливость эта уже достала, а им всего по 10 лет", "а что вы хотите? спорт - это политика", "в нашем городе максимум до первозрядника ну или кмс можно дотренироваться, а дальше что? ни тренеров нет, ни тренировочных баз нормальных" и т.д.</i></p>

<p>Г – Обесценивание и сверхконтроль</p>	<p>Родитель внушает себе и окружающим, что спортивные достижения ребенка по сути неважны - если бы они всерьез захотели добиться высоких результатов, то непременно бы сделали это, просто они "выше" всей этой гонки за медалями. Более того, в любой момент они готовы расстаться со спортом без особого сожаления. Стремление других детей и их родителей к победам, разрядам осуждается или даже высмеивается, а собственные негативные чувства из-за поражений или отсутствия результатов у своего ребенка игнорируются. Происходит искусственная "подмена" или всяческое отрицание мотивации достижения, традиционно рассматриваемой в качестве определяющей в состязательном спорте:</p> <hr/> <p><i>"было бы из-за чего расстраиваться", "честно?! нам вообще неважно, какие у него результаты", "мы ходим сюда для себя", "главное, чтобы спорт приносил удовольствие", "если бы он захотел, то вообще бы мог стать лучшим, просто мы не настаиваем и не требуем", "эта бешеная гонка за медалями делает из детей неврастеников", "аж смешно смотреть на некоторых родителей - совсем помешались на этих отборочных", "спорт нам по сути нужен только, чтобы сформировать дисциплину и силу воли", "немного еще позанимаемся и будем пробовать себя еще в чем-то, на хоккее свет клином не сошелся", "какой смысл напрягаться и тратить на это все время свободное и силы, если все равно результатов нет и не будет" и т.д.</i></p>
---	---

Обсуждение результатов. Высокая распространенность у родителей юных спортсменов дисфункциональных переживаний, влекущих за собой неблагоприятные эмоциональные состояния, которые, по оценкам самих испытуемых, препятствуют их эффективной адаптации в период интенсивного тренировочного процесса их детей и преодолению ситуаций предсоревновательного стресса на фоне отсутствия диагностических признаков невротических состояний и нервно-психического напряжения по результатам тестирования стандартными методиками, широко применяемыми в общей популяции, позволяет сделать вывод о недостаточной прогностической способности последних для определения уровня стресса и психоэмоционального напряжения в отношении изучаемого контингента. При этом задача стабилизации психоэмоционального состояния родителей, как ключевого внешнего ресурса, в тренировках и на старте остается нерешенной. Зачастую, сами родители не подозревают об интенсивности собственных дисфункциональных переживаний, свидетельствующих

о нарастании уровня стресса, что приводит к психологическому неблагополучию и снижению результатов спортивной деятельности их детей.

Основываясь на подробном анализе письменных высказываний родителей была разработана универсальную (может применяться в течение всего годовичного спортивного цикла) скрининговая шкала для диагностики и мониторинга уровня стресса родителей юных спортсменов 7-14 лет (приложение). На момент написания статьи шкала внедрена в практическую работу спортивных психологов Центра современных психологических технологий ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России, носит информационно-ознакомительный характер и предлагается к самостоятельному заполнению родителям, что позволяет им своевременно обратить внимание на собственные переживания для последующей их коррекции.

Список литературы

1. Андреев Вит.В., Андреев Вл.В. Влияние предсоревновательных переживаний на успешность спортивной деятельности // Рудиковские чтения: Материалы XII Международной научно-практической конференции психологов физической культуры и спорта / под общей ред. Ю.В. Байковского, А.В. Воцинина. М., 2016. С. 68-72.
2. Аноприенко Е.В. Психологические особенности взаимосвязи стиля родительского поведения с уровнем тревожности и стрессовых проявлений у подростков. Текст: электронный // Проблемы современной науки. 2014. № 13. С. 3-13. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22657256> (дата обращений 20.10.2020).
3. Ионина О.С. Факторы, определяющие психологическое здоровье ребенка. Текст: электронный // Вестник Шадринского государственного педагогического университета. 2017. № 1(33). С. 105-109. URL: http://shgpi.edu.ru/files/nauka/vestnik/2017/1_33/19.pdf (дата обращений 20.10.2020).
4. Чистякова Н.В., Аксенова О.Ю. Посттравматический стресс и копинг-стратегии родителей детей с ОВЗ. Текст: электронный // Образование, культура, общество: сборник избранных статей по материалам Междунар. научн. конференц. Санкт-Петербург, 2020. С. 56-57. DOI: 10.37539/ECS290.2020.93.22.006. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42885788> (дата обращений 20.10.2020).
5. Timпка T., Bargarior V., Halje K., Jacobsson J. Infographic: Elite athletes' anxiety over illness ups risk of injury in competition // British Journal of Sports Medicine. 2017. Vol. 52, № 15. DOI: 10.1136/bjsports-2017-098314

ПРОЕКТ «ЭКОЛЕТИЕ» КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ (НА ПРИМЕРЕ КРАЕВОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «УЮТ»)

Н.В. Тихонова¹, Е.Ю. Арбузова²

*¹Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

²Краевой геронтологический центр «Уют», Красноярск, Россия

Аннотация. В статье представлен современный подход к повышению эффективности социально-психологической реабилитации пациентов пожилого возраста путем внедрения в практику работы геронтологического центра пролонгированного социально-психологического проекта «Эколетие». Основная цель проекта «Эколетие» состоит в реализации социально-психологических мероприятий, направленных на активизацию психической деятельности пожилых пациентов путем повышения уровня их знаний о здоровьесберегающих технологиях, экологической культуре и внедрении полученных навыков в дальнейшую повседневную деятельность пожилого человека.

Ключевые слова: пожилой пациент, социально-психологическая реабилитация, психическая активность, экопросвещение, проект «Эколетие», здоровьесохраняющие технологии

Актуальность. Перед учреждениями, оказывающих медико-социальную помощь населению, в настоящее время стоит задача не только оказания качественной помощи, но и создание условий для повышения качества жизни, расширение возможности социальной коммуникации, повышение социально-психологической активности с целью улучшения психического здоровья. Основным направлением работы геронтологического центра выступает формирование активного долголетия. В связи с этим, основными задачами учреждения являются развитие у пожилых пациентов мотивации к заботе о собственном здоровье, формирование активной жизненной позиции, навыков психической активности и саморегуляции в повседневной жизнедеятельности.

Современные подходы к оказанию психологической помощи не предусматривают формирования долговременной активизации психической деятельности пожилых пациентов. Данный аспект достигается путем внедрения форм долговременного психолого-педагогического воздействия, позволяющих вовлечь пациента в пролонгированные проекты.

Преимущество таких проектов состоит в возможности участия в них пожилых людей после проведения курса реабилитационных мероприятий в рамках конкретного медико-социального учреждения. Так как полученные новые психологические знания и навыки здоровьесберегающего поведения он может применять в практике дальнейшей своей повседневной жизнедеятельности.

Постановка проблемы. Деятельность геронтологического центра в рамках оказания психологической помощи позволяет использовать множество методов и средств, которые способствуют активизации психической деятельности пожилых людей (Боженкова, 2016). При этом, активизация психической деятельности пациентов пожилого возраста должна иметь долговременный характер (Алехин, 2019), но с течением времени достигнутая положительная динамика, как правило, снижается, так как все активные методы и приёмы активизации психических процессов, использованные специалистами социально-реабилитационного отделения геронтологического центра во время проведения реабилитации, нуждаются в регулярном использовании самими участниками процесса (Ефремова, 2019). В связи с этим в деятельность учреждения активно внедряются социально-психологические проекты долговременного воздействия.

По результатам исследования Фонда общественного мнения (<https://fom.ru/Obraz-zhizni/14281>), проведенного в октябре 2019 года, почти три четверти россиян считают, что сейчас на Земле происходят изменения окружающей среды, опасные для человечества. В представлениях о том, можно ли эти изменения остановить, люди разделились почти поровну: 35% уверены, что ситуация обратима, 37% - что нет. Больше всего людей беспокоят пластик и его переработка, грязные водоемы и плохая питьевая вода, плохое состояние воздуха, проблемы мусора, вырубка лесов, нехватка зеленых насаждений. Распространением экологических знаний в Российской Федерации занимается большое количество государственных органов исполнительной власти, предприятий, учреждений, общественных организаций. Совершенствуются формы и методы распространения экологических знаний и в Красноярском крае, но в большей степени эти вопросы затрагивают детей и молодежь, в меньшей степени взрослых, а пожилые люди как правило исключаются из экологической деятельности.

Экопросвещение для пожилых людей представляет определенную сложность по многим причинам. Прежде всего, это снижение психической и мотивационной активности, происходящих по причине возрастных психо-физиологических изменений. Кроме того, это недостаточность источников информации и доступа к ним в связи с проживанием в удаленности от крупных районных центров и городов. Пенсионеры в большинстве случаев не имеют возможности пользоваться Интернетом,

следовательно, им недоступны и основные экологопросветительские материалы. При этом люди старшего поколения хотели бы знать, как жить экологично, как быть разумными потребителями, как обезопасить свою жизнедеятельность, экономить природные ресурсы, разделять отходы, уменьшать их количество и т.д. (Вербина, 2019). Пожилые люди транслируют свои навыки и знания, опыт ведения хозяйства внутри семьи, поэтому проект «Эколетие» позволит не только вовлечь их в активную деятельность по сохранению окружающей среды и научить пожилых людей экологичному образу жизни, но способствует эффективному взаимодействию со своим близким окружением.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе Краевого государственного автономного учреждения социального обслуживания «Краевой геронтологический центр «Уют»» (г. Красноярск, Красноярский край). Согласно программе исследования с января по февраль 2020 года было проведено анкетирование по вопросам экологической культуры среди 186 пожилых пациентов в возрасте от 60 до 85 лет. Анкета разработана специалистами социально-реабилитационного отделения геронтологического центра, которая для улучшения восприятия пожилыми пациентами анкета была разбита на тематические блоки.

Обсуждение результатов. Основная идея проекта «Эколетие» состоит в реализации мероприятий, направленных на активизацию психической деятельности пациентов путем повышения уровня их экологической культуры и внедрения экологических практик в каждодневную деятельность людей пенсионного возраста, проживающих на территории Красноярского края и города Красноярск, получающих социально-оздоровительные услуги в КГАУСО «Краевой геронтологический центр «Уют»».

Анкетирование пациентов геронтологического центра показало, что большинство опрошенных хотели бы получать новые знания и навыки о здоровьесохраняющих технологиях (80,0% опрошенных). При этом, больше половины респондентов не знают где получить достоверную информацию и около трети опрошенных ссылаются на невозможность заниматься своим здоровьем по разным причинам и, прежде всего, – нехватка времени из-за «занятости домашними делами, усталости и лени».

При этом на вопрос «Заботит ли Вас экологическое состояние окружающей среды?» - утвердительно ответило 100% респондентов. В оценке личной экологической культуры 57% отметили средний уровень, 43% затруднились ответить. Готовность принимать реальные действия для защиты окружающей среды положительно высказались 80% участников анкетирования. Все это свидетельствует, что у пожилых людей есть желание заниматься своим здоровьем, получать знания и навыки о здоровьесохраняющих технологиях, но нет мотивационной психологической составляющей на активные действия в этом направлении.

В связи с этим в реабилитационную деятельность геронтологического центра был внедрен социально-психологический проект «Эколетие», основная цель которого активизация психической деятельности пожилых пациентов путем повышения уровня их экологической культуры и внедрение практик здоровьесохраняющих технологий в их повседневную жизнедеятельность.

Содержание проекта «Эколетие» предусматривает проведение комплекса интерактивных образовательных семинаров о здоровьесохраняющих технологиях, лекториев «Экодум», психологических тренингов и практических мероприятий (мастер-классы, круглые столы и т.п.) по апсайклингу «Вторая жизнь вещей», разработанных с учетом психофизиологических особенностей граждан пенсионного возраста.

В связи с особенностями проекта особое место в его реализации принадлежит психологическому сопровождению проекта. С этой целью специалистами социально-реабилитационного отделения геронтологического центра разработан и подготовлен пакет сопроводительных материалов для проведения всего комплекса социально-психологических мероприятий в рамках проекта «Эколетие». Для этого в задачи психолога геронтологического центра включены следующие направления: развитие коммуникативных навыков и умений путем психологической тренинговой работы, создания ситуаций эффективного взаимодействия, социальное сопровождение формирования положительного опыта общения и решения коммуникативных задач; формирование и развитие эмоциональной сферы, коррекция самооценки, психологическая работа с негативными эмоциями, вовлечение в социокультурную деятельность (Тихонова, 2019). Возможные методы реализации этих направлений проводятся в геронтологическом центре в рамках коллективной и индивидуальной работы с использованием специальных психологических коррекционных программ: арт-терапия в рамках психологического сопровождения, танце-двигательная терапия, телесно-ориентированной терапии, игротерапии. Танце-двигательная терапия способствует высвобождению мышечного напряжения, снятию психофизиологических зажимов и формированию приёмов состояния релаксации. Телесно – ориентированная терапия способствует развитию осознания собственного тела, созданию позитивного образа тела, развитию навыков общения. Игра-терапия - исследование чувств и приобретение группового опыта в налаживании коммуникативных способностей (Куликов, Юмкина, 2017). В настоящее время в комплекс мероприятий активно внедряются элементы нейробики – гимнастики для мозга. Кроме того, большое внимание уделяется организации культурно-досуговой деятельности для пожилых пациентов.

Привлечение в проект молодежных волонтерских организаций для проведения образовательных и практикоориентированных занятий, по-

зволяет создать условия для неформального общения молодежи и людей пожилого возраста через совместную деятельность (Прокопенкова, Анисимова, 2017). В настоящее время обществу остро не хватает межличностного взаимодействия. Особенно это касается людей разных поколений. В процессе оказания медико-социальной помощи в среде пожилых людей, зачастую, просто нет мест, где у них мог бы возникнуть позитивный личностный контакт с младшим поколением. Все это формирует негативный настрой, проявляющийся неуважительным поведением, грубостью, вербальной и физической агрессией у людей этих поколений.

Тема взаимоотношений молодого поколения с людьми пожилого возраста не является достаточно новой. Однако, она не теряет своей актуальности, потому что взаимоотношения родителей с детьми, бабушек и дедушек с внуками, студентов-медиков и молодых врачей с пожилыми пациентами остаются и играют важную роль в становлении адаптации всех участников общения. Именно через коммуникацию со старшим поколением молодой член общества получает тот комплект знаний о нормах и правилах поведения, которые помогают ему дальше участвовать в жизни общества. Старшее поколение является основным носителем общественных ценностей и взаимодействие молодых именно с этим поколением является необходимым для передачи культурно-нравственных традиций общества.

В связи с этим в мероприятия проекта «Эколетие» включено создание «площадок взаимодействия» пожилых и молодых людей, объединенных общей целью. На базе геронтологического центра в рамках проекта «Эколетие» студентам КрасГМУ представляется уникальная возможность получить опыт взаимодействия со старшей возрастной группы. В рамках программы создается площадка эффективного межличностного взаимодействия студентов-медиков с пожилыми пациентами. Целью организации таких «площадок взаимодействия» является профилактика «конфликтов поколений» между старшими и молодыми людьми, а также формирование образовательной траектории в рамках обмена знаниями о здоровом образе жизни (Сырцова, Абросимова, Лопатина, 2016) и создание позитивного образа людей разных возрастных групп. Взаимодействие поколений реализуется путем применения элементов коммуникативного тренинга, психологических игр и упражнений, совместной культурно-досуговой и физкультурно-оздоровительной деятельности, а также подготовки и реализации совместных экологических проектов. Таким образом, формируются близкие межличностные связи, которые позитивно влияют на образ представителя противоположной возрастной группы, и участники взаимодействия в дальнейшем транслируют этот позитивный образ в своем социальном окружении.

Организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на сохранение психической активности, формирование экологического мышления людей пенсионного возраста позволяет повысить уровень знаний и получить новые навыки здоровьесберегающих технологий, сформировать бережливое отношение к ресурсам, вовлечь граждан в простые экологические действия в рамках экологичного образа жизни. Информационное сопровождение проекта осуществляется на сайте КГА-УСО «Краевой геронтологический центр «Уют» - kgcuut.ru, в группе учреждения в социальной сети Facebook-<https://ru-ru.facebook.com/kgcuut>, а также информационных ресурсах Министерства социальной политики Красноярского края и сайте КрасГМУ.

По завершению проекта планируется провести семинары и круглые столы для специалистов социальной сферы Красноярского края с целью тиражирования опыта работы по внедрению и реализации долговременных социально-психологических проектов для людей пожилого возраста с учетом особенностей усвоения новой информации данной группы населения.

Вывод. Качественные результаты проекта заключаются в приобретении пожилыми людьми новых навыков и знаний в рамках здорового образа жизни, сохранения психической активности, бережливого отношения к ресурсам. Кроме того, пожилые пациенты получают возможность транслировать свой опыт внутри близкого круга общения.

Реализация проекта позволит создать инновационную площадку по формированию здоровьесберегающих навыков и экологической культуры людей пожилого возраста с учетом особенностей усвоения новой информации, психо-физических и возрастных возможностей. Оценка результативности проекта проводится путем социологического анкетирования участников проекта до и после реализации проекта.

Проект «Эколетие» рассчитан на долгосрочную деятельность путем увеличения количества вовлечённых волонтерских команд и социально ориентированных некоммерческих организаций. В рамках проекта проводится большой комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на повышение самооценки и уровня оптимизма путем организации межпоколенного взаимодействия в различных формах.

Полученный опыт и внедрение разработанных методических рекомендаций по формированию психической активности, экологического мышления и экосоциальной активности людей пожилого возраста позволит развить дальнейшую деятельность по этому направлению, тиражировать опыт в медико-социальных учреждениях Красноярского края.

Список литературы

1. Алёхин А.И. Методы саморегуляции психических состояний как способы борьбы со стрессом в современных условиях // Молодой ученый. 2019. № 2 (240). С. 315-317.
2. Боженкова К.А. Психологические особенности людей пожилого возраста // Приволжский научный вестник. 2016. № 3 (55). С. 130-132.
3. Вербина Г.Г. Психологические возможности пожилого человека и ретардация старения // Образование и право. 2019. № 7. С. 193-195.
4. Ефремова Д.Н. Современные технологии в социально-психологической реабилитации людей пожилого возраста // Вестник Московского государственного областного университета. 2019. № 1. С. 129-137.
5. Куликов Л.В., Юмкина Е.А. Социально-психологические аспекты помощи пожилым людям в сохранении активности // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2017. Т. 27, № 1. С. 36-44.
6. Прокопенкова Д.М., Анисимова О.А. Психологический анализ готовности пожилых людей к освоению возрастных изменений в процессе жизненного пути // Молодёжь и наука: актуальные проблемы педагогики и психологии. 2017. № 2. С. 157-166.
7. Сырцова Л. Е., Абросимова Ю. Е., Лопатина М. В. Грамотность в вопросах здоровья: содержание понятия // Профилактическая медицина. 2016. Т. 19, № 2. С. 58-63.
8. Тихонова Н.В. Здоровьесберегающие технологии в практике медико-социальной работы с пожилым пациентом (на примере Краевого геронтологического центра) // The Newman In Foreign Policy. 2019. Vol. 49, № 93. С. 13-16.

УДК 614.2:616-053.89

ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Н.В. Тихонова¹, Н.А. Демина²

*¹Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

²Красноярский государственный аграрный университет, Красноярск, Россия

Аннотация. В статье особое внимание уделено оценке фактора грамотности пожилых пациентов в вопросах здоровья для разработки и внедрения современных мотивационных подходов к психолого-образовательному сопровождению реабилитационного процесса в условиях геронтологического центра. Состояние здоровья пожилых людей является важнейшим фактором их социального благополучия. При этом исследование показало, что свой уровень благополучия ниже среднего оценивает почти треть пожилых пациентов, более половины отмечают низкие оценки качества жизни, основной составляющей в оценке качества жизни яв-

ляется неудовлетворенность состоянием здоровья, при этом самолечением занимается 78,5%. Оценка знаний и практических навыков в области ЗОЖ свидетельствует о том, что у более 60% опрошиваемых они недостаточны, что говорит о крайне низкой медицинской грамотности пожилого населения. Грамотность здоровья - это наличие у людей знаний, мотивации и умений, необходимых для получения, понимания, оценки и применения информации в отношении здоровья. Следовательно, современные подходы к медико-социальной реабилитации пациентов геронтологического центра должны иметь профилактическую направленность в рамках повышения грамотности в вопросах здоровья, что реализуется путем современных мотивационных подходов к психолого-образовательному сопровождению реабилитационного процесса.

Ключевые слова: пожилые пациенты, психолого-образовательное сопровождение, медицинская грамотность, самолечение, медико-социальная реабилитация

Актуальность. Проблема самолечения и низкая медицинская грамотность в пожилом возрасте в настоящее время представляет особую актуальность (Чернышкова, Андриянова, Храмова, 2017). Грамотность в вопросах здоровья - это уровень владения человеком навыками и знаниями, необходимыми для понимания информации, связанной со здоровьем. Первое упоминание термина «health literacy» (HL) в научной литературе появилось в 1974 г. (S. Simonds. Health education as social policy). В 1998 г. в глоссарии ВОЗ представлено определение термина HL: «HL представляет собой познавательные и социальные навыки, которые определяют мотивацию и способность людей к получению, пониманию и использованию информации таким образом, чтобы поддерживать и укреплять здоровье». Термин HL означает уже больше, чем способность прочитать и понять назначения врача и аннотации к лекарствам. В 2012 г. Европейский консорциум по грамотности в вопросах здоровья (European Health Literacy Consortium) в результате обзора 17 определений 12 концептуальных моделей, выявленных в рецензируемой литературе, сформулировал широкое и всеобъемлющее определение: «HL — это наличие у людей знаний, мотивации и умений, необходимых для получения, понимания, оценки и применения информации в отношении здоровья, чтобы в повседневной жизни формировать собственное мнение и принимать решения в рамках медицинской помощи, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, а также для поддержания или улучшения качества жизни на всех ее этапах» (Сырцова, Абросимова, Лопатина, 2016). Таким образом, медицинская грамотность населения - это уровень знаний и навыков человека, позволяющих ему не только понимать информацию о состоянии здоровья, но и способность поддерживать его, разбираться в

причинах появления тех или иных заболеваний, а также уметь оказывать себе первую необходимую помощь. Недостаточная грамотность здоровья – это препятствие для понимания диагноза, назначений врача для больных с любым диагнозом, но особенно с хроническими патологиями, что приводит к обострениям, риску неправильного лечения и большому количеству предотвратимых госпитализаций (Лагуткина, Лоскутова, Дорофеева и др., 2020). В пожилом возрасте именно эти аспекты имеют наиважнейшее значение в эффективности проводимого лечения.

Постановка проблемы. Особенности психо-эмоциональной сферы в пожилом возрасте и недостаточная грамотность здоровья приводят к формированию ряда серьезных проблем в состоянии здоровья. Следовательно, очевидна необходимость влияния на физическое и психическое здоровье пожилых пациентов через формирование медицинской грамотности, что в условиях геронтологического центра достигается путем внедрения современных мотивационных подходов к психолого-образовательному сопровождению реабилитационного процесса. Целью данной работы является анализ фактора грамотности пожилых пациентов в вопросах здоровья для разработки и внедрения современных мотивационных подходов к психолого-образовательному сопровождению реабилитационного процесса в условиях геронтологического центра.

Материалы и методы. Для проведения аналитической работы и достижения цели был использован комплекс методов: медико-статистический, социологический, выкопировка данных, аналитический. Исследование было проведено на базе Краевого государственного автономного учреждения социального обслуживания «Краевой геронтологический центр «Уют» (г. Красноярск). Данные обработаны с использованием программ Descriptive statistics и STATISTICA 10. Основные данные получены из учетных статистических документов геронтологического центра и поисковых анкет. Сбор информации о состоянии здоровья пожилых пациентов (360 пациентов) осуществлялся за 3 года, с 2017 по 2019 годы. Объектом исследования являются пациенты геронтологического центра: женщины – 60-90 лет, мужчины – 65-90 лет, проживающие на территории города Красноярска и Красноярского края, средний возраст которых составил $73,79 \pm 0,33$ лет ($p < 0,05$). Среди обследованных преобладают женщины – 73%.

Деятельность Краевого государственного учреждения социального обслуживания Краевой геронтологический центр (Центр) «Уют» направлена на реализацию комплексной программы реабилитации лиц пожилого возраста Красноярского края, которая осуществляется в отношении всех лиц, достигших пенсионного возраста, не работающих и не имеющих противопоказаний к санаторному–профилактическому лечению. Центр осуществляет свою деятельность на основе стандартов

санаторно-курортного лечения, оснащён современным медицинским оборудованием, позволяющим предоставить широкий спектр медико-социальных услуг.

Результаты исследования. Для определения роли здоровья в достижении социального благополучия пожилыми людьми было выявлено место здоровья среди других факторов его формирующих. Учитывая, что термин социальное благополучие не всегда понятен пожилым респондентам, были изучены также показатели счастья и качества жизни. Уровень счастья демонстрирует субъективную составляющую социального благополучия, качество жизни может показывать ощущение благополучия отдельным индивидом в конкретных условиях [6,7,8]. При оценке по 10-балльной шкале 8,4% оценили свой уровень счастья в 10 баллов, 7 баллов- 24,6% (основная масса) и ниже среднего уровня оценили 22,6% (1 и 4,5 баллов). На вопрос: «Что в наибольшей степени может увеличить Ваш уровень счастья?» более половины опрошиваемых (67,8%) утвердительно ответили, что это рост материального благополучия и укрепление здоровья. 37,7% респондентам не хватает материального обеспечения, 30,1% - укрепления здоровья и 8,5% - возможности путешествовать. Это позволяет сделать вывод, что хорошее материальное положение дает больше возможностей поддерживать здоровье, а также разнообразить досуг, что повышает удовлетворенность жизнью. По мнению 33% опрошиваемых именно от поддержки государства зависит их уровень благополучия. 34% пожилых людей считают, что их благополучие зависит от собственных усилий, что говорит о том, что граждане самостоятельно пытаются сделать свою жизнь лучше, занимают активную жизненную позицию. 33% возлагают надежды на поддержку государства, однако такая модель в наше время работает неэффективно, создает ложные ожидания и мешает менять свою жизнь в лучшую сторону. 11% зависят от помощи родственников, это, с одной стороны может свидетельствовать о прочных социальных связях, а с другой - содержит возможность непродуктивной иждивенческой модели поведения, когда удобно снять ответственность с себя и перенести ее на других.

Свой уровень благополучия ниже среднего оценили 30,1% пожилых людей (от 1 до 4 баллов). Это говорит о том, что государству нужно улучшать условия жизни пожилых людей посредством создания социальных проектов, программ, законов, которые бы повысили уровень и качество их жизни. 36,7% считают свой уровень благополучия средним (от 5 до 7 баллов) и 13,2% (8-10 баллов) отмечают высокий уровень жизни. Это свидетельствует о том, что большинство пожилых людей придерживаются активной жизненной позиции и настроены оптимистично.

Согласно полученным данным 55,8% респондентов недовольны сложившейся ситуацией в своей жизни (самые низкие баллы в оценке каче-

ства жизни), однако значительная доля опрошиваемых – 44,2% - оценили качество своей жизни как среднее и выше среднего. Для оценки тесноты связи признаков здоровья и социального благополучия был рассчитан коэффициент корреляции, величина которого по шкале Чеддока оказалась в диапазоне $0,7 < r_{xy} < 0,9$, и может быть оценена как высокая ($r=0,78$, $p < 0,05$). Такие результаты показывают значимую роль состояния здоровья в структуре как объективных, так и субъективных показателей социального благополучия.

Для преодоления имеющихся проблем со здоровьем, и, следовательно, повышения социального благополучия пожилых людей необходимо учитывать наличие имеющихся навыков оздоровления. 70% обследуемых отмечают, что продолжают активно следить за своим здоровьем, проводя профилактику заболеваний. Более высокая активность при осуществлении профилактических мероприятий выявлена среди городских жителей, причем как среди мужчин, так и среди женщин. Это обусловлено большими возможностями городского населения в получении необходимой информации о профилактике заболеваний, более высоким уровнем образования и более широким доступом к средствам профилактики, осуществляемых учреждениями здравоохранения и социальной защиты. Средствами и факторами оздоровления, в основном, являются: фитотерапия – 53%, использование навыков здорового образа жизни - 38% и средств нетрадиционной медицины – 10%.

Неотъемлемой составляющей качества жизни являются показатели здоровья (Дорошенко, 2016), однако значительная часть пожилых людей на начальных этапах заболевания предпочитает обращаться за советом к знакомым, друзьям, а не к докторам в поликлиники, а, значит, качество оказанной помощи, и, следовательно, и состояние здоровья, в большинстве случаев, резко снижается. 40% исследуемых используют советы знакомых, что является крайне негативным показателем в связи с тем, что непрофессиональный медицинский совет может нанести существенный вред здоровью. 26% применяют советы фармацевта, который не всегда правильно может подобрать лекарство, что способно привести к ухудшению состояния. 13% ищут информацию о лечении в интернете, 8% - в книгах, журналах.

Проблема самолечения в пожилом возрасте в настоящее время представляет особую актуальность. 78,5% опрошиваемых предпочитает справляться с болезнью самостоятельно, по крайней мере, на первоначальном ее этапе, они приобретают лекарственные препараты, лекарственное растительное сырье и биологически активные добавки без назначения врача в аптечных организациях. Это, в свою очередь, может оказать негативное влияние на дальнейшее (уже квалифицированное) лечение, его эффективность, в результате к возникновению осложнений,

что значительно снижает как качество жизни, так и уровень социального благополучия. Из общего числа обследуемых 4,3% пациентов самостоятельно без обращения к врачу поменяли лекарственные препараты для лечения гипертонической болезни, 2,5% добавили в свой ежедневный прием низкие дозы ацетилсалициловой кислоты, 4,3% периодически применяют препараты для лечения циститов, 7,4% пожилых пациентов хотели бы в аптеках приобретать снотворные препараты, отпускаемые по рецепту врача, причем большая часть из них (81,5%) покупают лекарственные препараты без назначения врача, но затруднились назвать конкретные препараты.

Оценка знаний и практических навыков в области неотложной помощи показывает, что у 41% пожилых граждан практически отсутствуют соответствующие знания. 38,7% считают свои знания достаточными, но при более детальном опросе установлено, что человек сможет только помочь в транспортировке, дать воды или вызвать врача. В критической ситуации этих знаний будет недостаточно. 20,3% респондентов считают, что их навыки требуют усовершенствований, и в таком вопросе могут быть полезны образовательные курсы.

Наряду с квалифицированным лечением, значимыми факторами здоровья являются физическая активность и питание. Благодаря рациональному правильному питанию и умеренным физическим нагрузкам можно избежать многих проблем со здоровьем, лишним весом, а, следовательно, вести социально активный образ жизни. Это улучшает настроение, создает положительный эмоциональный фон и, как следствие, возрастает уровень социального благополучия. При оценке знаний и практических навыков в области правильного питания и физической активности было выявлено, что и в области правильного питания, и в области физической активности у большинства опрошиваемых (более 60%) знания и навыки недостаточны, и лишь 39,6% (по правильному питанию) и 34% (в области физической активности) считают себя осведомленными в данных областях.

Для решения данных проблем психолого-образовательному сопровождению реабилитационного процесса в условиях геронтологического центра уделяется особое внимание. В задачи психолога центра включены следующие направления: 1. развитие коммуникативных навыков и умений путем психологической тренинговой работы, создания ситуаций эффективного взаимодействия, социальное сопровождение формирования положительного опыта общения и решения коммуникативных задач; 2. формирование и развитие эмоциональной сферы, коррекция самооценки, психологическая работа с негативными эмоциями, вовлечение в социокультурную деятельность. В Геронтологическом центре в рамках коллективной и индивидуальной работы с использованием реализуются специальные психологические коррекционные программы: арт-терапия

в рамках психологического сопровождения, танце-двигательная терапия, телесно-ориентированной терапии, игра-терапии. Кроме индивидуальной психологической тренинговой работы психолога с пожилыми пациентами проводятся тренинги, направленные на формирование уверенности в себе, повышения самооценки и уровня оптимизма. Кроме того, используется фактор организации межпоколенного взаимодействия в различных формах (культурно-массовые мероприятия совместно со студентами КрасГМУ, проведение праздников творческих студенческих коллективов КРАСГМУ) и т.д..

Вывод. Обобщая результаты исследования можно сделать вывод о крайне низкой медицинской грамотности пожилого населения. Современные подходы к медико-социальной реабилитации пациентов геронтологического центра приобретают не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность. Профилактическая медико-социальная работа подразумевает проведение мероприятий по формированию мотивации заботы о собственном здоровье. Мероприятия, проводимые в учреждении, включают проведение мотивационных тренингов и образовательных семинаров по предупреждению нарушений соматического, психического здоровья, социально зависимых заболеваний. Кроме того, повышение уровня медицинского образования пожилого населения проводится путем внедрения проектов долговременного воздействия таких как пролонгированный социально-психологический проект «Эколетие».

Для преодоления информационного вакуума для пациентов Центра введен курс образовательных лекций и интерактивных семинаров с привлечением сотрудников профильных кафедр и студентов старших курсов медицинского университета по оказанию первой медицинской помощи и социальной безопасности, по основам рационального питания в пожилом возрасте, рациональной витаминотерапии, применению БАДов и профилактике самолечения.

На основании выше изложенного представляется, что такие пути совершенствования социально-медицинской реабилитации с данной группой населения будут эффективны в части решения вопросов повышения медицинской грамотности, улучшения здоровья, повышения их социального благополучия, создания условий для активного участия в жизни общества и, следовательно, повышения продолжительности их активной жизни.

Список литературы

1. Алексеев И.А., Харьков Е.И., Давыдов Е.Л. Исследование уровня тревожности до и после проведения школы по артериальной гипертензии // Наука и образование: новое время. 2018. № 2. С. 56-59.

2. Видясова Л.А., Григорьева И.А. Россия в международных индексах качества жизни пожилых // Журнал социологии и социальной антропологии. 2016. № 19(1). С. 181-193.
3. Гузырь В.В., Горюнова Н.Н., Соболева Е.Н. Детерминанты благополучия пожилых людей и современные технологии его улучшения: опыт Германии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 6. С. 103-108.
4. Дорошенко Т.Н. Социально-психологические особенности пожилых людей // Социально-психологические аспекты практики социальной работы. М.: Перо, 2016. С. 273-279.
5. Лагуткина Т.П., Лоскутова Е.Е., Дорофеева В.В., Косова И.В., Теодорович А.А. Фармацевтическое консультирование как одно из средств реализации концепции грамотности здоровья // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». 2020. № 22(1). С. 62-69.
6. Мерзлякова И.В. Социальное благополучие населения региона. Чита: ЗабГГПУ, 2009. 204 с.
7. Сырцова Л. Е., Абросимова Ю. Е., Лопатина М. В. Грамотность в вопросах здоровья: содержание понятия // Профилактическая медицина. 2016. Т. 19, № 2. С. 58-63.
8. Чернышкова Е.В., Андриянова Е.А., Храмова Ю.А. Самолечение в пожилом возрасте: забота о здоровье или уход в болезнь // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2017. № 7(3). С. 610-613.

УДК 159.9:378.1

ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ И ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ СТАРШИХ КУРСОВ НА ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

Н.В. Тихонова, В.Б. Чупина

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

Аннотация. Данная статья посвящена анализу проблем формирования коммуникативной компетентности и практических навыков у студентов медицинских специальностей КрасГМУ, находящихся на дистанционном обучении в связи с эпидемией новой коронавирусной инфекции. В новых условиях студенты-медики осваивают учебный материал преимущественно используя компьютерные дистанционные технологии, при этом из процесса обучения выпало главное коммуникативное звено студент-преподаватель-пациент. Актуальность проведения подобного анализа обусловлена необходимостью применения дистанционных технологий обучения студентов медицинских специальностей в современных условиях, существующими проблемами с формированием практических навыков и коммуникациями у студентов-медиков и молодых врачей-специалистов в общении

с пациентами, что отражается на эффективности их образовательной деятельности и качестве профессиональной подготовки.

Ключевые слова: студент-медик, дистанционное обучение, коммуникативная компетентность, практикоориентированное обучение, медицинское образование

Актуальность. Динамика эпидемиологической обстановки и введение ограничительных мер обуславливают приоритет дистанционного взаимодействия по всем направлениям. Ситуация, происходящая в стране и мире, внесла существенные изменения в работу всех без исключения образовательных организаций, что определило потребность в оперативных глубоких преобразованиях процесса образовательной деятельности. Дистанционное образование имеет свои ограничения и особенности в медицинском ВУЗе, которые сегодня реализуются за счёт применения современных информационных технологий, внедрения инновационных подходов к обучению, эффективного взаимодействия на новых технологических платформах, совершенствования технологий управления знаниями. При этом подготовка современного специалиста с медицинским образованием в условиях дистанционного формата должна оставаться максимально практикоориентированной и приближенной к условиям будущей профессиональной деятельности.

Постановка проблемы. Формирование профессиональных компетенций будущих специалистов – первоочередная задача высшего образования. Коммуникативная компетентность — это владение сложными коммуникативными навыками и умениями, формирование адекватных умений в новых социальных структурах, знание культурных норм и ограничений в общении, знание обычаев, традиций, этикета в сфере общения, соблюдение приличий, воспитанность, ориентация в коммуникативных средствах, присущих национальному, сословному менталитету и выражающихся в рамках данной профессии (Мадалиева, 2013). «Коммуникативная компетентность в профессии врача является одной из важных составляющих профессиональной подготовки специалиста. В образовательном процессе в медицинском вузе профессионально-личностные качества будущего врача по возможности должны быть доведены до совершенства вне зависимости от «новой» ситуации, так как эти качества позволят начинающему врачу эффективнее общаться с пациентами и, следовательно, повысить удовлетворенность пациента медицинской услугой, что является одним из значимых критериев оценки качества медицинской помощи» (Беликова-Анкваб, 2011). В сравнительно небольшой промежуток своей жизни каждый студент-медик получает представление о выбранном пути, необходимые базовые знания, умения и навыки, находит свое место в профессии (Молотов-Лучанский, 2012).

Однако в рамках сложившейся реальности и переходе студентов-медиков на дистанционное образование, процесс коммуникации студентов с преподавателями кардинально изменился, что не могло не отразиться на формировании коммуникативной компетентности и освоении практических навыков. Следовательно, подготовка современного специалиста с медицинским образованием в условиях дистанционного формата должна оставаться максимально практикоориентированной и приближенной к условиям будущей профессиональной деятельности.

Поэтому проблема поиска психологически обоснованных направлений развития коммуникативной компетентности у студентов-медиков выступает как весьма актуальная.

Методы и материалы. В связи с вышесказанным, целью исследования стала комплексная оценка возможных проблем в формировании коммуникативных и практикоориентированных компетенций у студентов-медиков старших курсов на дистанционном обучении. Выборка исследования представлена 394 студентами 4-го курса лечебного факультета КрасГМУ г. Красноярск, из них девушек - 240, юношей – 154. Для проведения исследования был разработан авторский опросник. При составлении опросника учитывался важный аспект профессионального становления будущего врача, это освоение практических навыков и умений, полученных во время образовательного процесса, а также формирование коммуникативной компетентности, которая включает совершенствование индивидуальных качеств студента: высокая мотивация на успешную коммуникацию, коммуникативная толерантность, аффиляция, эмоциональная стабильность, эмпатия, сенситивность к отвержению, высокий коммуникативный контроль и другие (Михайлюк, 2015). Опрос респондентов проводился в онлайн-режиме.

Результаты и их обсуждение. Современная концепция дистанционного образования делает упор на самообучение и на самостоятельный поиск информации студентом. В частности, акцент делается на мобильность и самостоятельную работу студента, который в будущем должен стать квалифицированным специалистом в своей сфере, умеющий самообразовываться и адаптироваться к изменяющимся условиям. В связи с этим, мы задавали вопрос: «Как Вы адаптировались к новым условиям дистанционного обучения?». Анализируя, полученные данные можно сделать вывод, что большинство опрошенных студентов «хорошо» и «отлично» адаптировались к новым условиям дистанционного обучения - 52,7% и 33,8% соответственно.

При этом, 41,7% студентов отметили снижение мотивации к обучению и выделили следующие проблемы в обучении со стороны преподавателей: недостаточный уровень владения у некоторых преподавателей сред-

ствами информационных и коммуникационных технологий; сложности в оценке результатов обучения; отсутствие коммуникации со студентами; сложности с объяснением практических знаний; отсутствие специализированных учебно-методических материалов; неумение у некоторых преподавателей организовать совместную познавательную деятельность в условиях дистанционного обучения; психологические трудности. Важно отметить, что объективная оценка ответов является затруднительной на этом этапе исследования, т.к. присутствуют данные только с одной стороны – «со стороны самих обучающихся».

Также ответы студентов указывают на то, что в рамках дистанционного обучения у них возникают трудности в понимании практического материала, потому что преподаватели на занятиях разбирают в основном только теоретический материал. Четверть студентов полностью не усваивают материал и 31,6% обучающихся хотели бы больше дополнительных материалов по изучаемой теме. Большинство студентов (62,7%) считают, что для подготовки врачей применение дистанционного обучения только с разбором теоретических вопросов не является допустимым. Значимой проблемой для студентов является отсутствие возможности получения практических навыков, что отметили 64,9 % опрошенных студентов, а также отсутствие коммуникации между преподавателем, студентом и пациентом у постели больного (77,7%).

Более того, дистанционное обучение повлияло и на взаимоотношения студентов в группе. Более половины респондентов считают, что их отношения ухудшились. Почти 20% опрошенных отметили, что прекратились дружеские отношения с некоторыми студентами, а также появились трудности в коммуникации с другими людьми, усилилась конкуренция и появились элементы антропофобии. При этом, коммуникативная компетентность в профессии врача является одним из важных компонентов будущей профессиональной деятельности.

Вывод. Решить эти проблемы представляется возможным путем реализации непрерывного психологического образования через весь процесс обучения студента-медика в том числе и в формате дистанционного образования. Ответственность за развитие способностей профессионального общения будущего врача в процессе обучения в условиях медицинского вуза формально лежит на педагогическом составе кафедр. Преподаватель на клинической кафедре одновременно является и врачом. Поэтому, каким врачом он предстает перед студентами, во многом определяет этику учебного процесса. Преподаватель-клиницист, кроме того, что демонстрирует свое клиническое мышление, умение общаться с больным человеком, грамотно интерпретировать результаты лабораторного и инструментального исследований, должен уметь пользоваться педагогическим мастерством.

Коммуникативная компетентность врача начинает формироваться еще в процессе обучения в медицинском вузе, затем самостоятельно в результате общения с больными. Поэтому очень важно показать преподавателю-клиницисту своим студентам правильный стиль поведения, манеру общения с больными. Если отношение преподаватель-студент представляется как «внутренняя» проблема высшей школы, то когда в это отношение включается больной, ситуация приобретает более широкий характер. Это вопросы не только правовые, но и этические. Сейчас этические вопросы преподавания на клинической кафедре обретают особую актуальность в связи с тем, что неукоснительное соблюдение прав больного человека в современном цивилизованном обществе может значительно осложнить учебный процесс. Кроме того, преподаватель должен подготовить необходимую для этих занятий методическую документацию и критически осмыслить и при необходимости усовершенствовать сложившуюся на кафедре методику преподавания.

В аспекте данного исследования необходимо:

1. Провести опрос преподавателей, с целью всестороннего изучения выявленных проблем дистанционного образования и их влияния на формирование коммуникативных и практикоориентированных компетенций у студентов-медиков.

2. В выборе форм и методов дистанционного обучения предпочтение должно отдаваться активным формам обучения. Одной из форм практикоориентированного подхода в обучении специалистов, является ролевая игра (Адилова, 2011). Как мы уже упоминали, оказание медицинской помощи требует от специалистов высокоразвитых коммуникативных навыков. Несмотря на осознание вымышленности роли, приобретаемый эмоциональный опыт вполне реален. За счёт этого ролевые игры, проводимые по видеосвязи на различных платформах, эффективны как элемент образовательной программы практикоориентированного обучения студента-медика. Ролевое общение строится по определённым нормам, определяемым обществом, используется для упрощения общения, для облегчения достижения целей каждого из участников ролевого общения. Проигрывая различные ситуации в ролевой игре, человек увереннее чувствует себя в реальном ролевом общении. Целью внедрения в дистанционный учебный процесс ролевых клинических игр предоставляет возможность получения студентами-медиками практических навыков эффективного общения с различными категориями пациентов.

3. Одним из решений проблемы практической реализации дистанционного обучения представляется проведение онлайн видео-уроков у постели больного, что позволит эффективно применять приобретенную

клиническую компетентность в конкретной практической деятельности врача и выработать безопасные формы профессионального поведения и навыки общения с пациентом. Такой подход даст возможность приобрести клинический опыт в виртуальной среде без риска для пациента и снизить уровень стресса студента-медика при первых самостоятельных манипуляциях. В высшей медицинской школе на старших курсах обучение клиническим дисциплинам в основном строится на практикоориентированном подходе, что при правильной организации занятий позволяет создать целостное представление о предмете, его задачах и предназначении в формировании врачебного мировоззрения. Поскольку обучение клиническим дисциплинам проводится «на больных», возникает взаимодействие не только между преподавателем и студентом, но и между преподавателем, студентом и больным (Хунафина, Галиева, Бурганова, 2010). Несомненно, в формате дистанционного обучения этот важный аспект выпал из образовательного процесса, но в подготовке будущего клинициста обойтись без пациентов не представляется возможным.

Таким образом, значимая роль в дистанционном образовании студентов-медиков должна принадлежать практикоориентированному обучению, так как без него невозможно формирование и развитие профессиональных и коммуникативных навыков и умений, необходимых врачу в повседневной практической деятельности.

Список литературы

1. Адилова Н.Ф. Эффективность использования ролевых игр в процессе обучения // Молодой ученый. 2011. Т. 2, № 12. С. 121-124.
2. Беликова-Анкваб М.Ф., Каргиева З.К. О проблеме формирования профессиональной коммуникативной компетентности будущего врача в условиях региона // Научные проблемы гуманитарных исследований. 2011. № 11. С. 84-90.
3. Мадалиева С.Х., Кашаганова К.Т. Особенности формирования коммуникативной компетентности в условиях медицинского вуза // Международный журнал экспериментального образования. 2013. № 3. С. 141-143.
4. Молотов-Лучанский В.Б. Коммуникативные навыки. Караганда, 2012. 112 с.
5. Михайлок Ю.В., Хриптович В.А., Манулик В.А. Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза (теоретические и практические аспекты). Минск : БГМУ, 2015. 68 с.
6. Bartel DA, Engler AJ, Natale JE, Misra V, Lewin AB, Joseph JG. Working with families of suddenly and critically ill children // Arch. Ped. Adolesc. Med. 2000. Vol. 154. P. 1127-1133.
7. Хунафина Д.Х., Галиева А.Т., Бурганова А.Н. Проблемы преподавания на клинических кафедрах медицинских вузов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2010. №12. С.61-62.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КРИЗИСА СЕРЕДИНЫ ЖИЗНИ

Т.В. Черникова¹, Л.С. Булгакова²

¹*Волгоградский государственный социально-педагогический университет,
г. Волгоград, Россия*

¹*Волгоградский государственный медицинский университет»,
г. Волгоград, Россия*

²*Частное образовательное учреждение средняя школа «Царицынская № 1»
г. Волгоград, Россия*

Аннотация. Несоответствие совокупности предъявляемых требований вызывает у женщин чувство собственной несостоятельности, социальной некомпетентности, неясной тревоги. Вследствие этого у женщин появляется желание либо «заесть» негативные переживания, либо жестко контролировать свои отношения с едой, подменяя тем самым возможность управлять событиями собственной жизни.

Предпринята попытка исследовать влияние переживаний, свойственных женщине в период центрального возрастного кризиса, на ее пищевое поведение. Выявлены различия в переживаниях молодых женщин 20–29 лет по сравнению с теми, кто переживает период кризиса середины жизни, подтвердив тенденции современного российского общества в откладывании поиска брачного партнера и рождения ребенка на более поздний период (30–45 лет). В перечень методов исследования вошло стандартное тестирование, описание значимых ситуаций, статистические процедуры анализа количественных данных. По итогам обработки текстов с описаниями значимых ситуаций выявлены ведущие причины, провоцирующие переживания у женщин 30–45 лет; указаны сдвиги в установлении, поддержании и прекращении межличностных отношений; отмечен переход на новую ступень профессиональной карьеры; приветствуется повышение уровня образования; оцениваются действия по изменению места жительства. Новизна полученных по итогам статистической обработки результатов состоит также в расширении тройственного диапазона стратегий пищевого поведения (ограничительное, экстернальное, интернальное) женщин в кризисный период середины жизни за счет обнаружения промежуточных и смешанных типов. При этом не обнаружена статистически значимая связь между стратегиями пищевого поведения и кризисными проявлениями в период середины жизни. В связи с этим открывается перспектива исследования проблемы в контексте не столько возрастных, сколько кросскультурных обстоятельств.

На основании анализа полученных данных разработаны рекомендации для психологов, консультирующих женщин в период кризиса середины жизни по проблемам нарушений пищевого поведения. В консультационной работе психологу, с целью усиления эффективности своей деятельности, следует выводить обсуждение поступков и фактов на уровень когнитивного осмысления опыта и осознания причин недовольства различными видами активности, собственной и других людей – родных, партнеров, коллег, социальных групп. Достигнутое в ходе консультации осознание внутренних причин, которые могут приводить женщину к проблемам в межличностном общении, профессиональной и других сферах, может весьма способствовать продуктивному выходу женщины из той ситуации, с которой она обратилась.

Ключевые слова: кризис середины жизни, типы пищевого поведения (неустойчивый, экстернальный, интернальный, эмоциогенно-экстернальный, ярко выраженный неустойчивый, ограничительно-экстернальный)

Актуальность. Состояние социально-экономической и общественной жизни предъявляет достаточно серьезные требования к современной женщине, особенно в самое продуктивное биографическое время – срединный период ее жизни. *Во-первых*, требование семейной состоятельности, обращенной к женщине, заставляет ее быть успешной в семье (в том числе из-за предубеждения по поводу ее незамужнего положения). Она должна быть гармонична в отношениях с брачным партнером, предъявлять социуму воспитанных детей, проявлять свою безусловную компетентность в решении бытовых вопросов. *Во-вторых*, требование социальной состоятельности заставляет ее быть молодой и привлекательной внешне, приверженной здоровому образу жизни, занимающейся социально одобряемой деятельностью. Женщине нужно быть готовой к публичности и, предъявляя себя различным сообществам, постоянно получать положительную обратную связь. Именно поэтому в социальные сети попадают тщательно отреетушированные фотографии, которые создают общественно одобряемый имидж социального благополучия. *В-третьих*, требование профессиональной состоятельности востребует образовательные и статусные ресурсы женщины, ориентирует ее на рынке труда, стимулирует саморазвитие. Личностное обеспечение трудовой занятости проявляется в нормативных характеристиках устойчивости к производственному стрессу, энергичности в исполнении должностных поручений, мобилизации воли в карьерном продвижении. *В-четвертых*, заданная норма психологической состоятельности обязывает ее быть позитивной и транслировать уверенность в себе. Огромное количество всевозможных тренинговых марафонов предлагает женщине проработать личностные проблемы, отпустить обиды, зарядиться на оптимизм, тем

самым нивелируя значение отрицательных эмоций в жизни человека и способствуя их вытеснению вместо конструктивной проработки.

В период кризиса середины жизни некоторые женщины, для того чтобы справиться с внешними и внутренними стрессами, которыми насыщен данный возрастной период, нуждаются в дополнительных способах облегчения своего состояния. Одной из социально-приемлемых стратегий совладания являются позитивные отношения с едой, т.е. такое пищевое поведение, когда еда приносит женщине облегчение, успокоение, снижение тревоги. С помощью еды она пытается снизить остроту своих эмоций и переживаний. Принципиально другой стратегией совладания становится ограничительное пищевое поведение, когда строгий контроль за количеством и качеством съеденного дает женщине мнимое ощущение того, что она в целом держит свою жизнь «под контролем» (Малкина-Пых, 2019).

Постановка проблемы. Зарубежные (Э. Джакс, Р. Коннер и К. Армитедж, Ж. Нюттен, Д. Холмс, Н. Brunch и др.) и отечественные (Е.С. Креславский, И.Г. Малкина-Пых, В.Д. Менделевич, И.А. Рукавишников, Ю.И. Савенков, Ю.Л. Савчикова, О.И. Салмина-Хвостова, О.А. Скугаревский, И.И. Федорова, М.Г. Чухрова и др.) исследователи на протяжении последних десятилетий проявляли неизменный интерес к пищевому поведению людей различного возраста и состояния здоровья). Термин «пищевое поведение» означает ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, деятельность по формированию этого образа (Менделевич, 2007). Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы активности, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека. В исследованиях пищевого поведения женщин просматриваются два вектора. Один из них представляет собою поиск отдельных психопатологических нарушений, отклонений от нормы. Второй направлен на выявление личностных проблем, влекущих за собой изменение пищевого поведения. В период кризиса середины жизни, когда происходит обзор достигнутого и пересмотр притязаний и жизненных перспектив, женщина особенно уязвима в плане самооценки и восприятия своего образа. Однако в открытых для широкого доступа публикациях по проблемам пищевого поведения не встретилось работ, в которых бы рассматривалось влияние возрастных кризисов женщин на усиление нарушений в этой сфере, хотя исследования о взаимосвязи поведения с социально-демографическими характеристиками и индивидуальными системами ценностей предпринимались и были успешны (Lazdins, Martinsons, 2017). В данном исследовании, не отрицая важности проявления характеристик личности, осуществлена попытка поиска связи между имеющимися эмоционально

значимыми переживаниями в период, традиционно определяемый исследователями как кризис середины жизни, и особенностями проявления пищевого поведения женщин как психологического феномена.

Целью исследования стало выявление характеристик пищевого поведения у женщин в период срединного кризиса на фоне обстоятельств личной, семейной, профессиональной, общественной жизни, в связи с чем было запланировано:

- провести эмпирическое исследование особенностей пищевого поведения у женщин в период кризиса середины жизни и определить ключевые показатели, значимые для организации психологической работы специалистов;
- на основе интерпретации полученных результатов предложить рекомендации практическим психологам-консультантам в работе с обращениями женщин по проблемам пищевого поведения.

Предстояло проверить гипотетические предположения о том, что: *во-первых*, по причине ужесточения социально-экономических и общественно политических обстоятельств, заставляющих женщин активно адаптироваться к ним, кризис середины жизни смещен на более ранний возрастной период; *во-вторых*, существует взаимосвязь между характером проживания кризиса середины жизни и демонстрируемыми женщинами стратегиями пищевого поведения; *в-третьих*, особенности проявления пищевого поведения у женщин в период кризиса середины жизни имеют собственную типологию.

Методы и материалы. Выборку исследования оставили женщины в возрасте от 20 до 45 лет в общем количестве 105 человек. Согласно существующей классификации, принятой Всемирной организацией здравоохранения, данный возраст отнесен к периоду молодости. В качестве испытуемых выступили женщины, не связанные между собой характером деятельности, местом проживания, социальным статусом и другими признаками. Все респонденты были распределены на две группы: экспериментальную (ЭГ) и контрольную (КГ). ЭГ составили 54 женщины в возрасте 30–45 лет, что соответствует кризису середины жизни согласно концепциям Д. Ливенсона, Б. Ливерхуда, Г. Шихи, Э. Эриксона. В КГ вошла 51 женщина в возрасте 20–29 лет, т.е. возрастного периода, предшествующего началу кризиса середины жизни.

Процедура исследования была разделена на три части со специфической работой в каждой из них. *Первая часть* представляла собой сбор первичных данных контактным способом, а также с использованием электронных форм на платформе сервиса Google. Респондентам предлагалось назвать и кратко описать актуальную для них в настоящее время эмоционально значимую жизненную ситуацию (метод описания значимых ситуаций). География респондентов охватывала европейскую часть

России (Волгоград, Волгоградская область, Москва, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург). Вторую часть исследования составило заполнение опросника, позволяющего выявить один из типов пищевого поведения: ограничительного, эмоциогенного и экстернального («Голландский опросник пищевого поведения» Ж. Нюттена, Нидерланды – Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) в адаптации О.А. Скугаревского). Третья часть исследования включала в себя обработку и интерпретацию данных. Были применены методы математической статистики – критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок, угловое преобразование Фишера, кластерный анализ, частотный анализ.

Результаты и их обсуждение. Во внимание была принята точка зрения тех авторов, которые считали, что кризис середины жизни является нормативным, общим для всех (Малкина-Пых, 2005; Солodников, Солodникова, 2018). Практически каждый человек, вступающий в этот возрастной период, сталкивается с его биологическими, психологическими и социокультурными признаками: осознанием, что половина жизни прошла и что жизнь конечна; они столкнутся с изменением в семейных ролях и профессиональном статусе; им придется расставаться с близкими людьми и адаптироваться к новому окружению. По итогам изучения теоретической литературы было определено содержания переживаний, характерных для кризиса середины жизни. Они были разделены нами на четыре группы. Их описание иллюстрировано указаниями на проблемные области жизни, заимствованными из описаний значимых ситуаций женщинами-респондентами.

О наличии так называемой «нулевой группы» переживаний свидетельствовало содержание бланков ответных листов, в текстах которых отсутствовали указания на проблемные области, например: «полная семья, дети растут, построение бизнеса, с мамой все хорошо, папы нет почти два года», «все нормально», «все стабильно», «незначительно» и т.п.

Первую группу составили переживания, связанные с физиологическим состоянием. В их перечень вошли гормональная перестройка, климакс, убывание физических сил и сексуальной энергии, заболевания. Разделенные на две подгруппы, переживания связывались, с одной стороны, с болезнями близких и своими собственными («болезнь ребенка», «здоровье, дети, родители», «болезни мамы»), с другой стороны – с обусловленными возрастом телесными изменениями («полнота, старение, нехватка свободного времени на себя и путешествия», «привести фигуру в порядок», «поняла, что старею», «интимно-сексуальные отношения с партнером»).

Вторую группу образовали переживания когнитивного типа. К ним были отнесены: сожаление об упущенных жизненных возможностях; отсутствие воспринимаемых путей выхода из запутанных ситуаций; переосмысление и переоценка ценностей, опыта и достигнутых результатов;

понимание конечности земного пути, сомнение в продуктивности прожитых лет и запоздалые поиски жизненных целей и смыслов; неудовлетворенность собственным положением, потеря почвы под ногами, изменившееся чувство времени; переоценка личностных и профессиональных достижений. В текстах респондентов это нашло отражение в указаниях на проблемные области: «саморазвитие, гармония с собой», «нахожусь в состоянии перемен в моей жизни, определяю ценности, пересматриваю свое отношение к себе самой, к образу жизни», «моя семья, мои родители, мой малыш – это смысл моей жизни!»

Третья группа сложилась из переживаний эмоционального типа в вариациях от апатии до депрессии и потери интереса к жизни. Признаки синдрома профессионального выгорания находили свое проявление и в эмоциональном истощении, и в тотальном негативизме по отношению к работе. Недовольство и перепады настроения соседствовали со страхами потери работы, здоровья, родных и близких людей, что проиллюстрировано описанием значимых ситуаций: «нерешенные проблемы с матерью, внутренний конфликт, проблемы с ребенком-подростком; не вижу перспектив в будущем», «ощущение подавленности, угнетенности, грусти из-за личной жизни», «недавно папа серьезно переболел воспалением легких, я очень за него переживала», «страх заболеть», «родственники болеют, это очень удручающе действует на меня».

Четвертая группа объединила переживания, связанные с особенностями поведения, привычек, сложившегося образа жизни, своего и окружающих. Описания из диагностических бланков испытуемых позволили скомпоновать четыре подгруппы переживаний: а) по поводу конфронтации в межличностных отношениях: отчужденность, ссоры, конфликты, развод («развод и построение новой семьи», «отсутствие партнера, страх перед мужчинами – потенциальными партнерами», «нужно выходить на работу, но не с кем оставить детей», «взросление детей», «декрет, дети с большой разницей в возрасте и ребенок-подросток в период переходного возраста»; б) по поводу изменения профессионального статуса («поиск работы», «начало новой карьеры», «адаптация на новой работе», «трудоустройство на высокооплачиваемую должность», «окончание декретного отпуска, поиск себя в сфере работы», «обучение на курсах повышения квалификации», «отчеты и старт проектов, защита диссертации»); в) по поводу смены места жительства («переезд, покупка жилья», «переезд в другой город, и все начинаем с нуля»); г) по поводу совокупности факторов, вызывающих комплексные переживания («построение личной жизни, начало новой карьеры», «муж попал в беду, в данный момент сама содержу семью», «становление в профессии; дети младшего школьного возраста; муж недоволен, что я хочу заниматься собственным профессиональным развитием», «личная жизнь, финансовая нестабильность», «начало нового професси-

онального пути, неуверенность в том, что смогу состояться в новой профессии; неопределенность в профессиональной сфере у супруга; неясные финансовые перспективы, ребенок-подросток», «переживание потери близкого, новый вид профессиональной деятельности»).

Зарубежный исследователь Т. Аптер описал четыре типа женщин в период середины жизни. Фокусировка активности каждого типа может быть соотнесена с приоритетом содержания переживаний в различных группах (Чернобровкина, 2014). Это женщины-инноваторы (ориентированы на профессию и карьеру), традиционные женщины (ограничены семейной ролью с последующим сожалением о нереализованном потенциале), экспансивные женщины (мобильны в карьере и смене увлечений), протестующие женщины (рано начавшие взрослую жизнь и теперь желающие компенсировать пропущенную юность в среднем возрасте).

Распределение указаний по группам переживаний обнаружило абсолютный приоритет вопросов, связанных с проблемами в поведении (около 70%) у женщин в возрасте 30–45 лет (ЭГ) и 20–29 лет (КГ) при отсутствии различий. Наибольший вес в этой группе составили переживания, связанные с работой и удовлетворенностью трудом. Выдвинутое предположение о том, что значимые различия возможны в переживаниях, связанных с профессиональной сферой, не нашло своего подтверждения.

Сравнение количественные результаты классификации актуальных переживаний показало наличие значимых различий на уровне $p \leq 0,01$ в «нулевой группе», что указывало на *отсутствие значимых переживаний*. В ЭГ таких женщин 9,26% от общего числа, в КГ такие респонденты отсутствовали. На уровне значимости $p \leq 0,01$ было обнаружено различие в подгруппе суждений, которые относились к *межличностным отношениям*. Женщин в период возраста, относящегося к кризису середины жизни, в большей мере беспокоят переживания, связанные с партнером и детьми, хотя данные переживания считаются нормативными для более раннего возраста. Можно предположить, что таким образом нашли свое отражение происходящие в развитых странах процессы, отодвигающие поиск партнера, замужество, рождение детей с возраста 20–29 лет на более поздние сроки – после 30 лет.

Обнаруженные данные закономерно выводят психолога, консультирующего женщин в возрасте 30–45 лет с поведенческими проявлениями кризиса середины жизни, на целевое применение полученного знания. Консультант может перевести беседу в когнитивный аспект переживания кризисного периода. Достигнутое в ходе обсуждения осознание внутренних причин, которые ведут к проблемам в межличностном общении, профессиональной и других сферах, может способствовать продуктивному выходу женщины из кризисной ситуации.

С использованием данных опросника для выявления связи между различными проявлениями пищевого поведения и эмоциональными прояв-

лениями у женщин в период кризиса середины жизни был использован критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок. Как показало проведенное исследование, в период, общепринято считающийся кризисом середины жизни, а именно 30–45 лет, связь между различными проявлениями пищевого поведения и эмоционально значимыми переживаниями кризиса не была обнаружена.

Задачей следующего этапа исследования была проверка предположения о том, что существуют некие общие стратегии пищевого поведения, свойственные женщинам ЭГ с различными типами ведущего эмоционального переживания. Ю.Л. Савчикова, а вслед за нею И.Г. Малкина-Пых и О.И. Салмина-Хвостова обсуждали в своих работах три общепринятых стратегии пищевого поведения: ограничительное (диета и голодание), экстернальное (подверженность соблазнам, «за компанию»), эмоциогенное («заедание» аффективного дискомфорта). Применение метода кластерного анализа позволило авторам статьи обнаружить шесть стратегий пищевого поведения, расширив тем самым традиционную тройственную классификацию. Каждая из выявленных стратегий оправдывала свое название:

1. Неустойчивый тип пищевого поведения (33,33%). Это самая многочисленная подгруппа ЭГ, четыре пятых участников которой имеют яркие поведенческие проявления кризиса середины жизни. Они демонстрируют одновременно ограничительное, эмоциогенное и экстернальное пищевое поведение: приступы переедания у них сменяются разгрузочными днями.

2. Экстернальный тип пищевого поведения (27,77%). Женщинам этой подгруппы склонны «за компанию» съесть больше, чем в одиночестве. При этом они не раскаиваются, что такое произошло, позитивно воспринимая весь диапазон проявлений поведения в кризисный период.

3. Интернальный тип пищевого поведения (18,52%). В данную подгруппу вошли женщины, воспринимающие еду как источник энергии. Они плохо контролируют, что и в каком количестве едят. У половины вошедших в подгруппу женщин заметны поведенческие проявления кризиса середины жизни, у остальных они представлены физиологическими, эмоциональными проявлениями либо их отсутствием примерно в равных долях.

4. Эмоциогенно-экстернальный тип пищевого поведения (9,26%). Женщины этой подгруппы отличаются сочетанием ярко выраженного эмоциогенного и экстернального типа пищевого поведения. Они склонны «заедать» негативные эмоции и переедать «за компанию», не ограничивая себя в этом. Четыре пятых из них переживают кризис середины жизни по поведенческому типу.

5. Ярко выраженный неустойчивый тип пищевого поведения (5,56%). Женщины данной подгруппы в гиперболизированном виде де-

монстрируют те же черты пищевого поведения, что и в первом случае. Периоды пищевых «загулов» по причинам эмоциональных переживаний сменяются пищевым «покаянием». Для них актуальны также физиологические проявления кризиса середины жизни.

6. Ограничительно-экстернальный тип пищевого поведения (5,56%). Рисунок их пищевого поведения похож на поведение представительниц предыдущей группы. Отличие, однако, состоит в том, что у шестой группы пищевые «загулы» не связаны с компенсацией негативных эмоций. Им также свойственны периоды «покаяний» в виде жестких диет. Поведенческие проявления кризиса середины жизни в два раза превышают проявления эмоциональные.

Подтверждением достоверности эмпирического расклада, полученного авторами статьи, стало его сходство с полученными Е. Н. Леоновой (2017), которая также обнаружила шесть типов пищевого поведения. Полученная в результате кластерного анализа типология проявления пищевого дает практическому психологу ориентировочное представление об особенностях обратившихся за консультацией женщин и помогает определить эффективную тактику в работе с ними. Так, представленный чаще других неустойчивый тип пищевого поведения, когда женщины «стресс» заедают, предполагает комплексное поведенческое проявление кризиса середины жизни.

Вывод. Анализ результатов проведенного исследования позволяет обнаружить ключевые закономерности и учесть их в консультационной работе психолога.

1. Частыми причинами переживания у женщин 30–45 лет являются наблюдаемые изменения в поведении (установление и разрыв межличностных отношений, переход на другую работу, получение дополнительного образования, добровольная или вынужденная смена окружения). В консультационной работе психологу, с целью усиления эффективности своей деятельности, следует выводить обсуждение поступков и фактов на уровень когнитивного осмысления опыта и осознания причин недовольства различными видами активности, собственной и других людей – родных, партнеров, коллег, социальных групп.

2. Отсутствие однозначной взаимосвязи между различными проявлениями пищевого поведения и характеристиками кризиса середины жизни оставляет открытым исследовательский вопрос о том, в каком возрастном периоде может существовать такого рода зависимость. Возможно, получение положительного результата зависит не столько от возрастных, сколько от территориальных и этнокультурных характеристик выборки.

3. Представления о трех типах стратегий пищевого поведения (ограничительное, экстернальное, интернальное) в условиях эмпирической проверки трансформируются в более широкую классификацию за счет выявления промежуточных типов. Самым распространенным типом яв-

ляется неустойчивый, его обладательницы демонстрируют поведенческие проявления кризиса середины жизни.

4. При обращении женщин 30–45 лет с консультационными запросами в связи с переживанием кризиса середины жизни, психологу следует быть готовым к тому, в большинстве случаев (до 70%) это будут жалобы на неудовлетворенность в сфере труда и профессии (поиск рабочего места, проблемы карьерного развития, изменение производственного статуса, получение дополнительного образования), провоцирующие тупиковые консультационные стратегии и манипулятивные игры.

Список литературы

1. Леонова Е.Н. Социально-психологические типы пищевого поведения // Вестник Удмуртского ун-та. Сер. Философия, психология, педагогика. 2017. Т. 27, Вып. 2. С. 174-181.
2. Малкина-Пых И.Г. Возрастные кризисы взрослости. М.: Эксмо, 2005. 416 с.
3. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. М.: Litres, 2019. 1300 с.
4. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007. 768 с.
5. Солодников В.В., Солодникова И.В. «Средний возраст» и жизненный путь личности. М.: РГГУ, 2018. 460 с.
6. Чернобровкина С.В. Гендерные особенности переживания и преодоления кризиса середины жизни // Вестник Омского ун-та. Сер. Психология. 2014. № 2. С. 30-42.
7. Lazdins K., Martinson K. Prediction for driving behavior in connection with socio-demographic characteristics, individual anomia and individual value system // Proceedings of the III International scientific and practical conference: Psychological health of the person: life resource and life potential. Krasnoyarsk: Professor V.E. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, 2017. P. 37-45. DOI: 10.20333/2541-9315-2017-37-45

УДК 159.9.075

ЭМПИРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНОЙ АДАПТАЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ: КОНСТРУИРОВАНИЕ И АПРОБАЦИЯ ПРОГРАММЫ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ

Т.В. Черникова¹, В.В. Болучевская²

¹Волгоградский государственный социально-педагогический университет, г. Волгоград, Россия

²Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия

Аннотация. Представлено научное обоснование программы экспресс-диагностического мониторингового исследования как составной части системной работы вузов из поликультурных регионов Юга Рос-

сии и Казахстана, начатой временным научным коллективом на базе Калмыцкого государственного университета. Целью запланированной работы является организация психолого-педагогической поддержки процессов социально-культурной адаптации иностранных студентов. Экспресс-диагностическое исследование позволяет в кратчайшие сроки получить эмпирический срез по вузам региона, с тем чтобы, учитывая специфику образовательной среды и академические возможности каждого из них, а также запросы о психолого-педагогической поддержке со стороны зарубежного контингента обучающихся, осуществить целевую курсовую подготовку в направлении повышения профессиональной квалификации преподавателей, работающих с иностранными студентами. Составные части экспресс-диагностической программы обеспечивают разносторонний охват проблемы. Личностно-психологические аспекты адаптации изучаются путем самооценки предметно-деятельностной и коммуникативной сторон, социально-культурные – путем соотношения потребительски-прагматической и идентификационно-консолидирующей характеристик этого процесса, запросы о психолого-педагогической поддержке – путем анализа результатов опроса.

Приведены результаты изучения запросов иностранных студентов первого и второго курсов Волгоградского государственного медицинского университета о психолого-педагогической поддержке на начальном этапе получения профессионального образования в другой стране. Согласно полученным данным, обнаружено различие в характере адаптационных показателей у иностранных студентов, обучающихся в контактном и удаленном режимах: формирующаяся лояльность против неопределенного отношения к стране получения образования. Одновременно с этим недостаточно обеспеченным со стороны вуза признан запрос студентов о психолого-педагогической поддержке творческой самореализации путем формирования у них в процессе преподавания универсальных soft-skills – критического мышления, коммуникации, кооперации, креативности. Результаты исследования и их интерпретация выводят работников высшего образования на необходимость объединения усилий для реорганизации системы профессиональной подготовки иностранных специалистов. В условиях повышения квалификации профессорско-преподавательского состава, организованного в интерактивном режиме, задача становится достижимой. Предстоит аккумулирование предметного содержания дисциплин с технологическими и креативными возможностями их преподавания в условиях коммуникативно-содержательной кооперации.

Ключевые слова: психологическая адаптивность, социально-культурная адаптация, психолого-педагогическая поддержка (информационно-экспертная, эмоционально-энергетизирующая, организационно-деятельностная, личностно-развивающая)

Актуальность. Рост числа иностранных студентов в российских вузах свидетельствует о вовлеченности отечественной высшей школы в мировое образовательное сообщество. В период своего обучения в России, особенно в первые два года, студенты в своей повседневной жизни сталкиваются с множеством проблем, адаптируясь к социальному окружению и заданным со стороны вуза требованиям образовательной активности. От студентов востребована их готовность принять иной стиль жизни, другую культуру с ее ценностями. От принимающей стороны ожидается способность к эмпатическому участию, через преодоление языкового барьера, в деле активизации и усиления адаптационных ресурсов (Latypov et al., 2017). Получившие высшее образование в российских вузах, выпускники становятся проводниками положительного отношения к нашей стране, и значимость этого процесса повышается в условиях роста политической и экономической напряженности между странами. В этой связи проблема успешной социально-культурной адаптации иностранных студентов рассматривается в ракурсе решения задач укрепления международного статуса не только российского образования, но и государства в целом.

Постановка проблемы. В качестве ведущей тематики изучения адаптации иностранных студентов в центре внимания оказывались особенности акклиматизации учащейся молодежи из экваториальных стран, а также вопросы освоения языковых умений и коммуникативных компетенций на языке страны получения образования. Диагностика, как правило, была достаточна сама по себе по причине задействования широкого инструментария, получения сложным путем статистической обработки комплексного результата, достижения цели по констатации выявленного признака. Внедрение материалов диагностики носило рекомендательный характер. Считалось, например, что осведомленность преподавателей об особенностях адаптации студентов, прибывших из отдельных регионов мира, будет достаточным для улучшения их положения в стране получения образования. Отличие предлагаемой программы экспресс-диагностики состоит в получении поверхностного среза, достаточного для того, чтобы получить общее представление о характере изучаемого признака. На основании этого строится последовательность шагов для реализации дальнейшего замысла работы. Он заключается в том, чтобы от первичного диагностического исследования (получения стандартизированных данных по региону и определения особенностей адаптации иностранных студентов в конкретном вузе) – через разработку и реализацию программ повышения квалификации профессорско-преподавательского состава (с учетом ведущей ориентации на учебную академичность, технологическую оснащенность, универсальную гуманитарность) – перейти к получению опосредствованным путем изменения характеристик соци-

ально-культурной адаптации иностранных студентов. Гипотетически предполагается, что интенсивная работа будет проводиться с преподавателями, а качественное изменение результата произойдет у тех, кого они учат. Именно в опосредствованном характере работы, обеспечивающей экономичность, и состоит ее новизна.

С целью объединения научного потенциала исследований и методических разработок в этом направлении на базе Калмыцкого государственного университета им. Б.Б. Городовикова по предложению д.п.н., проф. А.Б. Панькина создан временный научный коллектив из представителей университетов Южного Федерального округа Российской Федерации и Атырауского университета им. Х. Досмухамедова Республики Казахстан. Содержание первого этапа работы состоит в проведении диагностического исследования на выборке иностранных студентов для выявления особенностей их социально-культурной адаптации и изучения возможностей оказания психолого-педагогической поддержки (информационно-экспертной, эмоционально-энергетизирующей, организационно-деятельностной, личностно-развивающей) в новой для них образовательной среде как в отдельном вузе, так и в мультикультурных социальных обстоятельствах жизни региона в целом.

В данной статье предложено обоснование содержания эмпирического исследования, главной характеристикой которого является экспресс-диагностика. Выбор экспресс-диагностики отвечает одновременно нескольким требованиям. Это, во-первых, требование доступности и краткости, что связано с дистанционной формой диагностики студентов, проживающих в других странах и владеющих русским языком на уровне иностранного. Во-вторых, экспресс-диагностика позволяет сфокусироваться на ключевых аспектах и избежать избыточной детализированной информации, слабо относящейся к существу исследования. В-третьих, выбор такого подхода обусловлен целевой ориентацией психолого-педагогического исследования, конечный результат которого выводит научный коллектив за пределы констатирующей диагностики на повышение квалификационного уровня преподавателей.

Методы и материалы. Конструирование программы экспресс-диагностики основывалось на взаимодополнении и интеграции адаптированных средств, разработанных в рамках различных научных подходов.

Первая часть программы экспресс-диагностики представляет собой перечень самооценочных суждений, с которыми следует выразить согласие или несогласие. Методика «Самооценка психологической адаптивности» разработана А.Л. Свенцицким с позиции концептуального подхода к определению личностной и групповой идентичности. По итогам применения методики происходило определение степени психологической гибкости личности в процессе ее предметной и коммуникативной

деятельности, что рассматривалось в качестве важнейшей предпосылки успешности осуществления адаптационных процессов (Фетискин и др., 2014). Методика была адаптирована нами для решения экспресс-диагностических задач, для чего: а) проведена унификация оценочных суждений (все стали утвердительными); б) исключены пять суждений со слабой информативностью, в связи с чем их осталось десять; в) суждения разделены на две равные группы (охватывающие содержание психологической предметной гибкости и психологической коммуникативной гибкости); г) осуществлен дублированный перевод на английский язык.

Вторая часть программы экспресс-диагностики основана на переформулировании обратных суждений предложенного С.В. Фроловой опросника «Приверженность стране» по шкалам «Социальная приверженность стране» и «Культурная приверженность стране» в рамках разработанной авторской концепции (Фролова, 2019). Типы приверженности стране рассматриваются автором в отдельности и одновременно в последовательности их развития от обедненных «первичного» и «номинального» до интегрированных «консолидирующего» и «экзистенциально-рефлексивного». В адаптированном нами варианте экспресс-диагностики респондентам предстояло оценить по 10-балльной шкале десять утверждений, касающихся «описания жизненных стратегий, интересов, чувств, желаний и намерений некоторых людей». Некоторые замены слов (например, «родной страны» вместо «своей страны») и дополнения («в другую страну» – «Россию, Казахстан») были произведены с целью внесения уточнений в текст. Получалось, что вторая часть экспресс-диагностики была соотнесена с первой, и вместе они охватывали различные аспекты адаптации. Как и в первом случае, оценочные суждения были продублированы на английском языке.

Если в первой части личностно-психологические аспекты адаптации рассматривались как генерализованный признак, характеризующий потенциальную возможность успешности осуществления процесса, то во второй части собственно социально-культурные аспекты анализировались с позиции выраженности признака, характеризующего реальный результат успешности осуществления процесса. Показатели социально-культурной адаптации могли иметь двоякий вектор развития. В одних случаях проявлялся потребительски-прагматический характер социально-культурной адаптации; потребление в данном случае означало получение образовательной услуги потребителем, преследующем собственные интересы. В других случаях просматривался более продвинутый тип социально-культурной адаптации иностранных студентов – идентификационно-консолидирующий.

Третья часть программы экспресс-диагностики представляла собой социально-психологический опрос. Анализировались ответы на

вопрос, дублированный на английском языке: «Какая психолого-педагогическая поддержка со стороны университета требуется вам для успешной социально-культурной адаптации в другой стране?» Ответные суждения, составившие в результате систематизированный перечень запросов к вузу, были классифицированы в соответствии с разработанной Т.В. Черниковой концепцией психологической поддержки (Черникова, 2003).

Информационно-экспертная поддержка востребуется в условиях учебной деятельности, дополнительного образования и реализации других познавательных интересов. В эту группу объединены запросы о помощи в преодолении трудностей получения образования, связанных с изучением и применением неродного языка, а также вопросы учебной кооперации, конкуренции и аттестации.

Эмоционально-энергетизирующая поддержка потребуется для поддержания ситуативного и общего социального благополучия в условиях иноязычного окружения. Содержанием запросов о поддержке станут потребности в защищенности от стрессовых ситуаций и агрессивных проявлений, а также фрустрационные переживания из-за внешнего ограничения социальных связей, нереализованных досуговых предпочтений.

Организационно-деятельностная поддержка в условиях учебной специализации и повседневной жизни будет обусловлена проблемами делового и межличностного взаимодействия, а также характером предметной активности в широком социуме. Администрации, профессорско-преподавательскому составу вуза и сотрудникам служб учебно-воспитательного сопровождения следует быть готовыми к анализу случаев дискриминации и ксенофобии; остро коммуникативного противостояния в оценке политических, профессиональных и этнокультурных событий, явлений, обычаев, традиций; конфронтации и проблем совместимости в быту; общего качества жизни в чужой стране и др.

Личностно-психологическая поддержка иностранным студентам, переживающим трудности социально-культурной адаптации, выступит для них фасилитирующим фактором в самореализации потенциальных возможностей. Запросы о личностно-психологической поддержке будут исходить от иностранных студентов, испытывающих потребности в академическом и жизненном творчестве, обусловленном ценностями универсализма; переосмысления жизненной позиции в экзистенциальных условиях; принятии ответственности за последствия поведения в трудных жизненных ситуациях. Результаты поддерживающего влияния проявятся в позитивной ориентации на профессиональное будущее в родной стране, содружестве с преподавателями в преобра-

зовании учебной рутины в развивающее образование, продуктивной креативности.

Представленные материалы отражают результаты апробации третьей части экспресс-диагностической программы. Пилотажное исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», имеющего опыт изучения подобных тем (Смирнов и др., 2020) Первичные эмпирические материалы собрали сотрудники кафедры социальной работы и клинической психологии В.В. Болучевская, Л.И. Ворожейкина, О.И. Шутова.

Результаты и их обсуждение. В исследовании приняли участие 56 студентов первого (26 чел.) и второго (30 чел.) курсов в возрасте 18–22 лет, 39 мужчин и 17 женщин. Они поступили учиться в Волгоград из Индии (46,43% выборки), Египта (17,86%), Иордании (10,71%), Китая, Узбекистана (по 7,14%), а также из других стран, преимущественно центральной и юго-восточной Азии – Азербайджана, Ирака, Казахстана, Малайзии, Сирии, Таджикистана (по 1,79%).

Студенты первого курса (стоматологический факультет) получали образование на русском языке. Их обучение первые полтора месяца проходило в дистанционном режиме. Оставаясь в своей собственной стране, они вряд ли могли ощутить на себе трудности адаптации в стране получения образования. У студентов второго курса (лечебный факультет) преподавание шло на английском языке. Имея годичный опыт организации собственной учебной, социальной и бытовой жизни в другой стране, они смогли трудности адаптации перевести в запросы о психолого-педагогической поддержке.

На первом курсе только двое студентов из двадцати шести явно обозначили свой запрос о поддержке информационно-экспертного типа, рассчитывая на «рассказы о культуре РФ, приглашении на концерты» и высказывая пожелание «учиться с русскими студентами, чтобы больше узнать об их культуре и традициях». Двое студентов разделили ответственность между вузом и самим собой в реализации образовательной потребности: «Со стороны университета мне требуется качественное образование и от себя старание, желание успешной учебы. Чтобы в какой стране ни был, не подводить себя и показать результаты своей работы»; «Не чувствую, что я иностранный человек. Я получаю уважение за свою усталость». В остальных диагностических бланках этот раздел либо остался без ответа, либо ответы были односложными («все в порядке», «обычно»).

На втором курсе в 30-ти бланках содержалось 29 суждений, которые содержательно были отнесены к запросам о поддержке. Они классифицированы в таблице, в которой обозначены четыре группы запросов с вариантами их содержания.

**Классификация запросов иностранных студентов к администрации
и профессорско-преподавательскому составу вуза
о психолого-педагогической поддержке процесса
социально-культурной адаптации**

Группы и содержание запросов о психолого-педагогической поддержке в различных сферах	Количество	
	Абс.	%
1	2	3
1. Учебная деятельность и реализация познавательных интересов, в том числе:	10	34,48
а) изучение и применение иностранного языка	2	6,90
б) учебная кооперация, конкуренция, аттестация	5	17,24
в) дополнительное образование и культурные интересы	3	10,34
2. Эмоциональное и социальное благополучие в условиях иноязычного окружения, в том числе:	10	34,48
а) проблемы эмоциональной защищенности	4	13,80
б) внешние ограничения социальных связей	3	10,34
в) содержание досуга	3	10,34
3. Деловое и межличностное взаимодействие и активность в социуме, в том числе:	1	3,46
а) случаи дискриминации и ксенофобии	0	0
б) конфронтация в оценке событий, традиций, др.	0	0
в) совместимость в быту и его организация	1	3,46
4. Личностное развитие и творческая самореализация, в том числе:	8	27,58
а) позитивная ориентация на самореализацию в будущем	2	6,90
б) сочетание обучения и развития	3	10,34
в) креативность как личностная характеристика	3	10,34
Итого по выборке	29	100

Описание результатов опроса проводилось с максимальным привлечением оригинальных текстовых суждений респондентов, что, во-первых, подтвердило правомерность распределения суждений по группам; во-

вторых, обеспечило достоверность полученным данным; в-третьих, гарантировало их непредвзятость.

Сразу следует отметить практически полное отсутствие запросов о психолого-педагогической поддержке организационно-деятельностного типа, востребованной в плане выбора поведения в ситуациях, требующих квалифицированного посредничества со стороны авторитетного представителя в ситуациях конфронтации, стигматизации, ущемления прав. Такое положение свидетельствует о благополучии в организации повседневного взаимодействия с социальным окружением, однокурсниками и преподавателями, соседями по быту. Единственный запрос в этой группе суждений связан с «выполнением социальных программ» со стороны вуза.

Запросов об информационно-экспертной и эмоционально-энергетизирующей поддержке поровну. Проблемы учебной деятельности и реализации познавательных интересов просматривались, прежде всего, через вопросы кооперации, конкуренции и аттестации. Красной строкой проходило пожелание совместного обучения с российскими студентами (17,24%), «чтобы была коммуникация, поддержка сотрудничеством (collaborative encouragement), чтобы уменьшить разрыв между иностранными студентами и местным населением». Одновременно с этим был велик интерес к преподавателям и сотрудничеству с ними, «чтобы почувствовать их заботу в связи с проблемами в обучении». При этом отмечалось, что «преподаватели нас поддерживают» и что «университет даже более доброжелателен, чем это надо для учебы». В то же самое время скрытый запрос об академической поддержке присутствовал, например, в указании на то, что «набор и содержание учебных предметов должны бы мотивировать, но в них мало предпосылок к успешности». Вопросы дополнительного образования и реализации культурных интересов (10,34% ответных суждений) сфокусированы на потребности «быть включенным в различные аспекты социальной жизни людей», чтобы знать «о людях другой страны, не только о ее достопримечательностях и климате». Что касается вопросов языковых компетенций, то иностранные студенты ратовали за «такую форму изучения иностранного языка, чтобы общаться с людьми вокруг» (6,90%).

Эмоционально-энергетизирующая поддержка востребована иностранными студентами для обеспечения их психологической защищенности в учебе из-за застенчивости и тревожности при необходимости выступать публично (13,80% суждений). В таких вопросах они рассчитывают на педагогов: «Мы нуждаемся в хорошем сопровождении (coaching) со стороны преподавателей, чтобы они были друзьями для нас, оставаясь учителями». «Необходим опыт, – также считали они, – как видеть и “читать” людей на улице или в других местах, чтобы мы могли легко

различать, чтобы сходиться с ними». В этом плане они, пользуясь положением студентов-медиков, «хотели бы получить опыт общения в психиатрических больницах, чтобы увидеть варианты эмоций и поведения». Внешние ограничения для расширения социальных отношений иностранные студенты связывали с «трудностями выживания (difficult to survive) в снежную зиму», затратами времени на «ежедневное приготовление еды», отсутствием обученности «социальному поведению среди людей» (10,34%). Что касалось досуговой сферы, то студенты хотели бы «иметь больше возможностей участия в университетских мероприятиях и внеучебной деятельности». Они хотели бы, чтобы им «передавали знание о русской культуре и исторических событиях таким образом», чтобы самим «производить такого рода знание». Отдаленность от родины объясняло их желание, например, «включиться в индийские программы и концерты» (10,34%).

Совершенно неожиданным по полноте своей представленности оказался запрос о личностно-психологической поддержке (27,58%). Принятие ситуации обучения как пространства для личностного развития проявилось в потребности получить «креативную, заинтересованную поддержку сотрудничеством» в силу того, что «в XXI веке нужны такие умения от обучения, как Критическое Мышление, Сотрудничество, Коммуникация и Креативность» (10,34%). Признание творчества как наиболее востребованной в современном мире продуктивной способности личности побудило студентов сформулировать запрос о развитии «креативных умений, превышающих те, которые в поддерживающем режиме транслируются университетом» (10,34%). В итоге порадовала выраженная ориентация на будущее, которое достижимо с помощью собственных усилий: «Мы прибыли в другую страну, чтобы иметь достойное будущее» (6,90%).

Вывод. Частичная апробация программы экспресс-диагностики социально-культурной адаптации иностранных студентов на базе медицинского университета уже на пилотажном этапе исследования позволила сделать некоторые обобщения.

Во-первых, отмечается существенное различие в характере адапционных запросов у студентов, обучающихся в контактном и удаленном форматах. В силу отсутствия непосредственного социально-культурного контекста жизни другой страны отечественные вузы смогут формировать лояльность к российской действительности у граждан другой страны в очень ограниченной степени. По сути дела, общественно-политическая линия образования остается нереализованной.

Во-вторых, со стороны иностранных студентов отмечается настойчивое требование формирования универсальных soft-skills – коммуникации, кооперации, критического мышления, креативности – наряду с обя-

зательным объемом профессиональных знаний даже в такой конкретной области деятельности, как врачебная практика.

Результаты исследования и их интерпретация выводят работников высшего образования на необходимость объединения усилий для реорганизации системы профессиональной подготовки специалистов из-за рубежа. В условиях повышения квалификации профессорско-преподавательского состава вуза, организованного в интерактивном режиме, такая задача становится достижимой.

Список литературы

1. Смирнов В.М., Болучевская В.В., Михайлова Л.В., Абдрахманова Р.О., Киликаева Е.И. Анализ социально-психологической адаптации студентов в медицинских вузах Южного федерального округа // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. № 4. С. 58.
2. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. Саратов: Вузовское образование, 2014. 390 с.
3. Фролова С.В. Приверженность личности стране: социально-психологический анализ. Саратов: ИЦ Наука, 2019. 370 с.
4. Черникова Т.В. Психологическая поддержка в образовании. М.: МПА-Пресс, 2003. 408 с.
5. Latypov Z., Ziyatdinov A., Demidova L., Gerasimov V., Zaostrovitseva M. The problem of adaptation of foreign students studying in Russian universities // Revista ESPACIOS. 2017. Vol. 38, № 56. P. 27-34.

УДК 159.9

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В.Б. Чупина, Л.С. Гавриленко, Т.И. Тарасова

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

Аннотация. В статье представлено исследование психологических особенностей людей страдающих артериальным давлением. В настоящее время проблема человека находящегося в ситуации хронического соматического заболевания рассматривается не только как медицинская, но и как проблема социальная и психологическая. Болезнь необходимо рассматривать как фактор возникновения кризиса идентичности, в который попадает больной человек в виду радикального изменения «социальной ситуации развития». На основе анализа результатов исследования

показано влияние гипертонической болезни на психологические особенности личности.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, психологические особенности, депрессия, тревога, раздражительность

Актуальность. На сегодняшний день медицина достигла значительных успехов в лечении и профилактике гипертонической болезни. Но, тем не менее, в связи с большой распространенностью данного заболевания, оно по-прежнему, продолжает оставаться объектом пристального внимания в медицинских исследованиях и смежных с ней областях. В последнее время ключевыми факторами риска в распространении сердечно-сосудистой патологии все больше становятся социальные и психологические факторы.

Современные исследования в области психологии личности подтверждают влияние индивидуально-типологических свойств личности на развитие гипертонической болезни. Здесь исследователи выделяют два подхода (направления) сложившихся на сегодняшний день. В частности, представители одного из подходов считают, что изменение личности и заострение каких-либо ее свойств, происходит под непосредственным воздействием болезни и зависит от тяжести и течения патологического процесса (Агеенкова, 2015).

Ученые, придерживающиеся другого направления говорят о том, что определенные свойства личности могут способствовать формированию патологии различных органов и систем, в том числе вести к развитию гипертонической болезни (Антюшина, 2015).

Постановка проблемы. Тем не менее, до сих пор не уточнены индивидуально-типологические свойства лиц, наиболее подверженных влиянию стресса и склонных к формированию гипертонической болезни. До сих пор остаются неразрешенными вопросы индивидуальных различий, влияющие на чувствительность к стрессу и увеличивающие риск возникновения гипертонической болезни.

Поэтому, исследование существующей проблемы является особенно актуальной в настоящее время, т.к. гипертоническая болезнь имеет очень высокий уровень распространенности среди населения, которая является одной из причин снижения трудоспособности населения, а в ряде случаев инвалидизации и смертности. И что немало важно, гипертоническая болезнь является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Методы и материалы. Целью нашего исследования являлось изучение внутренней картины болезни и психологических особенностей больных путем расспроса, сбора анамнеза, а также использованием методики «ТОБОЛ» и опросника самооценки тревожности и депрессии Зунга (Шумилов, 2020).

В процессе беседы с пациентами особенно важным представлялось выяснить, с чем сам пациент связывает свое заболевание.

В ходе нашего исследования психологических особенностей людей с гипертонической болезнью, мы применили метод диагностической беседы. Целью данного метода являлось изучение внутренней картины болезни и психологических особенностей больных путем расспроса, сбора анамнеза.

В констатирующем эксперименте приняли участие 10 испытуемых, из них 5 человек – люди, у которых отсутствовали хронические и острые соматические заболевания и заболевания нервной системы; и 5 больных гипертонической болезнью в возрасте от 30 до 75 лет, в связи с чем, испытуемые были разделены на две группы.

Результаты и их обсуждение. В ходе диагностической беседы с пациентами, страдающими гипертонической болезнью мы получили следующие результаты: 40% отметили, что очень часто бывают раздражительны и это мешает им в общении с коллегами по работе и в семье; 20% избегают шумных мест, так как не переносят шум и громкие звуки; 50% свойственна обидчивость, она им не мешает, и они не придают ей никакого значения; 30% часто испытывают чувство тревоги по пустякам, это мешает им, так как следствием является бессонница.

Таблица 1

Результаты диагностической беседы с людьми, страдающими гипертонической болезнью

№ пациента	раздражительность	непереносимость шума	обидчивость	тревожная мнительность
1	+			
2		+	+	
3			+	+
4		+		+
5	+		+	
6	+			
7				+
8	+		+	
9				
10		+	+	

Данные нашего исследования показывают, что пациенты с гипертонической болезнью имеют свои психологические особенности. Среди них: раздражительность, плаксивость, обидчивость, тревожная мнительность, часто в окружающих видят недоброжелателей, не переносят шум и резкие звуки (Цыганков, 2015). Сами больные говорят, что в последнее время стали более раздражительны. 30% пациентов сказали, что стали более тревожны, беспокойны за членов своей семьи, боятся за их жизнь, чувство страха не покидает даже во время сна.

Используя методику «ТОБОЛ», мы получили следующие результаты: у большинства пациентов с гипертонической болезнью наблюдается «смешанный» и «диффузный» типы отношения к болезни. Также и у наших испытуемых отмечались тревожное настроение и угнетенность.

Для «неврастенического типа» наших испытуемых характерно раздражение, которое в большей степени направлено на окружающих людей, особенно членов семьи и соседей.

Следует отметить, что «ипохондрический тип» отношения к болезни проявляется у мужчин и женщин более зрелого возраста, а смешанный у молодого поколения.

В своем исследовании также мы применили опросник Зунга (шкала депрессии Зунга).

При проведении данной методики с больными гипертонической болезнью, мы получили следующие результаты. Отсутствие депрессии мы выявили у 40 % больных, это свидетельствует о позитивном настрое пациентов; у 30 % больных присутствует легкая депрессия невротического характера, связывают они это с пребыванием в стационаре, с атмосферой не совсем благоприятной для них; у 30 % пациентов мы выявили маскированную депрессию, пациенты данного типа депрессии тщательно скрывают свои истинные чувства и переживания, стараются казаться беззаботными и уверенными в себе; истинной депрессии в данной группе испытуемых не выявлено.

Подводя итоги нашего исследования, можно сделать следующие выводы: люди, страдающие гипертонической болезнью, имеют свои психологические особенности. Так, например, в диагностической беседе с гипертоническими больными 40 % отметили, что им свойственна раздражительность по отношению к окружающим, 30 % не переносят шум и резкие звуки, 50 % свойственна обидчивость, что мешает им в повседневной жизни и в общении с коллегами по работе, тревожная мнительность присутствует у 30 % опрошенных.

Если сравнить результаты, полученные при проведении методики «Депрессивная шкала Зунга», хотелось бы отметить, что чистого вида депрессии у больных гипертонической болезнью не выявлено.

Результаты, полученные при проведении диагностической беседы, методики «ТОБОЛ» и методики «Шкала депрессии Зунга» с людьми, страдающими гипертонической болезнью

Гипертоническая болезнь	
Диагностическая беседа	
выявлено	%
раздражительность	40
непереносимость шума	30
обидчивость	50
тревожная мнительность	30
Методика «ТОБОЛ»	
тип отношения к болезни	%
эгоцентрический	25
ипохондрический	20
гармоничный	10
Методика «Шкала депрессии Зунга»	
Вид депрессии	%
отсутствие депрессии	40
легкая депрессия невротического генеза	30
маскированная депрессия	30
истинная депрессия	-

Вывод. На основании проведенного нами эксперимента, можно сделать вывод о том, что гипертоническая болезнь оказывает большое влияние на личность и во многом обуславливает поведение человека.

Исходя из полученных результатов, мы выявили, что самыми распространенными проблемами людей, страдающих гипертонической болезнью, являются чувство страха и тревоги, депрессия и отсутствие смысла жизни.

Список литературы

1. Агеев О.А., Чудаева О.В. Влияние факторов риска на показатели суточного профиля артериального давления у молодых пациентов с артериальной гипертонией // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6. С. 34.
2. Антюшина Т.Ю., Чалов В.Н. Личностные особенности пациентов, страдающих эссенциальной артериальной гипертензией // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 11-6. С. 774-776.

3. Павловская Т.С., Сидорович Э.К., Наумовская Н.А. Особенности астенического синдрома и аффективных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. 2020. Т. 10, № 2. С. 211-219.
4. Синцова С.В., Вотинцев А.Е., Заболотских Е.М. Клинический психолог и врач, совместное сопровождение кардиологических больных // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2016. № 4 (15). С. 60-65.
5. Цыганков Б.Д., Макарова И.А., Морозова И.А. Особенности психоэмоциональных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией // Психическое здоровье. 2015. Т. 13, № 11 (114). С. 10-18.
6. Шумилов С.П., Агадуллина А.И., Шумилова Е.А. Диагностика психологического состояния пациентов с артериальной гипертензией // Инновационная наука. 2020. № 1. С. 124-129.

УДК 159.95:616-053.9

АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ АКТИВИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ (НА ПРИМЕРЕ КРАЕВОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «УЮТ»)

В.Б. Чупина, Н.В. Тихонова

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

Аннотация. Проблема психологической помощи пожилым людям продолжает оставаться актуальной в связи с особенностями личностной сферы и психических процессов у пациентов данной возрастной группы. При оказании медико-социальной помощи пожилому пациенту требуется психологическое сопровождение, которое позволяет более эффективно проводить реабилитационные мероприятия. Цель данной работы стало - представить современные подходы к оказанию психологической помощи, способствующие долговременной активизации психической деятельности пожилых пациентов.

Полученные результаты эмпирического исследования позволили выявить нарушения динамического и регуляторного характера всех компонентов психической деятельности, эмоционально-волевые нарушения у большинства пациентов. Следовательно, нормализация показателей психических процессов у участников является необходимым условием положительной динамики изменений психических процессов. Деятельность по психологической помощи в условиях геронтологического центра позволяет использовать множество методов и средств, которые могут спо-

способствовать активизации психической деятельности пожилых людей. Как правило, это воздействие осуществляется только в условиях геронтологического центра и не носит долговременный характер. Следовательно, активизация психической деятельности пациентов пожилого возраста, достигнутая специалистами учреждения, при выписке пациента может начать снижаться. В связи с этим в учреждении внедряются инновационные формы психолого-педагогического воздействия, позволяющие вовлечь пациента в пролонгированные проекты, участвовать в которых он может после выписки из учреждения. Новизна работы заключается во внедрении долговременного психолого-педагогического проекта «Эколетие», целью которого является реализация мероприятий, направленных на активизацию психической деятельности пациентов путем повышения уровня их экологической культуры и внедрения экологических практик в дальнейшую каждодневную деятельность пожилого человека.

Ключевые слова: психологическая помощь, пожилые пациенты, пролонгированные проекты, экологические практики, активизация психической деятельности, психокоррекция

Актуальность. В настоящее время продолжает оставаться злободневной проблема психологической помощи пожилым людям в разных ее аспектах, поскольку кардинальные демографические и экономические изменения, произошедшие за последние десятилетия, свидетельствуют о превращении людей старшей возрастной группы в значительную часть общества. Ещё более сложной оказывается социальная ситуация развития пожилых людей, которая влечёт за собой появление таких особенностей личностной сферы, как ригидность всех его психических процессов (Иржанова, 2016).

Множество психосоциальных факторов, таких, как прекращение активной трудовой деятельности, семейные конфликты, потеря супруга, снижение социальной востребованности оказывает непосредственное влияние на формирование и течение психической деятельности в пожилом возрасте. Следовательно, пожилому человеку требуется особая психологическая помощь, способствующая изменению образа жизни пожилого человека и предполагающая постепенную адаптацию к происходящим изменениям

Постановка проблемы. При оказании медико-социальной помощи пожилому пациенту требуется психологическое сопровождение, которое позволяет более эффективно проводить реабилитационные мероприятия. Современные подходы к оказанию психологической помощи должны способствовать долговременной активизации психической деятельности пожилых пациентов. Данный аспект достигается при внедрении инновационных форм долговременного психолого-педагогического воз-

действия, позволяющих вовлечь пациента в пролонгированные проекты, участвовать в которых он может после оказания медико-социальной психологической помощи в практике дальнейшей повседневной жизнедеятельности, применяя новые психологические навыки и знания здоровьесохранительного поведения.

Материалы и методы. Анализ литературных источников показал, что, у пожилых людей, как правило, снижена активность, замедляется работа психических процессов, ухудшается самочувствие (Иржанова, 2016).

В связи с этим в исследовании мы уделяли внимание активизации познавательных и эмоционально-волевых процессов у лиц пожилого возраста, находящихся на реабилитационном санаторно-курортном лечении в геронтологическом центре «Уют» г. Красноярска (Сергеева, 2019). В пожилом возрасте при оказании медико-социальной помощи пациенту требуется индивидуальное и коллективное психологическое сопровождение, которое позволяет более эффективно проводить реабилитационные мероприятия.

В соответствии с целью исследования в качестве диагностического инструментария мы использовали батарею методик для нейропсихологического обследования А.Р. Лурии.

Результаты и их обсуждение. При проведении нейропсихологического обследования у пожилых людей выявлено в доступном объеме (необходимы постоянная стимуляция и повторы инструкции): темп деятельности медленный, снижение и неустойчивость внимания, наблюдается инактивность. Зрительный, предметный (простые пробы), лицевой, цветовой, буквенный, цифровой гнозис сохранены; оптико-пространственный гнозис и праксис – ориентировка в пространстве доступна, в «слепых» часах сохранно, флюктуативно доступно опознание времени на оцифрованном циферблате, самостоятельный рисунок не нарушен; сомато-сенсорный (проба Ферстера, узнавание предметов), сомато-топический (узнавание пальцев, частей тела, право-левая ориентировка) сохранна (Савилов, 2017).

Отмечается замедление мышления, относительная сохранность функции абстрагирования в простых пословицах и метафорах. В эмоционально-волевой сфере обеднение эмоционального фона, отмечаются выраженные нарушения цикла «сон-бодрствование».

Таким образом, при проведении исследования у большинства пациентов были выявлены нарушения динамического и регуляторного характера всех компонентов психической деятельности, а также эмоционально-волевые нарушения.

На следующем этапе нами была разработана и реализована программа психокоррекционной работы, направленная на нормализацию показателей психических процессов у участников, вошедших в экспериментальную группу, что, в свою очередь, должно повлечь за собой и положительную динамику изменений психических процессов.

Особую значимость имеет психологическая помощь в форме психокоррекции, представляющей собой совокупность психологических приемов, которые используются психологом учреждения для определенных недостатков особенностей внутреннего мира личности или поведения психически здорового человека (Куликов, 2017; Политика, 2018). Активизация психической деятельности может осуществляться двумя способами – посредством предупреждения снижения психической активности, а также ликвидация уже возникших негативных состояний (Мелехин, 2016).

Данные мероприятия способствуют коррекции психологических проблем пожилого человека и формированию мотивации заботы о собственном здоровье (Вербина, 2019).

В целом, деятельность по психологической коррекции в условиях геронтологического центра позволяет использовать множество методов и средств, которые могут способствовать активизации психических процессов у пожилых людей (Ефремова, 2019).

Поскольку, активизация психической деятельности пациентов пожилого возраста должна иметь долговременный характер, с течением времени достигнутая положительная динамика может начать снижаться, так как все активные методы и приёмы активизации психических процессов, использованные специалистами социально-реабилитационного отделения геронтологического центра нуждаются в регулярном использовании самими участниками процесса. В связи с этим в деятельность учреждения активно внедряются социально-психологические проекты долговременного воздействия.

Основная цель проекта «Эколетие» состоит в реализации мероприятий, направленных на активизацию психической деятельности пациентов путем повышения уровня их экологической культуры и внедрения экологических практик в каждодневную деятельность людей пенсионного возраста, проживающих на территории Красноярского края и города Красноярск, получающих социально-оздоровительные услуги в КГАУ-СО «Краевой геронтологический центр «Уют»».

В связи с особенностями реализации проекта особое место принадлежит психологическому сопровождению проекта. В задачи психолога центра включены следующие направления: 1. развитие коммуникативных навыков и умений путем психологической тренинговой работы, создания ситуаций эффективного взаимодействия, социальное сопровождение формирования положительного опыта общения и решения коммуникативных задач; 2. формирование и развитие эмоциональной сферы, коррекция самооценки, психологическая работа с негативными эмоциями, вовлечение в социокультурную деятельность.

Возможные методы реализации этих направлений проводятся в Геронтологическом центре в рамках коллективной и индивидуальной работы

с использованием специальных психологических коррекционных программ: арт-терапия в рамках психологического сопровождения, танце-двигательная терапия, телесно-ориентированной терапии, игра-терапии. Танце-двигательная терапия способствует высвобождению мышечного напряжения, снятию психофизиологических зажимов и формированию приёмов состояния релаксации. Телесно – ориентированная терапия способствует развитию осознания собственного тела, созданию позитивного образа тела, развитию навыков общения. Игра-терапия - исследование чувств и приобретение группового опыта в налаживании коммуникативных способностей. В настоящее время в комплекс мероприятий активно внедряются элементы нейробики – гимнастики для мозга. В процессе проведения психокоррекционных занятий пожилой пациент осваивает техники и упражнения, которые ему помогут в дальнейшей здоровьесберегающей жизнедеятельности (Тихонова, 2019).

Кроме индивидуальной психологической тренинговой работы психолога с пожилыми пациентами проводятся тренинги, направленные на формирование уверенности в себе, повышение самооценки и уровня оптимизма. Кроме того, используется фактор организации межпоколенного взаимодействия в различных формах.

Качественные результаты проекта заключаются в приобретении новых психологических навыков и знаний в рамках здорового образа жизни, сохранения психической активности, бережливого отношения к ресурсам и окружающему пространству.

Вывод. На основании результатов исследования можно сделать вывод о том, что технология целенаправленного психокоррекционного воздействия явилась эффективной и способствовала активизации психических процессов у пожилых людей.

Необходимо отметить, что с течением времени достигнутая положительная динамика может начать снижаться, так как все активные методы и приёмы активизации психических процессов, использованные в программе формирующего эксперимента, нуждаются в регулярном использовании самими участниками эксперимента. Положительная динамика показателей психических процессов будет долговременной при внедрении в программу психологической помощи пожилым пациентам инновационных форм психолого-педагогического воздействия, позволяющих вовлечь пациента в пролонгированные психолого-педагогические проекты, участвовать в которых он может после выписки из учреждения. В опыте работы геронтологического центра таким долговременным проектом стал проект «Эколетие», внедряемый в деятельность учреждения.

Представленный проект рассчитан на долгосрочную деятельность путем увеличения количества вовлечённых волонтерских команд и социально ориентированных некоммерческих организаций.

Список литературы

1. Вербина Г.Г. Психологические возможности пожилого человека и ретардация старения // Образование и право. 2019. № 7. С. 193-195.
2. Ефремова Д.Н. Современные технологии в социально-психологической реабилитации людей пожилого возраста // Вестник Московского государственного областного университета. 2019. № 1. С. 129-137.
3. Иржанова А.А. Актуальные проблемы людей пожилого возраста в современном мире // Новая наука: Стратегии и векторы развития. 2016. № 118-3. С. 114-116.
4. Куликов Л.В., Юмкина Е.А. Социально-психологические аспекты помощи пожилым людям в сохранении активности // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2017. Т. 27, № 1. С. 36-44.
5. Мелёхин А.И. Траектории изменения модели психического в пожилом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 1 (90). С. 24-43.
6. Политика О.И., Нагуманова Э.Р., Валитова А.И. Психологические особенности психокоррекции лиц пожилого возраста // Проблемы современного педагогического образования. 2018. № 61-1. С. 412-414.
7. Савилов В. Медико-психологическая реабилитация для пожилых людей с мягким когнитивным снижением // Московская медицина. 2017. № 2 (17). С. 67-70.
8. Сергеева Т.Б., Глуханюк Н.С., Борисов Г.И. Личностная мобильность человека в пожилом возрасте // Известия Уральского федерального университета. Серия 1: Проблемы образования, науки и культуры. 2019. Т. 25, № 3 (189). С. 193-201.
9. Тихонова Н.В. Здоровьесберегающие технологии в практике медико-социальной работы с пожилым пациентом (на примере Краевого геронтологического центра) // The Newman In Foreign Policy. 2019. № 49-5 (93). С. 13-16.

УДК 304.2

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ПЛАТФОРМА КУЛЬТУРНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА: ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ

Ф.В. Шитиков¹, О.В. Волкова²

¹ГАПОУ «Байкальский базовый медицинский колледж Министерства здравоохранения Республики Бурятия», пгт. Селенгинск, Россия

²Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия

Аннотация. Статья посвящена проблеме самодостаточности представлений и понятий, связанных с психическим здоровьем, в современных условиях влияния на них внешних социально-экономических факторов. Анализ Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (принятой в США номенклатуры психических расстройств) проделанный новозеландским социологом Брюсом

Коэном, а также концепция субъективности канадского исследователя Томаса Тео демонстрируют особенности становления современного психологического знания в условиях доминирования неолиберальных ценностей и принципов жизни. Эти и многие другие исследования находящиеся на стыке психологических и социальных дисциплин, указывают на то, что сфера психологии, находясь в определенных социальных условиях, не только испытывает влияние окружающей социальной среды, но также является ключевой инстанцией легитимирующей многие социокультурные трансформации современного общества. Что, в частности, относится к формированию концептов и представлений, связанных с психическим и физическим здоровьем.

Объективация психических недугов, одностороннее рассмотрение психических заболеваний в том же ключе, в каком происходит рассмотрение физиологических заболеваний, неизбежно ведет к проблематизации самого индивидуума, в результате чего теряется возможность более подробно рассматривать связь психических проблем с социальными причинами их возникновения. Практико-ориентированный подход, выраженный в ориентации на адаптацию вне социального контекста возникновения тех или иных психических недугов, а также формирование определенных представлений о собственном психологическом благополучии в рамках индивидуалистических принципов, являются процессами, в которых эссенциальные представления психического служат культурной трансформации общества. Восприимчивость к этим трансформациям, безусловно, должна быть актуализирована и в русле современного психологического знания.

Ключевые слова: классификация психических расстройств dsm, проблематизация индивидуума, неолиберализм, становление субъективности, психическое благополучие, психическое совершенствование

Актуальность. Следуя традиционной критической традиции и в силу собственной широкой предметной области, именно в русле социально-философских дисциплин разворачивается обсуждение темы влияние экономической системы на психологическое здоровье современного человека. Так, много работ в этом направлении посвящено современным изменениям в самой модели труда - внедрению гибкости и неустойчивости в трудовой процесс, незащищенностью в сфере занятости, что приводит к психологическому выгоранию, вызывает смятение и страх, связанные с отсутствием стабильности. Эту тему поднимал один из наиболее влиятельных социологов XX века Пьер Бурдьё в работе с показательным названием: «Акты сопротивления: против тирании рынка» (Bourdieu P, 1999). Особняком во взаимосвязи труда и психологического здоровья

стоит проблема безработицы, неизбежная спутница рыночной экономики, которая, конечно же, в первую очередь должна рассматриваться не как экономическая категория, а как социальная болезнь, приносящая огромные душевные страдания людям. Достаточно много сегодня, в связи с возрастающей поляризацией общества по уровню жизни, критики неolibеральной модели конкуренции, сохраняющей неравенство и воспроизводящую идеологию социал-дарвинизма, что, конечно же, ведет к напряжению, распаду социальных связей, которые, как известно, являются основным условием сохранения душевного равновесия.

Безусловно, такие актуальные проблемы не могут быть ни отражены в проблемном поле психологических наук. При этом на первый взгляд кажется очевидным, что именно психологическим дисциплинам свойственен контрэкономический, гуманистический посыл, направленность на человека и его душевное состояние, которая сосредоточена не только на уровне теоретических изысканий, но и на уровне практической разработки средств преодоления проблем, повышение резистентности к жизненным трудностям. Трудно вообразить представителя психологической когорты, который требовал бы эскалации экономического давления и последующего обострения, связанных с этим психологических проблем индивидуумов. Скорее наоборот, именно профессиональная необходимость проникновения в область душевных проблем, непосредственное соприкосновение с психическими недугами порождает искреннее желание нейтрализовать их причины.

Однако, отчасти, именно эта целевая направленность, выраженная в концентрации на самих проблемах как таковых, желание достичь максимальной прозрачности в определении тех или иных психических недугов, а также однозначных, конкретных средств их решения, приводит к тому, что психологическая сфера становится проводником, импортером знания, позиционирующегося в обществе как объективное и научное, на основании которого осуществляются культурные трансформации, имеющие выраженную детерминацию экономикой.

В этой связи, знаковым моментом было введение в практику Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) в Соединенных Штатах Америки, в обществе, где, как известно, психотерапия сегодня устоялась как общепризнанная практика и обыденная норма жизни. Введение этого справочника являлось знаковым, потому как отразило вектор модернизации психической диагностики, выраженной в его научной обоснованности, операциональности, что в свою очередь укрепило легитимность общественного института профилактики и лечения психических отклонений. Направленность на доказательность мето-

дов диагностики и лечения привезли к широкому признанию психотерапии в 80ые, что, в первую очередь, было связано с выходом третьей версии руководства (DSM III), которая стала своего рода флагманом когнитивно-бихевиорального направления в психологии. Ведущие психиатры того времени считали этот справочник революционной книгой (Холмогорова, 2014), делающий огромный шаг к объективной и научно обоснованной квалификации психических расстройств.

Постановка проблемы. Само собой такая объективация списка болезней, предпринятая авторами справочника, постоянно подвергалась критике, именно с позиции того, что концепции, идеи, принимаются в этом случае за реальный объект. В частности, подчеркивалось как сам по себе научный дискурс, а не объективные научные данные становились основой справочника (Kirk, Kutchins, 1994). Тем не менее, диагностический критерии постоянно проходили процесс критической переоценки и сегодня DSM – 5 (пятая версия справочника, выпущенная в 2013 году) работает и имеет высокий авторитет. По существу, поставленный полвека назад вопрос о реальности психического заболевания снят с рассмотрения в пользу бихевиоральной модели, рассматривающей психическое заболевание как объективный феномен.

Однако проблема в том, что механизм психического недуга и сфера его регуляции имеет более глубокую композицию, связанную не только с непосредственно областью психического, поэтому и проблематизировать его необходимо соответственно. Так, в своей работе «Психиотрическая гегемония: марксистская теория психических заболеваний» Брюс Коэн (Cohen, 2016) демонстрирует как психологическая наука стала платформой для нового менеджмента, интерес к которой начинает повышаться в Американском обществе после второй мировой войны. Коэн указывает на то, что именно желание найти «подходящего работника» (right worker) породило идею счастливого работника, а в дальнейшие изменения в характере труда, связанные, прежде всего, с развитием экономики услуг, обусловили широко распространенные сегодня идеи позитивного мышления и персонального роста, которые позволяли работнику быть более устойчивым и лабильным, менее критично воспринимать окружающую среду.

Таким образом, Коэн демонстрирует, что сфера психической коррекций не находится в вакууме, а определяется окружающими ее условиями. Это касается как формирования положительных концептов, таких, как «личностный рост», «позитивное мышление», «счастье», становление которых произошло посредством психологической науки, так и патологизации отдельных явлений, которые, на фоне изменяющихся экономических условий, выступали ограничителем экономического развития. Особенно показательна в этом смысле как раз третья версия Диагности-

ческого и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-III), вышедшая в период широкого распространения неолиберализма, в которой осуществляется патологизация коммуникативных расстройств, что отражено в появлении диагноза «социофобии». Все это, как отмечает Коэн, непосредственно связано со стремлением избавиться от тех проявлений поведения, которые ограничивают работника в новых условиях. Таким образом, патологизация выполняла функцию нормирования индивидуума в соответствии с экономическими реалиями. Коэн пишет: «Озабоченные необходимостью подчинения работников желаемым нормам и ценностям, необходимым для «успеха» в неолиберальном обществе, представители психологической когорты (psy-professions) третируют как ненормальных и вытесняют тех, кого считали просто застенчивыми, интровертными или скрытными коллегами» (Cohen, 2016). Демонстрируя эти примеры, Коэн указывает на непосредственную связь психологического знания с экономической сферой и структурой отношений власти в обществе.

Однако, саму проблему взаимодействия экономики, власти и психического нормирования стоит расширить. Психическая ненормальность и представления о психической норме всегда были сферой, в которой общество находило свое отражение и на основании чего воспроизводило социальные практики. Объективация области психического легитимирует современную культуру заботы о психике и санкционирует поле психологического в качестве конечной объяснительной инстанции. Именно на основании знания, легитимированного инстанцией психологического принято сегодня рассуждать о том, к чему на самом деле надо стремиться, как понимать счастье и выстраивать правильные отношения с другими людьми. Вне дискуссии об объективности тех или иных психических отклонений, они таки или иначе являются факторами, непосредственно или опосредовано включенными в процесс конструирования социального. И дело даже не в том, насколько обоснованным можно считать выделение того или иного психического недуга (хотя опираясь на последнюю версию DSM (DSM – 5), где психическим расстройством считается тяжело протекающий предменструальный синдром или накопительство, под критерии которого по многим критериям попадает коллекционирование (Зинченко, Шайгерова, 2014), вероятность такого подтверждения довольно велика), дело в самом отношении к себе, к собственному Я и миру вокруг опосредованным определенной объяснительной моделью.

Результаты и их обсуждение. Важно осознавать, что вне зависимости от обоснованности и эффективности тех или иных подходов в сфере психологического исправления и совершенствования, они не пребывают сами по себе, служа внешнеположной идее гармонии человека, а являются,

по сути, посредниками социокультурного преобразования общества. Как справедливо указывают Е.В. Якимова и А.М. Пономарева, опирающиеся на концепцию канадского исследователя Томаса Тео (Тео, 2018), сегодня психологические дисциплины вовлечены в широкомасштабное продуцирование и легитимацию неолиберальной культуры и неолиберальных идеалов и практик в обществе: «Среди неолиберальных практик, опосредованных психологической теорией, - духовная и телесная трансформация индивидуального Я в соответствии с требованиями рынка; культивирование личного успеха в его наглядном (материальном) выражении; подчинение жизненных траекторий императиву «ответственного выбора» на фоне жесткой самодисциплины и самоконтроля; психотерапевтические, медицинские и косметические манипуляции для создания имиджа вечной молодости и здоровья; тактики «успешного старения»; тотальная коммерциализация межличностных, семейных и партнерских отношений; перманентная калькуляция как стиль жизни, ориентированной на поддержание баланса затрат и выгод; этика заботы о себе. Так или иначе, в фокусе внимания современного психологического знания, связанного с феноменом неолиберализма, находится homo neoliberalus как воплощение исторически нового, уникального типа человеческой субъективности, который подчиняет себе все прочие варианты личностной индивидуализации и агентности и бросает вызов традиционным ценностям гуманизма, взаимопомощи, социального участия и солидарности». (Якимова, Пономарева, 2019)

Все перечисленные аспекты новой субъективности homo neoliberalus сегодня стремительно распространяются, становясь человеческой субъективностью как таковой, и в ходе этого процесса именно область психологии и эссенциальные представления психического легитимируют масштабные культурные трансформации. Психологические практики, ценностные установки психологических дисциплин сопровождают становление современного человека, позволяя избавиться от форм субъективности противоположной господствующей форме homo neoliberalus, которые не укладываются в рамки господствующих социокультурных реалий. Однако, если лейтмотивом современной критики неолиберальной культуры, является то, что дизайн субъективности в такой системе является скорее требованием операционального участия в самой собственной деятельности системы, то вся сфера психологической коррекции также оказывается вовлечена в этот процесс. И когда по отношению к верхнему уровню, представленному сегодня всевозможными психологическим тренингам и книгам психологического совершенствования, такое подозрение выглядит очевидным (подчиняясь обороту знакового, экономического обмена вся эта коммерциализированная область, декларируя цели самоактуализации и самореализации,

на самом деле в первую очередь вводит человека в операциональный оборот системы), то сложнее заподозрить в чем-то подобном те области коррекции, которые направлены на исправление очевидных патологий психики. Тем не менее, в рамках рассмотрения всей системы психологического знания в обществе, такие институты, даже вопреки собственным интенциям, воспроизводят легитимность психологического дискурса в целом.

Вывод. Безусловно, все это ни в коем случае не означает, что забота о психологическом благополучии не важна и уж тем более не указывает на сомнения в необходимости получения психологической поддержки и лечения для тех, кто в ней нуждается. Речь идет лишь о проблеме встраивании современной психологии в господствующий дискурс и необходимости осознания социокультурных и политических изменений, которые сегодня связаны со сферой психологии.

Говоря же о действительном уровне психологической поддержки в обществе, напротив, именно во многих современных государственных режимах с господствующей неолиберальной стратегией развития происходит сокращение широкодоступной социальной поддержки (Ильин, 2020) и в том числе поддержки людей с психическими заболеваниями. Как в случае с нарциссическим культом тела и заботой о здоровье, где красота и правильный, здоровый образ жизни становится абсолютным предписанием для каждого на фоне сокращающей в реальности общедоступной медицины и спорта, решению проблем людей с заболеваниями психики уделяется в действительности все меньше и меньше внимания. Характеризуя современное общество как иступлено стремящееся к психологическому благополучию, речь идет именно *о безудержном стремлении* как таковом, т.е. о некоторой системе ценностей, где собственная психика является областью индивидуальной заботы, находящей под прессом требования постоянной модернизации и апгрейда. И это, конечно же, не гарантирует действительное благополучие для каждого, а напротив, идея психологизированного, счастливого индивидуума поразительно контрастирует на фоне реального патологического психологического состояния общества в целом, которое, говоря словами одного из самых влиятельных философов современности Жана Бодрийера, превращается в отбросы этого искусственного моделирования современного человека (Бодрийер, 1999). Искусственность характер такой субъективности, обусловленной проникновением логики экономического производства на индивидуальный уровень, пожалуй, одно из главных направлений исследований современной социальной философии и, психологические дисциплины, конечно же, должны быть вовлечены в этот критический дискурс.

Список литературы

1. Бодрийяр Ж. Город и ненависть : пер. с фр. Б. Нарумова // Логос. 1997. № 9. Текст: электронный. URL: https://ruthenia.ru/logos/number/1997_09/06.htm#_ftn1 (дата обращения: 04.11.2020).
2. Зинченко Ю.П., Шайгерова Л.А. О некоторых методологических проблемах DSM-5 // Национальный психологический журнал. 2014. №3. (15). С. 49-55.
3. Ильин А.Н. Результаты неолиберальной глобализации: пространство для дискуссии // Век глобализации. 2020. № 2. С.18-32.
4. Мальцев Я.В. Конституирование субъекта современности и поле его деятельности // Философия и культура. 2017. № 5. С.115-130.
5. Холмогорова А.Б. Значение классификации психических расстройств для развития методов психотерапии (на примере тревожных расстройств) // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 3. С. 51-56.
6. Якимова Е.В., Понамарева А.М. Неолиберализм и homo neoliberalus под прицелом социологической и психологической критики: введение к тематическому разделу // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия11: Социология. 2019. № 2. С. 6-23.
7. Bourdieu P. Acts of Resistance: Against the Tyranny of the Market. New York: New Press, 1999. 108 p.
8. Cohen B. Psychiatric Hegemony: a Marxist theory of mental illness. New Zealand, 2016. P. 90. DOI: 10.1057/978-1-137-46051-6
9. Kirk S.A., Kutchins H. The myth of the reliability of DSM // Journal of Mind and Behavior. 1994. Vol. 15, № 1-2. P. 71-86.
10. Teo T. Homo neoliberalus: From personality to forms of subjectivity // Theory and psychology. 2018. Vol. 28, № 5. P. 581-599. DOI: 10.1177/0959354318794899

УДК 316.01

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНО ВОСПРИНИМАЕМОГО ЭЙДЖИЗМА

А.И. Шпаков¹, Л.Г. Климацкая², К. Ковальчук³, О.В. Павлють¹,
О.А. Ковальчук², И.А. Новосельцев²

*¹Гродненский государственный университет имени Янки Купалы»,
г. Гродно, Беларусь,*

*²Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева,
г. Красноярск, Россия*

³Медицинский университет в Белостоке, г. Белосток, Польша

Аннотация. С явлением старения общества тесно связана проблема геронтологического эйджизма - дискриминации по возрасту.

Цель работы – изучение феномена эйджизма, получение данных о его распространенности, характеристиках, а также оценка уровня и особенностей субъективно восприятия данного явления у молодых взрослых и лиц пожилого возраста

Использовался общепринятый метод определения эйджизма по шкале Фрабони. В анонимном анкетировании приняли участие 377 респондентов, разделенных на три возрастные группы: 18-25 лет (n=154), 26-44 лет (n=151) и старше 65 лет (n=72).

Отношение к людям пожилого возраста во всех группах было приближено к позитивному или нейтральному. С возрастом коррелировали показатели по шкале «Дискриминация и негативное эмоциональное отношение» и суммарный уровень эйджизма по трем шкалам. В четверти случаев пожилые респонденты негативно воспринимали себя и своих сверстников по шкале «Отчуждение, избегание». Они же чаще характеризовались проявлениями высокого суммарного уровня эйджизма - 20,8% vs 11,9% и 12,3%. Низкие показатели эйджизма характерны для 23,9% респондентов (минимальный показатель среди пожилых – 15,3%), средний – для 62,3% (равномерное распределение во всех группах).

Уровень возрастной дискриминации по отношению к представителям пожилого возраста соответствует нейтральному и близкому к позитивному во всех трех возрастных группах. Респонденты с низким показателем эйджизма чаще представлены в группе молодых взрослых, а среди пожилых респондентов характерен высокий уровень проявления эйджизма по отношению к сверстникам. Респонденты с высоким уровнем эйджизма достоверно реже признают социальную значимость пожилых людей. В качестве рекомендаций предлагаем коммуникационную стратегию по снижению эйджизма в обществе, направленную на создание позитивного образа пожилых людей, а не на вызов сочувствия и безадресный призыв помогать людям в старости.

Ключевые слова: эйджизм, возрастная дискриминация, возрастные отношения, молодые взрослые

Актуальность. Проблема старения населения является одним из важнейших вызовов для социальной политики и общественного здравоохранения (Levy, 2020). Пожилые люди как особая социальная группа требуют внимания не только со стороны государства (социальное обеспечение, медико-социальная реабилитация), но и со стороны ученых - для выявления очевидных и скрытых проблем жизни в пожилом возрасте, а также для разработки системы улучшения качества жизни (Кечина, 2020). Всемирная организация здравоохранения подтверждает, что с быстрыми темпами старения населения возрастают масштабы деструктивного обращения с пожилыми людьми, что проявляется в виде эйджизма - создания стереотипов, отчуждения и дискриминации отдельных людей или групп населения по возрастному признаку

(WHO, 2016). Создатель концепции эйджизма Роберт Батлер определил его как социальную стереотипизацию и дискриминацию людей по возрастному признаку (Butler, 1980). Позже определение было расширено и на другие возрастные группы (Palmore, 2001). Большинство исследователей в области эйджизма за основу берут первоначальное определение этого явления. Чаще всего геронтологический эйджизм ассоциируется с предвзятым отношением к пожилым людям, как видом социальной дискриминации, включающей негативное, пренебрежительное отношение или унижающие человеческое достоинство вместе с практиками, реализуемыми на основе негативной возрастной стереотипизации (Колпина, 2015, Marques, 2020). Недостаточная изученность этой проблемы и ее важность для общества и пожилых людей, оказывающихся в стрессовой ситуации, предопределяет необходимость данного исследования, результаты которого позволят в дальнейшем обосновать возрастные особенности воздействия классических составляющих эйджизма на пожилого человека и минимизировать негативную ответную реакцию на проявления дезадаптации в целом. Наличие проверенной эффективной методики определения эйджизма позволит в дальнейших исследованиях установить, какие особенности социализации ведут к формированию предубеждённого отношения к пожилым людям и определить роль в этом возрастного фактора.

Постановка проблемы. Основанием для проведения исследования явилась необходимость оценки выраженности отношения представителей более молодой возрастной группы к людям пожилого возраста, изучение особенностей восприятия феномена старости и субъективно переживаемого эйджизма. Гипотеза исследования – уровень эйджизма в выборке молодых взрослых отличается от показателей более старшего поколения и имеет свои особенности по основным составляющим, рассматривающим эйджизм как трехкомпонентный феномен, включающий предрассудки, дискриминацию и избегание. Цель работы – изучение феномена геронтологического эйджизма, получение данных о его распространенности, характеристиках, а также оценка уровня и особенностей субъективно восприятия данного явления у молодых взрослых и лиц пожилого возраста.

Методы и материалы. Для исследования использовался опробованный метод измерения эйджизма по шкале Фрабони (Fraboni, 1990, Чумаков, 2016). Респондентам предлагалось оценить 25 высказываний о пожилых людях. Для ответов использовалась 4-балльная психометрическая шкала Лайкерта. Суммарная оценка проводилась по ответам на вопросы по трем классическим шкалам: «Возрастные стереотипы и предрассудки», «Дискриминация и негативное эмоциональ-

ное отношение» и «Отчуждение, избегание». Более высокий результат указывал на большую возрастную предвзятость, что позволяло оценить как когнитивный, так и аффективный компоненты эйджизма, в том числе косвенно: эмоциональность, стереотипы, отношения между поколениями и уровень субъективно переживаемого явления возрастной дискриминации. В анонимном электронном анкетировании приняли участие 377 респондентов в возрасте 18-25 лет (n=154), 26-44 лет (n=151) - молодые взрослые, а также пожилые люди в возрасте 65 лет и старше (n=72).

Для поиска статистически значимых зависимостей использован пакет статистических программ Statistica 13 PL (StatSoft, USA). В обработке результатов предварительно оценивали соответствие полученных значений закону нормального распределения вариационного ряда с помощью W-статистического теста Шапиро-Вилка. В связи с тем, что итоговые количественные данные по шкалам и суммарный уровень эйджизма имели распределение, отличное от нормального, при обработке и интерпретации результатов учитывались непараметрические показатели оценки. В качестве меры центральной тенденции указывалась медиана, минимальное и максимальное значение показателя, интерквартильный размах, IQR (разница значений верхнего 75-го нижнего 25-го квартилей), которые могут интерпретироваться в качестве показателя уровня эйджизма в каждой конкретной группе респондентов. Также использовались общепринятые показатели: среднее арифметическое (M) совместно со средним квадратичным отклонением (σ). Для оценки достоверности различий между тремя возрастными группами использовался H-тест по Крускалу и Уоллису, а при попарном сравнении групп - U-критерий Манна-Уитни (различия считались значимыми при $p < 0,05$). Метод ранговой корреляции Спирмена использован для определения силы и направления корреляционной связи между возрастом и уровнем эйджизма. Исследование проведено с соблюдением этических норм, изложенных в Хельсинкской декларации и Директивах Европейского сообщества (8/609ЕС). Оно не ущемляло прав человека, не подвергало опасности респондентов, соответствовало требованиям биомедицинской этики, было рассмотрено и одобрено в соответствии с Правилами надлежащей практики этической комиссией университета в Гродно.

Результаты исследования. Результаты обработки анкет с выделением трех классических шкал: предрассудки и стереотипизация, дискриминация и негативное эмоциональное отношение, избегание и отчуждение представлены в таблице. В связи с тем, что различий по полу в группах не установлено, выборки в зависимости от возраста рассматривались как моногруппы.

Оценка субъективно переживаемого эйджизма в ответах молодых взрослых и пожилых респондентов по трем классическим шкалам и показатели суммарного эйджизма

Шкалы	Возраст, лет	Медиана	Минимум-максимум	IQR	M±σ	Критерий-Манна-Уитни
Возрастные стереотипы и предрасудки	18-25 [1]	23,0	16-30	21-25	23,1±2,69	$P_{1-2} > 0,05$
	26-44 [2]	23,0	12-30	21-25	22,9±3,28	$P_{1-3} > 0,05$
	65+ [3]	24,0	17-30	22-26	23,9±3,15	$P_{2-3} > 0,05$
	Вместе	23,0	12-30	21-25	23,2±3,04	$P_{1,2,3} = 0,15^*$
Дискриминация и негативное эмоциональное отношение	18-25 [1]	15,0	10-25	15-16	15,4±2,05	$P_{1-2} < 0,01$
	26-44 [2]	16,0	10-25	15-17	15,9±1,91	$P_{1-3} < 0,01$
	65+ [3]	16,0	10-21	15-18	16,1±2,21	$P_{2-3} > 0,05$
	Вместе	16,0	10-25	15-17	15,8±2,04	$P_{1,2,3} < 0,01^*$
Отчуждение, избегание	18-25 [1]	17,0	9-25	16-19	16,9±2,83	$P_{1-2} > 0,05$
	26-44 [2]	17,0	8-23	15-18	16,5±2,81	$P_{1-3} < 0,05$
	65+ [3]	18,0	10-24	17-19,5	17,8±2,59	$P_{2-3} < 0,001$
	Вместе	17,0	8-25	15-19	16,1±2,81	$P_{1,2,3} < 0,01^*$
Сумма баллов	18-25 [1]	56,0	39-70	52-58	55,5±6,18	$P_{1-2} > 0,05$
	26-44 [2]	55,0	30-71	52-60	55,4±6,54	$P_{1-3} < 0,01$
	65+ [3]	58,0	38-71	53,5-61,5	57,8±6,15	$P_{2-3} < 0,05$
	Вместе	56,0	30-71	53-60	55,9±6,37	$P_{1,2,3} < 0,05^*$

Примечание: [1], [2], [3] – обозначения возрастных групп, соответственно 18-25, 26-44 и более 65 лет.

* критерий Краскела-Уоллиса является модификацией U-теста Манна и Уитни в случае для более двух независимых выборок.

В исследуемой популяции отношение к пожилым людям во всех обследованных группах было нейтральным и близким к позитивному (более 80%). Отмечена некоторая парадоксальность явления. Нейтральное отношение к пожилым людям характерно для возрастных групп 15-25

и 26-44 лет, в то время как сами пожилые люди чаще испытывают выраженное негативное восприятие себя и своих сверстников. Уровень возрастной дискриминации и негативного эмоционального отношения к представителям пожилого возраста находится на повышенном уровне во всех трех выборках (13,8% обследованных). Низкий уровень эйджизма характерен для 23,9% респондентов (минимальный показатель среди пожилых – 15,3%), средний – для 62,3% (равномерное распределение во всех группах). Суммарный низкий показатель эйджизма чаще встречается в группах молодых взрослых (около 25%). Среди пожилых респондентов чаще отмечался высокий уровень беспокойства проявления эйджизма в обществе (20,8% vs 11,9% и 12,3%), а также в четверти случаев они негативно воспринимали себя и своих сверстников по шкале «Отчуждение, избегание». Как и следовало ожидать, респонденты со средним и высоким уровнем эйджизма достоверно реже признавали социальную значимость пожилых людей в обществе. Суммарный показатель эйджизма положительно коррелировал с возрастом участников исследования (коэффициент ранговой корреляции Спирмена – $r=0,10$, $p<0,05$). Наиболее выраженной была связь возраста и результатов по шкале «Дискриминация и негативное эмоциональное отношение» ($r=0,18$, $p<0,05$). Увеличение возраста ассоциировалось с повышением степени дискриминации и негативного эмоционального отношения к пожилым.

Обсуждение результатов. Эйджизм включает в себя как индивидуальную, так и институциональную разновидность. Первая содержит феномен геронтофобии (преимущественно бессознательной боязни старости и смерти), который определяется как иррациональная боязнь контактов с пожилыми людьми и процесса старения. Дополнительно, она предполагает, что старость исключает возможность правильной реализации своей социальной роли. Институциональную форму эйджизма формируют характерные черты социальной структуры общества (Колпина, 2015). Полученные нами данные свидетельствуют, что пожилые люди, по сравнению с более молодыми возрастными категориями населения, обладают гораздо меньшими возможностями для адаптации к складывающимся реалиям жизни, так как в силу возрастных изменений они с трудом вырабатывают новый динамический стереотип, а их опыт жизнедеятельности, не всегда соответствует новым вызовам и динамически изменяющимся ценностям ориентирам общества. С возрастом особенно увеличивались показатели по шкалам «Дискриминация и негативное эмоциональное отношение», а также «Отчуждение, избегание». Похожие результаты представлены в исследованиях в Беларуси, проведенных фирмой САТИО, входящей в CIVITTA Group в 2019 году. Данные шкалы содержат утверждения, оправдывающие практику исключения пожилых людей из активной социальной жизни, существующую в современном

обществе и характеризуют склонность респондента сокращать контакты с пожилыми людьми, вплоть до полного избегания (Marques, 2020). Результаты нашего исследования показали, что преодоление эйджистских проявлений можно связать с официальным признанием наличия этого явления в обществе, во-вторых, с формированием навыка осмысления негативных стереотипов и практик, в чем основная роль принадлежит повышению уровня геронтологической грамотности в каждом возрастном периоде.

Вывод. Обобщая результаты исследования следует отметить, что уровень возрастной дискриминации по отношению к представителям пожилого возраста соответствует нейтральному и близкому к позитивному во всех трех возрастных группах. Респондентов с низким показателем эйджизма значительно больше было в группе молодых взрослых, а среди пожилых респондентов чаще отмечался высокий уровень проявления эйджизма к сверстникам. Респонденты со средним и особенно высоким уровнем эйджизма достоверно реже признают социальную значимость пожилых людей. Считаем, что коммуникационная стратегия по снижению эйджизма в обществе должна быть направлена на создание позитивного образа пожилых людей, а не на вызов сочувствия и безадресный призыв помогать людям в старости.

Список литературы

1. Кечина Е.А., Филинская Л.В. Качество жизни пожилых людей в Беларуси // Вестник РУДН. Серия: Социология. Современное общество: актуальные проблемы и перспективы развития. 2020. Т. 20, № 1. С. 30-49. DOI: 10.22363/2313-2272-2020-20-1-30-49.
2. Колпина Л.В. Геронтологический эйджизм в учреждениях здравоохранения и социальной защиты и направления его преодоления // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2015. № 10 (207). Вып. 30. С.144-151.
3. Колпина Л.В., Городова Т.В. Геронтологический эйджизм: причины возникновения и проблемы преодоления // Фундаментальные исследования. 2015. № 2-17. С. 3871-3874.
4. Отношение населения к людям пожилого возраста и восприятие феномена старости. Текст: электронный. URL: <https://satio.by/marketing-research/> (дата обращения: 11.10.2020).
5. Чумаков М.В., Макарова Е.Ю. Взаимосвязь между уровнем эйджизма и психологической подготовкой обучающихся // Молодежь в науке: Новые аргументы : сб. науч. работ V-го Международного молодежного конкурса (Россия, г. Липецк, 10 ноября 2016 г.). Ч. IV. Липецк: Научное партнерство «Аргумент», 2016. С.211-214.
6. Butler R.N. Ageism: a foreword // J. Soc. Issues. 1980. Vol. 36 № 2. P. 8-11. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x.
7. Fraboni M., Saltstone R., Cooper D., Hughes S. The Fraboni Scale of Ageism // Canadian Journal on Aging. 1990. Vol. 9. № 1. P. 56-66.
8. Levy B.R., Slade M., Chang E.-S., Kanno S., Wang S.Y. Ageism amplifies cost

and prevalence of health conditions // Gerontologist. 2020. Vol. 60, № 1. P. 174-181. DOI: 10.1093/geront/gny131

9. Marques S., Mariano J., Mendonça J., De Tavernier W., Hess M., Naegele L., Peixeiro F., Martins D. Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020. Vol. 17, № 7. P. 2560. DOI: 10.3390/ijerph17072560

10. Palmore E. The ageism survey: First findings // The Gerontologist. 2001. № 41. P. 1-3.

11. WHO. Ageing and life-course. 2016. URL: <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/> (date of access: 08.08.2020).

Статья подготовлена при поддержке гранта РФФИ №20-513-00002Bel_a (проект БРФФИ-РФФИ М20Р-006).

УДК 159.9.072

**АКТУАЛЬНОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ
ЖИЗНЕННЫХ ПЕРСПЕКТИВ ЛИЧНОСТИ В
ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ**

А.З. Азимова, Ю.В. Живаева, В.Б. Чупина

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

Аннотация. Свои возможности как жизненные перспективы человек оценивает в юношеском возрасте, однако в период пандемии это затруднено, так как происходит переосмысление поставленных жизненных целей и появляются сомнения в установившихся мотивациях деятельности, являющихся основой системы ценностей человека. В статье проведен анализ жизненных перспектив людей юношеского возраста согласно методике, предложенной О.И. Мотковым «Гармония». Установлено, что половина выборки людей юношеского возраста имеет высокую жизненную активность и стремится осуществить поставленные перед собой жизненные задачи.

Ключевые слова: жизнь человека, юношеский возраст, пандемия, жизненные перспективы и предназначения, основные стремления, образ жизни

Актуальность. Актуальность планирования своего времени в период жизни во время пандемии обусловлена, появляющимся дополнительным свободным временем, которое возможно отвести для изучения своих личностных качеств, на саморазвитие и карьеру, повышение личностного потенциал и приближение к поставленным перед собой жизненным целям на близкое или отдаленное будущее.

Анализ жизненных целей человека во время пандемии позволяет оценить будущее человека, установить взаимосвязь будущего человека с его настоящим и прошлым, определить место человека в его жизненном пути, что представляет дополнительные сложности, возникающие при дистанционном обучении.

Проблемы современной молодежи на данном этапе развития общества отчетливо проявляются во время пандемии, так как юношеский возраст характеризуется особой важностью системы жизненных ценностей и сфер деятельности человека, различным уровнем личностных мотива-

ций и саморазвития у молодых людей и девушек, которые изменяются при переходе в более старшую группу зрелости человека.

Одной из основных жизненных перспектив юношей во время пандемии является улучшение их материального положения, а жизненные перспективы, не связанные с профессиональной деятельностью, такие как саморазвитие и самореализация отходят на второй план.

Установив для себя одной из главных жизненных перспектив материальное положение человек признает актуальными для себя мотивы, связанные с деловой ориентацией. В юношеском возрасте у человек меняется система его ценностей, он понимает важность любви, стремиться получать удовольствия, улучшать свое благосостояние, познавать новое, путешествовать и отдыхать. Таким образом в юношеском возрасте повышается стремление личности к саморазвитию и самореализации, что позволяет разрабатывать индивидуальные рекомендации.

Постановка проблемы. В условиях пандемии возникает и развивается противоречие между системой науки и образования и проблемой, связанной с недостатком имеющихся у людей юношеского возраста знаний, появлением ценностно-нормативной неопределенности и личностных проблем, связанных с переосмыслением своих жизненных перспектив и трудностями профессионального самоопределения.

Все вышеперечисленное в период пандемии существенно влияет на представления своего будущего и жизненные планы людей юношеского возраста, и, таким образом влияет на личностную активность в период пандемии при возможности организовывать данную диагностику онлайн и также позволило нам разрабатывать индивидуальные рекомендации. Отсюда одной из актуальных проблема юношей и девушек в период пандемии, является необходимость переосмысления жизненных перспектив и целей.

Объектом данного исследования являются жизненные перспективы людей юношеского возраста в период пандемии.

Предметом исследования являются актуальность и возможности изучения жизненных перспектив юношеского возраста в период пандемии у юношей и девушек.

Цель исследования - изучить психологические особенности лиц юношеского возраста и возможности изучения восприятия ими жизненных перспектив юношеского возраста в период пандемии.

Методы и материалы. Основу теоретическо-методологической базы исследования составили научные работы Л.С. Выготского, Б.Ф. Ломонова, и В.П. Кузьмина, посвященные изучению методологии системного подхода; научные работы Б.Г. Ананьева, К.А. Абульхановой-Славской, Е.И. Головахова, А.А. Кроника и С.Л. Рубинштейна, посвященные изучению теории жизненного пути и психологического времени личности;

научные работы В.И. Слободчикова, посвященные изучению интегральной периодизации общего психического развития.

С одной стороны, установлено, что без сложившейся системы жизненных ценностей и планов человек, как личность, теряет одну из основных функций, заключающуюся в саморегуляции и саморазвитии («потенциал личности») на основе представления своего ближайшего и отдаленного будущего. Анализ жизненных планов юношей и девушек позволяет прогнозировать развитие общества. С другой стороны, переосмысление представления о своем будущем в период дистанционного обучения и работы во время пандемии выступает одним из основных критериев развития и зрелости личности.

Данное исследование было проведено на выборке, составленной из 30 старшеклассников муниципального образовательного учреждения Лицей №6 «Перспектива», города Красноярска.

Для исследования жизненных перспектив юношей и девушек был использован пакет методик «Гармония», разработанный О.И. Мотковым, включающий четыре методики: «Личностная биография», «Базовые стремления», «Образ жизни» и «Жизненное предназначение», позволяющий оценить уровень психологической культуры личности (уровень самопознания, саморазвития, общения, эмоционального состояния, творчества), характеризующий гармоничность процесса жизни человека. Оптимальные уровни развития указанных критериев соответствуют высокой психологической культуре личности человека и позволяют оценить жизненные перспективы исследуемых старшеклассников.

Анализируя полученные результаты по методике «Жизненное предназначение», можно сделать следующие выводы:

Установлено, что с позиции «Исполнитель – Творец» 43% старшеклассников имеют низкий и 44% старшеклассников – средний уровень выраженности по шкале «Исполнитель». Таким образом, основным видом деятельности для 87% старшеклассников является работа по четким разработанным инструкциям, в отличие от оставшихся 13% старшеклассников, которые имеют высокие показатели. Для большей части исследуемых старшеклассников высокие и средние показатели по шкале «Творец» распределились примерно одинаково (23% и 27% соответственно). 23% опрошенных старшеклассников, характеризуются высокой мотивацией к творческой деятельности, 27% опрошенных реализуют себя в творческой и исполнительской деятельности, а 50% опрошенных не имеют желания создавать что-то новое.

Таким образом установив преобладающую шкалу в системе «Исполнитель – Творец», получены следующие результаты: 40% учащихся старших классов ориентируются в жизни на выполнение установленных стандартов, а 44% старшеклассников стремятся к реализации себя в творческой деятельности и разработке новых стандартов.

Анализируя полученные результаты исследования жизненной ориентации «Руководитель – Подчиненный», установлено, что у 60% опрошенных старшеклассников преобладает шкала «Руководитель», а шкала «Подчиненный» характерна для 23% опрошенных старшеклассников. Необходимо отметить, что 44% респондентов имеют среднее значение по шкале «Руководитель», следовательно, в различных жизненных ситуациях они могут проявлять свои лидерские качества; 31% респондентов имеют среднее значение по шкале «Подчиненный», следовательно, в различных жизненных ситуациях они могут проявлять как роль подчиненного, так и роль лидера; у 20% респондентов, получивших высокие значения по шкале «Руководитель», могут наблюдаться завышенная самооценка и высокие амбиции, что придает низкую устойчивость в стрессовых ситуациях.

У 13% опрошенных старшеклассников отмечаются сильно выраженные качества руководителя и основной их жизненной целью является руководить и контролировать людей, а для 3% опрошенных старшеклассников отмечаются сильно выраженные качества подчиненного, для них характерны исполнительность и подчиняемость.

Обсуждение результатов. Анализируя полученные результаты можно сделать вывод, что большая часть старшеклассников имеют низкий уровень по шкале «Подчиненный» (62%) и, следовательно, не желают подчиняться и прислушиваться к чьему-либо мнению при выборе будущей карьеры или направления обучения. В основном юноши и девушки занимают промежуточное положение между руководителем и подчиненным и в разных жизненных ситуациях могут проявлять либо одну, либо другую роль.

Анализируя полученные результаты исследования жизненной ориентации «Поддержка других – Поддержка себя», можно отметить, что примерно одинаковое распределение респондентов по шкалам. Большинство опрошенных старшеклассников характеризуются средним уровнем по обоим шкалам (шкала «Поддержка других» - 37% респондентов, шкала «Поддержка себя» - 43% респондентов). Основными жизненными задачами для опрошенных старшеклассников являются забота о себе и своих близких, своем благополучии и благосостоянии, помощь окружающим. Однако, стоит отметить, что для 17% респондентов, имеющих высокие значения по шкале «Поддержка себя», главной жизненной задачей является удовлетворение личных потребностей и стремление к получению удовольствия. И примерно столько же процентов респондентов характеризуется обратными качествами (высоким значением по шкале «Поддержка других»), для них основной жизненной задачей является удовлетворение потребностей родных и любимых людей, помощь окружающим их людям.

Установлено, что 33% опрошенных учеников не готовы тратить собственные ресурсы на оказание помощи окружающим, в том числе родным и близким людям, а для 31% опрошенных учеников, наоборот, к основным жизненным задачам не относится забота об обеспечении своего благосостояния, удовлетворении личных потребностей и интересов. Старшеклассники с псевдовысоким уровнем значений жизненной ориентации по шкалам «Поддержка себя» и «Поддержка других» необъективны в оценке собственных возможностей и характеризуются идеализацией желаний и потребностей либо своих, либо других людей в зависимости от того, по какой из двух шкал они имеют псевдовысокие показатели.

Анализируя полученные результаты исследования по жизненной ориентации «Ситуативная – Духовная» можно говорить о том, что у большинства учеников старших классов преобладает ситуативная ориентация, то есть люди юношеского возраста предпочитают решение личных повседневных и бытовых задач, а не решение мировых общечеловеческих проблем.

Примерно половина респондентов (46%) не рассматривает в своих жизненных перспективах решения или размышления над мировыми общечеловеческими ценностями и проблемами. 30% респондентов отмечают в качестве жизненных перспектив решение текущих задач (быт, учеба, работа). И только 13% респондентов рассматривают в своих жизненных перспективах решение вопросов мировых общечеловеческих проблем и планируют свою жизнь, как неотъемлемая часть человеческого общества. Примерно половина опрошенных старшеклассников занимают промежуточное положение по шкалам «Ситуативная ориентация» (49%) и «Духовная ориентация» (40), следовательно, в зависимости от жизненных ситуаций они решают, как мировые, так и личные, повседневные проблемы.

Таким образом половина юношей и девушек, участвующих в опросе, имеют активную жизненную позицию и стремятся достичь, поставленные перед собой жизненные цели, осуществляя свой жизненные задачи уже в настоящее время. 17% опрошенных юношей и девушек собираются реализовывать свои жизненные планы в близком будущем, а 33% опрошенных в настоящее время частично реализуют свои жизненные планы.

В результате проведенного исследования был определен показатель, характеризующий осознанность жизненных предназначений. Установлено, что 22% опрошенных старшеклассников характеризуются гармоничными внутренними условиями, способствующими достижению своих предназначений, 24% опрошенных старшеклассников, наоборот, имеют невысокое значение данного показателя, а 44% опрошенных старшеклассников средними значениями данного показателя, что позволяет говорить о необходимости саморазвития для реализации жизненных предназначений.

Однако большинство опрошенных старшеклассников (70%) не определились со своим жизненным предназначением, со своими планами и перспективами на дальнейшую жизнь, а остальные 30% опрошенных старшеклассников «плывут по течению», для них важное значение имеет ситуативная ориентация, так как создание семьи, получение хорошей работы имеют более высокий процент, чем помощь другим людьми решение мировых общечеловеческих проблем.

Анализ результатов исследования по методике «Базовые стремления» показывает, что большинство опрошенных старшеклассников имеют средний уровень гармоничности силы позитивных основных стремлений личности, следовательно, такие жизнеутверждающие стремления, как желание жить и продолжать жизнь, саморазвитие, повышение своей самооценки и уверенности в себе и своих силах, стремление к свободе и независимости находятся развиты на среднем уровне.

Напротив, у 17% опрошенных старшеклассников положительные стремления личности имеют низкий уровень, следовательно, данные учащиеся характеризуются наличием жизнеподавляющих тенденций, к которым можно отнести саморазрушение, неуверенность в себе, сильное влияние чужого мнения, стереотипное поведение. 14% опрошенных старшеклассников характеризуются сильными стремлениями жить и продолжать жизнь, самосовершенствоваться, самореализовываться, рассчитывать преимущественно на себя.

Также были определены позитивные базовые стремления личности. Установлено, что более половины респондентов (52%) характеризуются средним уровнем реализации жизнеутверждающих стремлений и не полностью осуществляют свои положительные побуждения. 16% респондентов характеризуются активной реализацией своих жизнеутверждающих тенденции, имеют высокую самооценку и уверенность в своих силах, что позволяет им удовлетворять свои жизненные потребности в еде, сне, отдыхе, безопасности; независимости и саморазвитии. 26% респондентов, наоборот, имеют очень низкую самооценку и не уверены в себе и своих силах, поэтому для них характерны апатия, сильное влияние чужого мнения, стереотипное поведение в различных ситуациях. Для 6% респондентов отмечается псевдовысокий уровень реализации всех позитивных базовых побуждений, то есть для них характерна завышенная самооценка и низкий уровень противоречивости и проблемности.

Анализируя результаты исследования по методике «Образ жизни», можно опрошенных старшеклассников по двум показателям: выраженность интересов к адаптивно необходимым занятиям (Ги) и выраженность осуществления адаптивно необходимых занятий (Гз). Установлено, что у большей части опрошенных старшеклассников значения данных показателей находятся на среднем уровне. Таким образом юноши и девушки

имеют усредненное отношение ко всем занятиям и личным интересам и затрачивают на них примерно одинаковое время. Наибольший интерес старшеклассники проявляют к занятиям, требующим приложения физических нагрузок, умственного труда, творческой работы и коммуникации со сверстниками своего или противоположного пола.

Старшеклассники с высокими показателями по шкале Ги (11%) и шкале Гз (14%), характеризуются сформированностью личности с устойчивой системой адаптивно необходимых интересов и видов жизненной деятельности (умственные и творческие интересы, бытовые дела, деятельность, требующая физических нагрузок и др.), ведущие активный образ жизни и занимающиеся в свободное время всесторонним саморазвитием.

Старшеклассники с низкими показателями по шкале Ги (20%) не могут должным образом организовывать свою жизнедеятельность из-за возможной стереотипности и наличия дезадаптивных интересов. Старшеклассники с низкими показателями по шкале Гз (27%) практически не затрачивают времени на осуществление своих интересов и достижения поставленных целей, то есть возникает внутренняя дисгармония личности, заключающаяся в противоречии между жизненными целями и их осуществлением. В результате проведенного опроса установлено, что наибольшие проблемы у старшеклассников возникают при общении с противоположным полом, занятиях, сопряженных с физическими нагрузками, окружающей природной средой, обращении к извечным темам жизни, таким как смысл жизни, любовь, Бог.

Анализ результатов исследования по методике «Личностная биография» показывает, что среди людей юношеского возраста наблюдаются следующие тенденции:

1. Большинство старшеклассников (36%) имеют низкое значение показателя ЖСО, следовательно, для них характерна жизненная неопределенность, невозможность четко сформулировать свои жизненные планы на ближайшее будущее и отдаленное будущее. 29% опрошенных старшеклассников, наоборот, характеризуются ясными жизненными планами на ближайшее и отдаленное будущее и могут четко сформулировать свои жизненные перспективы. Оставшиеся 35% опрошенных старшеклассников занимают промежуточное положение, так как они ясно представляют свои жизненные цели и задачи, но не во всех сферах своей деятельности определились с жизненными перспективами.

2. Половина опрошенных старшеклассников занимают среднее положение по шкале жизненной самореализации, то есть они характеризуются средними затратами времени и собственных сил на достижение основных жизненных целей.

Вывод. Обобщая результаты исследования можно сказать что впервые всерьёз человек учится овладевать способами понимания и управления перспективами своей жизни в юношеском возрасте посредством средств машинного обучения, а одной из главных особенностей юношеского возраста является формирование жизненных планов на близкое и отдаленное будущее, в которых юноши и девушки анализируют цели и задачи, которые они перед собой ставят, переосмысливают традиционные иерархии и мотивы жизнедеятельности, являющиеся основой системы ценностей. Собственно, жизненная перспектива не всегда открывается тому, кто обладает психологической перспективой чувства домашней обстановки, слабо воспринимает дистанционное обучение, т. е. не обладает личностной перспективой, личностными возможностями, потенциалом, зрелостью, а жизненная перспектива включает совокупность обстоятельств и условий жизни, которые при прочих равных условиях создают личности возможность для оптимального жизненно-продвижения.

Жизненная перспектива формируется предшествующим жизненным опытом и личностной жизненной позицией, которые обеспечивают юношам и девушкам потенциал и правильные жизненные приоритеты для гарантированного успешного будущего, что не может быть сформировано в процессе дистанционного обучения в период пандемии в категориях «уровня», достигнутого к настоящему моменту времени, который обеспечивает успешность в будущем. Жизненная перспектива, таким образом, представляет собой реальный жизненный потенциал личности, сформированный предшествующим жизненным опытом, уровнем саморазвития и самореализации, который является реальной движущей силой, обеспечивающей успешность в будущем и утрачивается во время пандемии.

Список литературы

1. Абульханова К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. СПб.: Алетейя, 2001. 299 с.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование и психологическая защита // Психологический журнал. 1998. Т.15, № 1. С. 3-18.
3. Исхакова А.М. О самоопределении личности в современном обществе // Психология и жизнь : сб. науч.тр. Вып.1. М. : МОСУ, РПО, 2019. С. 19-22.
4. Кон И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание. М.: ПолиСиздат, 2019. 35 с.
5. Кон И.С. Постоянство и изменчивость личности // Психологический журнал. 2017. Т. 8, № 4. С. 2-13.
6. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / под общ. ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2019. 38 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ АРТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ТРЕВОЖНОСТЬЮ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Г.А. Айвазова, Ю.В. Живаева

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

Аннотация. В статье описываются возможности арт-терапии при коррекции тревожности и обосновывается необходимость реализации специально организованной психопрофилактики тревожных состояний у лиц пожилого возраста, характеризуются особенности переживания тревожности у данной возрастной группы. Рассмотрены возможности применения арт-терапии в работе с пожилыми людьми, имеющими высокий уровень тревожности, изучены результаты эффективности применения арт-терапии в работе с тревожностью лиц пожилого возраста.

Ключевые слова: пожилой возраст, тревожность, арт-терапия

Актуальность. В настоящее время становится актуальным понятие демографического постарения, то есть увеличения доли людей пожилого возраста в общей численности населения. Так, по данным ООН, в 1950 году в мире проживало приблизительно 200 миллионов человек в возрасте 60 лет и старше, к 1975 году их количество возросло до 550 миллионов, а к 2025 году, согласно прогнозу ООН, численность их достигнет 1 миллиарда 100 миллионов человек (Шурова, 2019).

Постановка проблемы. На сегодняшний день в нашем обществе увеличение доли пожилых людей в составе населения серьезно влияет на экономические, социальные и духовно-нравственные изменения. Изменение возрастной структуры современного общества в развитых странах обуславливает актуальность рассмотрения социально-психологических проблем лиц пожилого возраста. Личность в пожилом возрасте претерпевает некоторые психологические изменения, которые главным образом касаются ее эмоциональной сферы. Особого внимания психологов заслуживает тема тревожности личности.

Тревожность является одной из актуальных проблем геронтопсихологии. Для людей различных возрастных групп является естественным переживание беспокойства ввиду различных жизненных ситуаций, однако если беспокойство переживается человеком на постоянной основе, то это перенапряжение приводит к негативным изменениям состояния здоровья, ухудшению саморегуляции, к когнитивным нарушениям, нарушениям в социальной сфере жизни человека.

Тревожность – это индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения (Большой энциклопедический словарь, 2009).

Из вышеприведенных размышлений о тревожности мы понимаем, что тревога есть нормальное переживание, а тревожность появляется в результате интенсивной тревоги, беспокойства, т.е. перенапряжения. Так, тревога является реактивным переживанием индивида, а тревожность – устойчивым образованием.

Прихожан А.М. описывает тревожность как устойчивое эмоционально-личностное образование, состоящее из трех компонентов: когнитивного, эмоционального и функционального (Прихожан, 2000).

Божович Л.И. разделяет тревожность на несколько видов: 1) адекватная тревожность, отражающую объективное отсутствие условий для удовлетворения той или иной потребности; 2) неадекватная – при наличии таких условий. Только в последнем случае, по мнению автора, можно говорить о тревожности как устойчивой функциональной структуре: эмоциональной сферы, устойчивом личностном образовании (Божович, 1997).

Проблема тревожности особенно актуальна в пожилом возрасте ввиду особенностей данного возрастного периода. В пожилом возрасте личность претерпевает серьезные изменения – выход на пенсию, сужение круга социальных связей, ухудшение состояния здоровья, потеря супруга, одиночество и др.

Основные причины нервного напряжения и стрессовых состояний у лиц пожилого возраста заключаются в изменившемся жизненном ритме. Зачастую уход от активной трудовой деятельности приводит к тому, что индивид чувствует себя ненужным, замыкается в себе и даже начинает избегать общения с близкими людьми, полагая, что те не смогут его понять. У многих пожилых людей формируется острый внутриличностный конфликт, при котором они перестают принимать старость как продуктивную часть жизни (Боженкова, 2016).

В этом возрасте также происходят изменения в эмоциональной сфере, адаптация к новым условиям жизни с одновременным снижением способности компенсировать внутренний стресс. Кроме того, в пожилом возрасте, как правило, уже имеется соматическая патология, поэтому индивид не справляется с адаптацией к возрастным изменениям (Шурова, 2019).

Все вышеуказанные обстоятельства в пожилом возрасте создают условия для возникновения тревожности пожилого индивида. Предметом нашего интереса является рассмотрение возможностей арт-терапии в работе с тревожностью лиц пожилого возраста.

Описывая арт-терапевтический метод мы не можем не сказать о весомых достоинствах данного метода, имеющих значение при работе с пожилыми клиентами: отсутствие ограничений по возрасту; невербальное общение (общение посредством символического выражения); поднятие таких тем, о которых не говорят, а например, создавая рисунок, проблема выходит на поверхность, однако говорить о ней вслух необязательно, деликатное решение проблемы; раскрытие внутреннего потенциала, проявление творческой активности; возможность развития клиента (возможность попробовать новый метод решения проблем, который ранее не применялся); возможность найти способы решения эмоциональных проблем (страхов, тревог и др.); улучшение настроения.

Работая с лицами пожилого возраста, важно учитывать их возрастные особенности, т.е. брать во внимание не только заявленную проблему клиента, но и проблемы, обусловленные возрастным периодом жизни клиента. В таком случае специфические задачи арт-терапии будут заключаться в преодолении одиночества (изоляции), повышении самооценки, создании условий для актуализации ресурсного содержания личности, создание условий для интеграции жизненного опыта клиента и др.

Особенности проведения арт-терапии с пожилыми людьми: арт-терапия проводится в основном в групповой форме. При формировании терапевтических групп и арт-терапевтической программы важно учитывать особенности пожилого возраста: быстрая утомляемость, поэтому групповые занятия должны быть непродолжительными; занятия нужно проводить по возможности по утрам и делать длительные перерывы; необходимо учитывать и такие вероятные факторы, как слабость зрения и слуха, тугоподвижность суставов; выраженное в различной степени снижение памяти и интеллекта, возможное нарушение речи. В арт-терапевтической работе с пожилыми лицами делается основной акцент на воспоминаниях, обзоре жизненного пути, положительных и отрицательных моментах и существования в настоящий момент (Кисилева, 2007).

Как метод психотерапии или психокоррекции тревожности арт-терапия позволяет обойти психологические механизмы защиты клиента, поработать с травматической темой мягко, символически выразив проблему. А многообразие техник арт-терапевтического метода (изотерапия, музыкотерапия, танцедвигательная терапия, лепка и т.д.) обеспечивает возможность работы с любым клиентом с учетом его индивидуальности.

Арт-терапевтический метод в профилактической и коррекционной работе с тревожностью позволяет облечь в слова и форму эмоциональные переживания личности. Когда клиент прорабатывает собственную проблему в арт-терапевтической технике, он имеет возможность выразить те переживания, которые не мог передать словами в беседе. Возможность

творческого самовыражения создает благоприятные условия для актуализации ресурсного содержания личности и восстановления эмоционального равновесия. Актуализируя таким образом ресурсное содержание личности, психотерапевт создает основу для дальнейшей работы с проблемой клиента.

Разнообразие арт-терапевтических техник позволяет психотерапевту выбрать наиболее подходящие для конкретного клиента упражнения. Подбор техник в арт-терапии может осуществляться по различным критериям, например, специфика запроса, пол, физические возможности (ограничения) и т.д. Арт-терапевтический метод универсален и в возрастной области применения, так как подходит для работы как с детьми, так и со взрослыми (в т.ч. с пожилыми) клиентами.

Техники рисования (изотрепия), лепки и коллажа с лицами пожилого возраста позволяют снизить или вовсе обойти психологические защиты клиентов; посредством арт-техник возможно достижение снижения или исчезновения влияния стрессоров; улучшения настроения, открытости новому жизненному опыту без беспокойства и тревоги (Постникова, 2018).

В арт-терапевтической работе важно уделить внимание работе с ресурсным содержанием личности клиента. Арт-терапевтическая работа с лицами пожилого возраста, заключающаяся в актуализации положительного опыта и позитивных эмоций личности, выявляет положительную динамику психологического состояния клиентов. К положительным изменениям относятся: стабилизация аффективного состояния личности, снижение интенсивности беспокойств, повышение общего фона настроения (Нурметова, 2019).

В результате применения арт-терапевтических техник отмечается возникновение новых позитивных смыслов жизни, улучшение психологического и физического самочувствия, повышение уровня самооценки. Творческое самовыражение дает возможность разрешить кризис социальной ситуации развития личности через новые формы реализации материальных и духовных потребностей человека в процессе творческой деятельности (Наумова, 2013).

Вывод. Таким образом, проведенный теоретический анализ научной литературы позволяет нам сделать следующие выводы: арт-терапия является эффективным методом коррекции тревожности лиц пожилого возраста. Использование арт-терапевтического метода с терапевтической целью предполагает знание и владение психотерапевтом различными техниками арт-терапии, целесообразное их применение. Используя техники арт-терапии, психотерапевт создает безопасные условия для творческого выражения проблемы клиента, с помощью различных техник арт-терапии становится возможным трансформировать негативные

эмоциональные переживания клиента в позитивные и адаптивные. Творческая деятельность в работе с психологической проблемой позволяет в символической форме восстановить стрессовую ситуацию и переживания, обработать их, и найти новые способы решения проблемы.

Список литературы

1. Боженкова К.А. Психологические особенности людей пожилого возраста // Приволжский научный вестник. 2016. № 3. С. 130-132.
2. Божович Л.И. Проблемы формирования личности / под ред. Д.И. Фельдштейна. М. : Институт практической психологии, 1997. 352 с.
3. Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. 4-е изд., расширенное. СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009. 811 с.
4. Киселева М.В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе: М. : Речь, 2007. 336 с.
5. Наумова В.А., Глозман Ж.М. Арт-терапия как эффективный метод целенаправленной фасилитации конструктивного развития личности в пожилом и старческом возрасте // Вестник Московского университета. 2013. № 1. С. 97-110.
6. Нурметова К.А., Фотиева Т.В. Применение арт терапии при лечении пациентов пожилого возраста в медико-реабилитационном отделении ГОБУЗ «Новгородский клинический специализированный центр психиатрии // FORCIRE. 2019. № 1. С. 738-738.
7. Постникова Н.В. Взаимодействие регионального волонтерского движения студентов и арт-терапии в жизни пожилых людей (на примере Алтайского края) // Проблемы современных интеграционных процессов и пути их решения: материалы Междунар. науч.-практ. конф. Магнитогорск, 2018. С. 87-89.
8. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
9. Щурова Ю.Е., Забабурина О.С., Степина Н.В. Ситуативная и личностная тревожность у пожилых людей с хроническими соматическими заболеваниями // Проблемы современного педагогического образования. 2019. № 62-4. С. 305-308.

УДК 159.9

КОРРЕКЦИЯ ПОВЫШЕННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ЗАДАЧА В СИСТЕМЕ МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19

А.А. Алексеева, А.И. Вахтель, О.В. Волкова

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

Аннотация. В настоящее время проблема психоэмоционального состояния людей, перенёсших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 становится все более актуальной. Многие столкнулись с такими про-

блемами, как психологические и физические трудности нахождения на искусственной вентиляции лёгких; возникновение витального страха и страха за жизнь и здоровье близких людей; тревога относительно повторного заражения коронавирусной инфекцией Covid-19. В результате трудностей, с которыми столкнулись люди, перенёвшие коронавирусную инфекцию COVID-19, многие встретились с появлением в их жизни повышенной тревожности. Данный феномен значительно снижает качество жизни людей и приносит в неё дискомфорт. Целью данной работы стало исследование уровня тревожности у пациентов, перенёвших Covid-19, а также разработка программы её коррекции. Исследование проводилось на базе Профессорской клиники КрасГМУ. В анкетировании приняли участие 20 человек, перенёвших коронавирусную инфекцию Covid-19 в лёгкой, средней и тяжёлой степени тяжести. В результате проведённого исследования у 80% испытуемых, перенёвших новую коронавирусную инфекцию, наблюдается повышенный уровень тревожности. Таким образом, в связи с полученными результатами, мы считаем необходимым проведение коррекционных мероприятий, направленных на снижение уровня тревожности пациентов, перенёвших Covid-19. Предлагаемая нами структура программы сопровождения пациентов, перенёвших Covid-19, направленная на коррекцию повышенной тревожности, включает в себя 4 этапа работы. Первый этап направлен на организацию условий проведения коррекционных мероприятий. Второй этап направлен на знакомство с участниками программы, установление контакта, доверительной атмосферы и введение правил группы. Третий этап коррекционной программы является основным и предполагает, непосредственно, мероприятия, направленные на снижение уровня тревожности и восстановление ресурсного состояния. Задачей завершающего четвёртого этапа является подведение итогов проведённой работы. В результате прохождения коррекционной программы ожидается снижение уровня тревожности у пациентов, перенёвших коронавирусную инфекцию Covid-19, а также улучшение общего психоэмоционального состояния.

Ключевые слова: тревожность, психоэмоциональное состояние, Covid-19

Актуальность. В 2019 году мир столкнулся с появлением новой коронавирусной инфекции COVID-19, последствия действий которой, к сожалению, сказываются на человечестве и по сегодняшний день. Заболевание, впервые выявленное в Китае, начало очень быстро распространяться и в скором времени охватило многие страны и континенты (Kannan, Shaik Syed Ali, Sheeza, Hemalatha, 2020). Стремительно ворвавшаяся в нашу жизнь пандемия коренным образом изменила привычный темп и образ жизни всего населения планеты. С целью снижения темпа

распространения новой коронавирусной инфекции, страны стали вводить различного вида ограничения. Сперва ограничения были в виде запрета проведения массовых мероприятий, введение масочного режима, ограничение авиасообщений с другими городами и странами. Затем меры по сдерживанию роста заражений стали принимать более широкие масштабы - был введён режим массовой самоизоляции.

Пандемия и её последствия тем или иным образом коснулись каждого из нас. Страх, волнение, беспокойство являются естественными реакциями на сложные жизненные обстоятельства. Тем не менее сложившаяся ситуация с COVID-19 сопряжена с целым рядом факторов, которые обладают достаточно сильным негативным воздействием на психику человека. Специалисты выделяют основные психотравмирующие факторы, связанные с пандемией COVID-19:

1. Наличие реальной угрозы здоровью и жизни человека, а также его родных и близких.
2. Непредсказуемость и невозможность контроля ситуации.
3. Ограничение социальной активности, а также вынужденная социальная изоляция.
4. Влияние большого количества негативной информации.
5. Новизна ситуации, отсутствие опыта поведения в подобных обстоятельствах.

Действие указанных факторов может усиливаться или ослабляться в зависимости от личностных особенностей человека и обстоятельств жизни, в которых он находится. Таким образом, можно выделить целый ряд моментов, которые могут способствовать обострению восприятия текущей ситуации, связанной с пандемией: одиночество, повышенная личностная тревожность, отнесение к группе риска по коронавирусу, хронические соматические и психические расстройства, личностные проблемы и другие факторы (Протьюк, Патеюк, 2020).

Любая возникающая ситуация является спусковым механизмом, заставляя психику формировать определённый эмоциональный ответ. Так, в ситуации пандемии, у соматически здорового человека может возникнуть чувство тревоги, беззащитности, неуверенности в своём будущем, обострение страха быть заражённым, обострение страха смерти. Если же человек уже заболел, то вышеперечисленные психологические реакции только усугубляются. Что же происходит с психологическим состоянием человека, которому удалось перебороть коронавирусную инфекцию Covid-19? Какой отпечаток накладывается на эмоциональное состояние человека, пережившего ужасы этой новой болезни?

В своей работе, главным образом, мы сделали акцент на исследовании тревожности у лиц, перенёвших коронавирусную инфекцию Covid-19. Проблема тревожности изучалась как отечественными, так и зарубежны-

ми авторами. Впервые понятие «тревога» встречается в работах З. Фрейда. Автор разделяет два таких понятия, как страх и тревога. В данном случае, автор рассматривает страх как конкретное явление. Тревога же выступает как неопределённое состояние, когда человек не отдаёт себе отчёт в причине возникновения данного эмоционального состояния. При этом тревога имеет глубинный, конкретный характер, но не направлена на определённый предмет. А. И. Захаров в своих трудах также разводит понятия тревоги и страха. Согласно мнению автора, тревога сигнализирует об опасности, в то время как страх является ответной реакцией на неё. Таким образом, тревога в его работах выступает в качестве предчувствия, а страх непосредственно ассоциируется с чувством опасности. Также важно отметить, что тревога связана с проявлением возбуждения, а страх с проявлением процессов торможения, влияющих на психику человека. Кроме этого, автор отмечает, что тревога чаще всего ориентирована на события будущего. Страх же, напротив, основан на прошлом опыте человека, воспоминаниях о той или иной опасности. В различных психологических исследованиях можно встретить взгляд на тревожность как на межличностный феномен. В трудах Д. Боулби обращается внимание на первичный объект привязанности, который является источником ощущения безопасности для человека (Вахтель, Климова, 2019).

Тревожность — это специфическое психологическое состояние человека, которое проявляется в виде тревоги по различным причинам и поводам (Горшков, 2015). Принято выделять ситуативную (связана с конкретной внешней ситуацией) и личностную (свойство личности) тревожность (Ханин, 1976). Личностная тревожность — это склонность воспринимать, практически, все ситуации, как угрожающие, и реагировать на эти ситуации состоянием сильной тревоги. Высокая личностная тревожность может быть причиной невротического конфликта, эмоционального срыва и психосоматического заболевания.

Реактивная тревожность - характеризует состояние человека в настоящий момент времени, проявляется напряжением, беспокойством, может вызывать нарушение внимания, снижение работоспособности, повышенную утомляемость и быструю истощаемость.

Постановка проблемы. В настоящее время обнаруживается потребность в исследовании психологического состояния пациентов, перенёсших Covid-19, а также необходимость в разработке программы психологического сопровождения.

Целью нашей работы является исследование повышенной тревожности пациентов, перенёсших Covid-19.

Методы и материалы. На базе Профессорской клиники КрасГМУ был организован проект, в рамках реабилитационной экспериментальной площадки, по психологическому сопровождению пациентов, перенёс-

ших Covid-19. Таким образом, в исследовании повышенной тревожности приняли участие пациенты, проходившие реабилитационную программу по борьбе с последствиями перенесённой коронавирусной инфекции, в количестве 20 человек. Возраст обследуемых составил от 47 до 78 лет.

С целью выявления и определения уровня тревожности у пациентов, перенёвших коронавирусную инфекцию Covid-19 были использованы следующие методики:

1. Шкала тревоги Бека (BAI) - клиническая тестовая методика, предложенная Аароном Т. Беком в 1961 году. Данная шкала предназначена для выявления тревоги и оценки степени её выраженности. Опросник включает в себя 21 утверждение. Каждое утверждение описывает один из типичных симптомов тревоги, телесных или психических. Каждый пункт должен быть оценён респондентом от 0 (симптом не беспокоил) до 3 (симптом беспокоил очень сильно).

2. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина – тестовая методика, которая включает в себя 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию (состояние тревожности, реактивная или ситуативная тревожность) и 20 утверждений с целью определения тревожности как личностной особенности.

Результаты исследования.

Таблица 1

Оценка уровня тревожности у пациентов, перенёвших Covid-19 по Шкале тревоги Спилбергера-Ханина

Уровень ситуативной и личностной тревожности	Частота
Высокая ситуативная и высокая личностная тревожность	15%
Высокая ситуативная и средняя личностная тревожность	5%
Средняя ситуативная и высокая личностная тревожность	20%
Средняя ситуативная и средняя личностная тревожность	20%
Средняя ситуативная и низкая личностная тревожность	10%
Низкая ситуативная и средняя личностная тревожность	10%
Низкая ситуативная и низкая личностная тревожность	20%

В таблице 1 представлены данные оценки тревожности у пациентов, перенёвших Covid-19, с помощью методики Шкала тревоги Спилбергера-Ханина. Таким образом, нами выявлено:

- 15% пациентов испытывают высокую ситуативную и высокую личностную тревожность;

- у 5% пациентов выявлена высокая ситуативная и средняя личностная тревожность;
- у 20% пациентов выявлена средняя ситуативная и высокая личностная тревожность;
- у 20% пациентов выявлена средняя ситуативная и средняя личностная тревожность;
- у 10% пациентов выявлена средняя ситуативная и низкая личностная тревожность;
- у 10% пациентов выявлена низкая ситуативная и средняя личностная тревожность;
- у 20% пациентов выявлена низкая ситуативная и низкая личностная тревожность.

Таблица 2

Оценка уровня тревожности у пациентов, перенёсших Covid-19 по Шкале тревоги Бека (BAI)

Уровень тревожности	Частота
Отсутствие или мин. Выраженность симптомов	40%
Лёгкая тревога	40%
Умеренная тревога	10%
Выраженная тревога	10%

В таблице 2 представлены данные, полученные в результате проведения методики Шкала тревоги Бека (BAI).

Обсуждение результатов. Таким образом, в процессе диагностики с помощью выше перечисленных методик было выявлено, что у 80% пациентов выявлена повышенная тревожность, связанная с перечнем пережитых трудностей: психологическими и физическими трудностями ИВЛ; с возникновением витального страха и страха за жизнь и здоровье близких людей; тревогой относительно повторного заражения коронавирусной инфекцией Covid-19.

В связи с полученными данными в результате проведённого исследования, мы считаем, что на данном этапе медико-психологического сопровождения одной из задач клинического психолога является составление специальной программы по снижению уровня ситуативной тревожности, и работа с личностными чертами в структуре личности у группы пациентов, перенёсших новую коронавирусную инфекцию. В связи с этим мы предлагаем возможную структуру коррекционных мероприятий. Программа включает в себя 10 встреч, рассчитанных на 1 час 30 мин, 2 раза в неделю:

- 1 этап - организационный. Данный этап включает в себя информирование пациентов о возможности посещения коррекционной программы в рамках психологического сопровождения, организацию технического обеспечения реализации данной программы, набор и формирование терапевтической группы, установление графика проведения встреч, согласование условий проведения коррекционной программы с участниками.

- 2 этап - вводный. Блок включает в себя объявление и обсуждение правил группы; обозначение цели и задач групповой работы; знакомство с участниками; выявление спектра проблем, которые участники хотели бы обсудить в группе; обсуждение настроения и самочувствия участников группы; поощрение инициативы участников группы со стороны психолога к высказываниям и обратной связи; выявление ожиданий участников от программы психологического сопровождения.

- 3 этап - основной. Направлен на коррекцию непосредственно тревожности. Включает в себя обучение навыкам саморегуляции и релаксации. Знакомство участников с различными копинг-стратегиями и видами совладающего поведения в стрессовых ситуациях, на поиск возможных ресурсов и укрепление ресурсной основы.

- 4 этап - завершающий. На этом этапе происходит подведение итогов встреч, рефлексия участников программы, участники высказывают свои пожелания и предложения для улучшения качества оказания психологической помощи.

Вывод. На сегодняшний день остаётся актуальной проблема, связанная с пандемией Covid-19 и изменениями, которые она приносит в нашу повседневную жизнь. Страх, волнение, беспокойство являются естественными реакциями на сложные жизненные обстоятельства. Исследование тревожности у пациентов, перенёсших новую короновирусную инфекцию, указывает на наличие повышенной тревожности у 80% исследуемых. Таким образом, в связи с полученными результатами, мы считаем необходимым проведение коррекционных мероприятий, направленных на снижение уровня тревожности пациентов, перенёсших Covid-19.

Список литературы

1. Вахтель Л.В., Климова Н.Е. Соотношение понятий «тревожность» и «школьная тревожность» в отечественной и зарубежной литературе // Результаты современных научных исследований и разработок : сб. статей VI Международной научно-практической конференции. Пенза, 2019. С. 241-243.
2. Горшков Е.А., Короткина Л.Д. Исследование эмоциональной тревожности студентов на разных этапах обучения в педагогическом вузе // Молодой ученый. 2015. № 23. С. 46-51.
3. Протько Н.Н., Патеюк И.В. Психическое здоровье в условиях вспышки Covid-19 // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2020. № 3. С. 556-569.

4. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. Ленинград : ЛНИИФК, 1976. 40 с.

5. Kannan S., Shaik Syed Ali P., Sheeza A., Nermalatha K. Covid-19 (Novel Coronavirus 2019) - recent trends // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2020. Vol. 24, № 4. P. 2006-2011. DOI: 10.26355/eurrev_202002_20378

УДК 616.7

ИППОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Ю.О. Антонова, И.О. Кононенко

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

Аннотация. В статье рассмотрено понятие иппотерапии, описаны особенности применения метода иппотерапии, раскрыты основные его функции и эффекты. Подробно представлены результаты эмпирического исследования.

Ключевые слова: иппотерапия, функции иппотерапии, метод иппотерапии, опорно-двигательные нарушения, лечебная верховая езда

Актуальность. Иппотерапия происходит от двух составляющих слов *hippos* – лошадь и *therapia* – лечение. В самом узком смысле данный термин означает метод лечебной физической культуры, средством реабилитации которого выступает лошадь.

Метод иппотерапии оказывает положительное влияние на физическое и психоэмоциональное состояния человека. Многие авторы подчеркивают, что данный метод может эффективно развивать волевую деятельность и мотивацию, позитивно влиять на процесс социализации, выстраивать позитивные отношения с окружающим миром.

Постановка проблемы. В настоящее время обнаруживается противоречие между необходимостью реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья и отсутствием конкретных методик применения иппотерапии.

Иппотерапия, как один из методов реабилитации людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, заключается в непрерывной передаче от лошади к наезднику чередующихся с противоположных сторон двигательных импульсов (приблизительно 100 в минуту), которые требуют ответной реакции от наездника, заключающейся в адаптации, балансировании и взаимной согласованности движений. Помимо биомеханического воздействия при движении лошади спокойным и разме-

ренным шагом на все группы мышц человека оказывается и массажный эффект, а учитывая более высокую температуру лошади (на 1,5-2°C) по сравнению с температурой тела человека, производится интенсивный, затрагивающий все группы мышц, но щадящий массаж с разогревом, что способствует укреплению опорно-двигательного аппарата. Подтверждением чего являются отмеченные в медицинской практике случаи, положительного влияния иппотерапии на опорно-двигательный аппарат детей с детским церебральным параличом, в результате которого дети с данным заболеванием научились правильно сидеть, стоять и ходить. Следовательно, метод иппотерапии является эффективным средством при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата (Эскин, 2009).

В процессе занятий лечебной верховой ездой помимо укрепления опорно-двигательного аппарата, получения новых физических и коммуникативных навыков, применяемых в дальнейшем в повседневной жизни, значительно улучшается эмоциональный фон наездника в процессе общения с лошадью, которая не видит его недостатков и общается с ним в своей обычной манере. Такого положительного воздействия на эмоциональное состояние больного не удаётся достичь всеми остальными существующими двигательными способами лечения (Штраус, 2016).

По мнению М.М. Кольцова ритмические движения, передающиеся наезднику при занятии лечебной верховой ездой, оказывают неспецифическое воздействие на кору головного мозга, положительно сказывающееся на когнитивных способностях умственно отсталых, причиной снижения которых является низкая замыкательная функция коры головного мозга (Эскин, 2009).

Повторяющийся ритм при спокойном движении лошади является одним из самых доступных для умственно отсталых и оказывает существенное влияние на выполнение ими двигательных заданий. Ритмичная двигательная деятельность и общение с лошадью приносят удовольствие детям, что способствует развитию их коммуникативных навыков и улучшению эмоционального состояния (Джосвик, 2015).

В процессе занятий лечебной верховой ездой происходит восприятие большого объема сенсорной информации: во время иппотерапии движение мышц и более высокая температура лошади оказывают термическое и массирующее воздействие на тело наездника, в результате которого возникают особые тактильные и мышечно-суставные чувства; в процессе адаптации и балансирования в такт движения лошади развивается вестибулярная чувствительность, новый ракурс наездника на окружающий мир с высоты лошади, цокот копыт и фыркание лошади способствуют развитию зрительного и слухового восприятий. Отдельным терапевтическим эффектом обладает процесс ухода за лошадью (Колине, 2010).

Одними из главных психических и эмоциональных факторов, позво-

ляющих наезднику раскрыть свои возможности, преодолеть страхи и неуверенность в себе, является стремление двигаться верхом на лошади, в результате которого исчезает боязнь упасть и оказаться беззащитным перед этим большим и сильным животным.

Из всего вышеперечисленного можно сделать вывод, что лечебная верховая езда, является одним из эффективных средств реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, которое позволяет не только улучшить жизнь, но и получить положительные эмоции при общении детей и взрослых с большим, добрым и грациозным животным, помогающие им ежедневно бороться со своим заболеванием.

Основными функциями лечебной верховой езды являются:

1. Психофизиологическая функция, заключающаяся в уменьшении стресса, активизации центральной нервной системы и высшей нервной деятельности, повышении тонуса мышц, улучшении вестибулярного аппарата и моторных функций в результате общения с лошадью.

2. Психотерапевтическая функция, заключающаяся в улучшении коммуникативных навыков в результате общения с лошадью.

3. Реабилитационная функция, заключающаяся в социализации личности, ее активном взаимодействии с окружающей средой и обществом в процессе общения с лошадью.

4. Самореализация, заключающаяся в повышении самооценки, в результате получения навыков верховой езды на лошади, сравнимых или даже превосходящих игру других детей на детской площадке.

5. Коммуникативная функция, заключающаяся в большей открытости и стремлению ребенка к общению и взаимодействию с другими детьми и их родителями в процессе совместных занятий верховой ездой и в результате межвидовой коммуникации (Эскин, 2009).

Существует сразу несколько эффектов иппотерапии, приводящих к положительным изменениям. Рассмотрим важнейшие из них.

1. Выравнивается мышечный тонус: перенапряженные мышцы при иппотерапии расслабляются, а в расслабленных до этого мышцах увеличивается тонус. Причиной этому служат колебательные движения (90-120 в минуту), которые лошадь посылает всаднику при ходьбе сразу в трех плоскостях. Для удержания равновесия на лошади всаднику приходится задействовать те группы мышц, которые он не использует в обычных условиях. Подстраиваясь под движения лошади, он учится расслаблять те мышцы, что были напряжены. Таким образом, начинается более правильная регуляция мышечного тонуса, мышечный тонус выравнивается.

2. Выравнивается энергетический потенциал организма: появляется бодрость, жизненный тонус, если до этого присутствовали слабость, отсутствие сил, утомляемость. Если же до занятия иппотерапией человек

находился в состоянии нервозности, повышенной напряженности и возбудимости, эти состояния сменяются расслаблением. Этот эффект, как и предыдущий, объясняется активной стимуляцией мозга информацией, поступающей от нервных окончаний мышц, связок и суставов. Кроме того, к этому эффекту приводят стимуляция кровообращения физическими упражнениями, углубление дыхания во время занятия.

3. Развитие физического и эмоционального равновесия. Физическое развивается вследствие необходимости удерживать равновесие, чтобы не упасть с животного, а эмоциональное состояние тесно связано с состоянием нашего тела, так как все психофизические процессы, такие как движение, эмоции, режим сна и бодрствования, обмен веществ и другие, протекают совместно и оказывают влияние друг на друга. Развивая физическое равновесие, мы гармонизируем многие процессы, происходящие в нашей психике и в нашем теле, уравниваем свою эмоциональную сферу.

4. Гармонизируются биоритмы. В нашем организме происходит очень много ритмических процессов: дыхание, сердцебиение, смена фаз сна и бодрствования. Одной из главных причин, влияющих на нарушение биологических ритмов, является стресс. Всадник, находясь на лошади, тонко чувствует ее ритмы, в особенности ритм покачивания, который возникает в результате ходьбы животного. Однако есть и намного более тонкие процессы, связанные с ритмами.

5. Развитие уверенности в себе, преодоление страха. Этот эффект особенно актуален для детей. Лошадь – большое и мощное животное. Первой реакцией ребенка на нее нередко бывает не радость и восторг, а испуг. Постепенное знакомство с лошастью, езда на ней, выполнение на лошади упражнений, повышают уверенность ребенка в собственных силах. Ребенок понимает, что преодоление страха приводит к появлению новых возможностей развиваться и получать удовольствие от интересного занятия.

6. Радость от общения с лошастью. Занятия иппотерапией всегда приносят радость и удовольствие. Взрослым помогает снять стресс, освободиться от напряжения, научиться вновь радоваться простым вещам. Для ребенка радость от занятия является залогом успешного обучения. Ведь, что усвоение новых знаний и навыков происходит намного легче, если это происходит в атмосфере радости и игры.

7. Упражнения на лошади создают для ребенка условия, в которых происходит комплексное развитие его способностей. Во время занятий иппотерапией развиваются внимание, пространственное мышление, ловкость и умение владеть своим телом (Эскин, 2009).

Таким образом, иппотерапия может выступать эффективным средством коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата.

Методы и материалы. Нами было проведено экспериментальное исследование, позволяющее выявить эффективность метода иппотерапии при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. В эксперименте приняли участие испытуемые, имеющие различные нарушения опорно-двигательного аппарата. Количество испытуемых – 10 человек. Нами были проведены две методики. Рассмотрим подробнее каждую из них.

1. «Оценка способности к самостоятельной ходьбе». Испытуемому предлагается самостоятельно пройти 20 шагов. Оценка производится путем пройденного расстояния, и степенью самостоятельности передвижения по следующей шкале от 1 до 4 баллов:

– 4 балла – исследуемый без вспомогательных средств и помощи окружающих может самостоятельно передвигаться на расстояние 20 метров;

– 3 балла – испытуемый без вспомогательных средств может самостоятельно передвигаться на расстояние от 10 до 15 метров, затем ему требуется помощь окружающих для дальнейшего перемещения;

– 2 балла – для самостоятельного передвижения испытуемому требуется вспомогательные средства, такие как трость, ходули и т.д., или помощь окружающих его лиц;

– 1 балл – испытуемый не может самостоятельно перемещаться без помощи окружающих его лиц.

2. «Оценка способности к сохранению равновесия». Испытуемому предлагается сидя на лошади как можно дольше сохранить вертикальное положение, при ходьбе лошади по манежу. Оценка производится путем пройденного расстояния, и степенью самостоятельности по следующей шкале от 1 до 4 баллов:

– 4 балла – испытуемый способен самостоятельно сохранять устойчивое вертикальное положение своего тела при движении лошади без посторонней помощи;

– 3 балла – испытуемый способен самостоятельно сохранять устойчивое вертикальное положение своего тела на отдельных участках маршрута движения лошади без посторонней помощи;

– 2 балла – испытуемый способен самостоятельно сохранять устойчивое вертикальное положение при движении лошади, временами отклоняясь от вертикальной оси и требуя внешнюю поддержку;

– 1 балл – испытуемый не способен самостоятельно сохранять устойчивое вертикальное положение при движении лошади, нуждается в постоянной внешней поддержке.

Результаты исследования. Перейдем к анализу полученных результатов. Входная диагностика была проведена со всеми испытуемыми, до занятий иппотерапией. Рассмотрим полученные данные.

По методике «Оценка способности к самостоятельной ходьбе» большинство испытуемых – 60 % способны к самостоятельному передви-

жению, с использованием вспомогательных средств или с помощью окружающих. 40 % испытуемых не способны к самостоятельному передвижению.

По методике «Оценка способности к сохранению равновесия» 50 % испытуемых способны сохранять устойчивое вертикальное положение при движении лошади, иногда отклоняются от вертикальной оси и нуждаются во внешней поддержке. 40 % испытуемых не способны самостоятельно сохранять устойчивое вертикальное положение при движении лошади, нуждается в постоянной внешней поддержке. 10 % испытуемых несущественно отклоняются от вертикальной оси при движении лошади, сохраняя равновесие и не нуждаются во внешней поддержке.

Далее в течении 6 месяцев были проведены специально спроектированные занятия коррекционные занятия. В результате занятий испытуемые выполняли различные упражнения: лежали на спине, не животе, поперек, езда боком и т. п. В результате испытуемые получали умеренную физическую нагрузку. Происходило укрепление мышц и уменьшение мышечной атрофии, коррекция искривления позвоночника, развитие способности к равновесию.

После проведенных занятий нами были снова проведены методики, которые использовались на входной диагностике. Рассмотрим результаты.

По методике «Оценка способности к самостоятельно ходьбе» 30 % испытуемых самостоятельно прошли необходимое расстояние без использования вспомогательных средств и помощи окружающих. 40 % испытуемых без вспомогательных средств смогли самостоятельно пройти расстояние от 10 до 15 метров, затем им потребовалась помощь окружающих для дальнейшего перемещения. 30 % испытуемым для самостоятельного передвижения необходимо использование вспомогательных средств или помощь окружающих.

По методике «Оценка способности к сохранению равновесия» 40 % испытуемых способны самостоятельно сохранять устойчивое вертикальное положение тела при движении лошади и не требуют внешней поддержки; 40 % испытуемых при движении лошади несущественно отклоняются от вертикальной оси на некоторых участках маршрута и не требуют внешней поддержки. 20 % нуждаются в дозированной внешней поддержке при движении лошади, так как иногда отклоняются от вертикальной оси.

Вывод. Таким образом, результаты после проведения занятий иппотерапии значительно улучшились. Это свидетельствует о том, что иппотерапия является эффективным средством для реабилитации больных людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Лечебная верховая езда положительно влияет на физическую, эмоциональную, интеллектуальную и социальную сферу занимающегося. Иппотерапия способству-

ет улучшению кровообращения в зоне поражения и укреплению мышц опорно-двигательного аппарата, развитию вестибулярного аппарата и активизации биохимических процессов, протекающих в организме. Кроме того, лечебная верховая езда способствует повышению самооценки и формированию мотивации самостоятельно стоять и ходить, которая у многих больных людей понижена или отсутствует. А также в процессе реабилитации происходит последовательный перенос приобретенных физических, коммуникативных и других навыков из иппотерапевтической среды в повседневную жизнь.

Список литературы

1. Джосвик Ф., Киттередж Л., Макковен К., Макпарлэнд С. Вопросы и ответы : Пособие по терапевтической верховой езде. Москва : МККИ, 2015. 64 с.
2. Колине О. О верховой езде и ее действии на организм человека. Москва : МККИ, 2010. 120 с.
3. Спинк Д. Развивающая лечебная верховая езда. СПб. : МККИ, 2015. 76 с.
4. Штраус И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды. М., 2016. 254 с.
5. Эскин В.Я., Левицкая Т.Е. Иппотерапия как комплексный метод реабилитации и восстановления // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. 2009. Т. 24, № 2-2. С. 45–51.
6. Antunes F.N., Pinho A.S., Kleiner A.F., Salazar A.P., Eltz G.D., de Oliveira Junior A.A., Cechetti F., Galli M., Pagnussat A.S. Different horse's paces during hippotherapy on spatio-temporal parameters of gait in children with bilateral spastic cerebral palsy: A feasibility study // Res. Dev. Disabil. 2016. Vol. 59. P. 65-72. DOI: 10.1016/j.ridd.2016.07.015

УДК 159.9

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ КАК ФАКТОРА ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ ПТСР

О.О. Байдос, Е.И. Стоянова, Н.О. Маслий

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

Аннотация. В последнее десятилетие в связи с резкими изменениями в жизни россиян существенно усилился интерес российских психологов и психиатров к изучению такого явления, как тревожность. Изучение тревожности на разных возрастных этапах важно как для раскрытия сути данного явления, так и для понимания возрастных закономерностей развития эмоциональной сферы человека, становления эмоционально-личностных образований. Человек, испытывающий состояние душевного

равновесия, психологического комфорта, человек, социально адаптированный, у которого не нарушены психические функции (мышление, память, внимание, восприятие, эмоции), — это психически здоровый человек. Под влиянием различных факторов такое равновесие может нарушаться. Наиболее сильными внешними факторами, формирующими психическое состояние как отдельных индивидов, так и общества в целом, являются факторы социальные. Цель исследования проведение сравнительного анализа понятий тревоги и тревожности как одного из компонентов присутствующих в структуре личности пациентов с ПТСР. Научная новизна исследования обусловлена не теряющей своей актуальности изучение тематики тревоги и тревожности в современных психологических исследованиях.

Ключевые слова: тревога, тревожность, посттравматические стрессовое расстройство

Актуальность. В современных зарубежных и отечественных исследованиях тревожность рассматривается в самых различных аспектах. Значительная часть исследований посвящена установлению коррелятивных зависимостей между тревожностью и личностными, интеллектуальными особенностями, некоторыми особенностями познавательных процессов, а также полом и национальностью детей, параметрами социальной среды. Однако полученные данные носят довольно противоречивый характер и указывают на связь тревожности с социальными и культурными условиями, что служит для исследователей дополнительным аргументом в пользу представлений о преимущественно личностной, социальной природе тревожности.

Постановка проблемы. Такое подразделение уходит корнями в древность. Две тысячи лет назад Цицерон в трактате «Тускуланские беседы» писал: «Тревожность как черта характера (*anxietas*) отличается от состояния тревоги (*angor*) в том смысле, что тот, кто иногда испытывает страх, необязательно всегда встревожен, а тот, кто тревожен, необязательно во всех случаях испытывает страх». Анализируя это суждение, Г. Айзенк указывает: «Из контекста видно, что под тревожностью как чертой характера Марк Тулий Цицерон понимает относительно постоянное состояние сильного возбуждения нервной системы, страха и повышенной эмоциональности, в то время как состояние тревожности представляет собой состояние человека в конкретный момент» (Прихожан, 2010).

С целью проверки выдвинутой гипотезы и на основании теоретического анализа литературы нами было проведено экспериментальное исследование, направленное на проведение коррекции тревожности в процессе социальной адаптации студентов первого курса к образовательной среде вуза.

Методы и материалы. Экспериментальное исследование проводилось в Сибирском федеральном университете.

В качестве испытуемых выступили студенты первого курса, в общем количестве 54 человек, из них 34 юношей и 20 девушек.

Экспериментальное исследование включало следующие этапы:

1. Констатирующий этап – на данном этапе мы провели диагностику адаптации, тревожности студентов первого курса. По результатам исследования из 54 испытуемых для участия в эксперименте были отобраны 16 человек с высоким уровнем тревожности - это 4 юношей и 12 девушек. Далее испытуемые были разделены на две равные по числу участников группы: контрольную и экспериментальную. Студенты контрольной группы принимали участие в экспериментальном исследовании только на диагностических этапах, а студенты экспериментальной группы посещали специально организованные занятия.

2. Формирующий этап – мы провели коррекционную работу со студентами экспериментальной группы, направленную на снижение уровня их тревожности, формирование чувства уверенности и успеха, умения контролировать себя и свои эмоции в трудных ситуациях.

Коррекционная работа реализовывалась в соответствии с заранее разработанной программой (см. таблицу 1).

Таблица 1

Программа коррекционной работы

Этапы работы	Цели работы	Техники
I. Установление контакта с тревожными студентами.	Знакомство с участниками и формирование интереса, мотивации к посещению дальнейших занятий.	- беседа; - упражнения на знакомство: «имя-движение», «снежный ком», «взаимное представление» (см. Приложение 2).
II. Работа с эмоционально-волевой сферой тревожных студентов.	Актуализация опыта и знаний, относящихся к эмоциональной сфере. Тренировка умения выражать свое эмоциональное состояние	- упражнения: «зеркало», «пиктограмма», «скульптор-глина», «цвета эмоций», «какого я цвета», «аукцион», «человек в гневе», «копилка отрицательных эмоций», «куда уходит гнев» (см. Приложение 2). - аутотренинг; - релаксационные упражнения.

III. Работа с личностной сферой тревожных студентов.	Способствовать самоанализу участников, развивать самораскрытие, самопознание, прояснение Я-концепции, умение анализировать и определять свои психологические характеристики.	упражнения: «прятие себя», «мой портрет в лучах солнца», «все мы», «письмо себе любимому», «точка опоры», «сила слова», «город уверенности», «я-хозяин», «Я», «формула успеха», «мусорное ведро», «моё отражение», «мне приятно сказать», «встреча взглядами» (см. Приложение 2).
IV. Работа с межличностной сферой тревожных студентов.	Знакомство с приёмами общения, развитие базовых коммуникативных умений, изучение и закрепление стилей конструктивного поведения в конфликтных ситуациях.	упражнения: «встреча на узком мостике», «конфликтотогены», «гвалт», «толкачи», «телезритель», «значимые люди», «претензии», «идеал», «ласковое слово», «бип». - ролевая игра «Бункер» (см. Приложение 2).
V. Подведение итогов занятий.	Закрепить результаты, достигнутые в ходе коррекционных занятий, получить обратную связь от группы по результатам работы.	упражнения: «наш сад», «чемодан», «чепуха», «шляпи» .

В ходе работы мы использовали темы занятий по коррекции тревожности детей подросткового возраста, предложенные Г.И. Волковым (Волков, 2005). Данные занятия были адаптированы к студентам юношеского возраста и проводились по заранее намеченному плану.

Коррекционная работа проходила в Сибирском федеральном университете в течение двух месяца (ноябрь - декабрь 2018 года). Частота встреч группы - 2 раза в неделю, продолжительность одного занятия - 1,5 часа. Количество испытуемых, принявших участие в коррекционной работе, – 8 человек, из них 2 юноши и 6 девушек.

3. Контрольный этап – на данном этапе мы провели повторную диагностику адаптации, тревожности со студентами контрольной и экспериментальной групп и сравнили полученные результаты.

В процессе экспериментального исследования были использованы методики:

Тест «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера) (Столяренко, 2001).

Тест «Самочувствие, активность, настроение»

Целью методики диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения является определение состояния студентов первого курса в момент проведения экспериментального исследования.

Для сопоставления экспериментальной и контрольной групп по частоте встречаемости тревожности мы использовали метод математической статистики (критерий Фишера).

Критерий Фишера предназначен для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего исследователя эффекта, имеет следующую формулу:

$$\varphi^* = (\varphi_1 - \varphi_2) \sqrt{n_1 \cdot n_2 / n_1 + n_2}$$

где:

φ_1 – угол, соответствующий большей процентной доле; φ_2 – угол, соответствующий меньшей процентной доле;

n_1 – количество наблюдений в выборке 1;

n_2 – количество наблюдений в выборке 2.

Расчетное значение φ^* сравнивается с критическими значениями: $\varphi \leq 1,64$ ($p \leq 0,05$) и $\varphi \leq 2,31$ ($p \leq 0,05$)

Результаты исследования. На основе данных, полученных с помощью методики диагностики оперативной оценки самочувствия, активности, настроения мы изучили состояние студентов первого курса. Результаты диагностики представлены ниже в таблице 4.

Таблица 2

Распределение студентов первого курса контрольной и экспериментальной групп по категориям методики САН, в %

Категории	хорошее, %				плохое, %				φ^*
	констатирующий этап		контрольный этап		констатирующий этап		контрольный этап		
	контрольная группа	экспериментальная группа	контрольная группа	экспериментальная группа	контрольная группа	экспериментальная группа	контрольная группа	экспериментальная группа	
Самочувствие	75	62,5	75	87,5	25	37,5	25	12,5	2,6*
Активность	37,5	37,5	50	87,5	62,5	62,5	50	12,5	3,1*
Настроение	87,5	62,5	62,5	87,5	12,5	37,5	37,5	12,5	4,5*

Из таблицы 2 видно, что существуют различия в состоянии студентов по категориям «самочувствие», «активность» и «настроение» между данными констатирующего и контрольного этапов.

Анализ соотношения результатов по категории «самочувствие» студентов контрольной группы до и после коррекции показал отсутствие различий. На констатирующем и контрольном этапах было зафиксировано хорошее самочувствие у 75% студентов, плохое – 25%. Значительные изменения были выявлены у студентов экспериментальной группы. Количество студентов с хорошим самочувствием увеличилось (с 62,5% до 87,5%), с плохим самочувствием уменьшилось (с 37,5% до 12,5%). Связано это, вероятно, с тем, что студенты экспериментальной группы в отличие от студентов контрольной группы принимали участие в специально организованной коррекционной работе, которая благоприятно повлияла на их самочувствие.

Анализ данных констатирующего и экспериментального этапов по категории «активность» показал наличие значительных изменений как в контрольной, так и в экспериментальной группе. До коррекции было зафиксировано 37,5% студентов контрольной и экспериментальной групп с высокой активностью и 62,5% - с низкой. После коррекции число активных студентов контрольной группы увеличилось до 50%, а экспериментальной группы – до 87,5%. Таким образом, активность студентов экспериментальной группы превысила активность студентов контрольной группы. Следовательно, коррекционные занятия вызвали интерес у испытуемых и способствовали повышению их инициативности.

По категории «настроение» в процессе анализа констатирующего и контрольного этапа было зафиксировано снижение хорошего настроения у студентов контрольной группы (с 87,5% до 62,5%) и повышение плохого (с 12,5% до 37,5%). Количество же студентов экспериментальной группы с хорошим настроением увеличилось (с 62,5% до 87,5%), а с плохим настроением уменьшилось (с 37,5% до 12,5%). Значит, участие в коррекционных занятиях благоприятно влияет на настроение студентов, вызывая у них бурную радость, приподнятость духа, эмоциональный подъём.

Таким образом, проделанный нами анализ результатов по методике диагностики оперативной оценки самочувствия, активности, настроения до и после коррекции показал отсутствие различий по категории «самочувствие» у студентов контрольной группы, наличие различий у студентов экспериментальной группы в сторону улучшения самочувствия. Активность повысилась как у студентов контрольной группы, так и у студентов экспериментальной группы. Что касается настроения, то у студентов контрольной группы оно снизилось, а у студентов

экспериментальной группы наоборот – повысилось. Сопоставление двух выборок: контрольной и экспериментальной по частоте встречаемости самочувствия, активности, настроения свидетельствует о достоверности различий ($\phi_1^*=2,6$, $\phi_2^*=3,1$, $\phi_3^*=4,5$ при $n_1=8$, $n_2=8$, $p \leq 0,05$).

С помощью теста «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера) мы рассмотрели как изменяется уровень ситуативной и личностной тревожности у студентов контрольной и экспериментальной групп при их переходе из констатирующего этапа к контрольному этапу. Результаты анализа представлены в таблице 2.

Таблица 3

Распределение студентов первого курса контрольной и экспериментальной групп по уровням и видам тревожности, в %

Уровни тревожности	Виды тревожности							
	Ситуативная тревожность, %				Личностная тревожность, %			
	констатирующий этап		контрольный этап		констатирующий этап		Контрольный этап	
	кон-трольная группа	экспери-ментальная группа	кон-трольная группа	экспери-ментальная группа	кон-трольная группа	экспери-ментальная группа	кон-трольная группа	экспери-ментальная группа
Низкий	0	0	0	12,5	0	0	0	12,5
Умеренный	0	0	62,5	62,5	0	0	37,5	50
Высокий	100	100	37,5	25	100	100	62,5	37,5
ϕ^*	3,4*				4,2*			

Из таблицы 3 видно, что наблюдаются изменения в проявлении тревожности как ситуативной так личностной тревожности студентов контрольной и экспериментальной групп.

Рассматривая динамику показателей ситуативной тревожности до и после коррекции у студентов контрольной группы можно увидеть следующие изменения: количество студентов с высоким уровнем ситуативной тревожности уменьшилось с 100% до 37,5%, появились студенты с умеренным уровнем тревожности – 62,5%. В экспериментальной группе из 100% студентов с превышенными значениями тревожности в том числе ситуативной выявилось 12,5% с низким уровнем, 62,5% с умеренным уровнем, 25% с высоким уровнем ситуативной тревожности. Следовательно, ситуативная тревожность после

коррекции значительно уменьшилась у студентов экспериментальной группы, нежели у студентов контрольной группы. В стрессовой ситуации студенты контрольной группы испытывают напряжение, беспокойство, нервозность, а студенты экспериментальной группы остаются спокойными и уравновешенными.

Обсуждение результатов. При анализе результатов констатирующего и контрольного этапов по показателю личностной тревожности были зафиксированы следующие различия: в контрольной группе число студентов с высоким уровнем личностной тревожности уменьшилось из 100% до 62,5%, также появилось 37,5% студентов с умеренным уровнем личностной тревожности. В экспериментальной группы из 100% студентов с высоким уровнем личностной тревожности выявилось только 37,5%, появились студенты с умеренным уровнем - 50% и низким уровнем – 12,5% личностной тревожности. Следовательно, студенты экспериментальной группы менее тревожны, чем студенты контрольной группы.

Вывод. Таким образом, анализ соотношения данных констатирующего и контрольного этапов показал наличие различий по показателям ситуативной и личностной тревожности студентов контрольной и экспериментальной групп. Уменьшилось число студентов контрольной и экспериментальной групп с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности. В обоих выборках появились студенты с умеренным уровнем ситуативной и личностной тревожности. Выявились студенты с низким уровнем ситуативной и личностной тревожности в экспериментальной группе. Тревожность у студентов экспериментальной группы стала намного ниже, чем у студентов контрольной группы. На наш взгляд, это связано с тем, что студенты экспериментальной группы посещали специально организованные коррекционные занятия, где основные усилия были направлены на то, чтобы дать каждому участнику группы возможность раскрыть свои внутренние резервы, обрести веру в самих себя, в том числе и в принятии решений. В процессе коррекционной работы студенты овладели способами саморегуляции и контроля, которые способствуют снижению у них уровня тревожности. После занятий они стали более самоуправляемы, ответственнее в своих действиях и поступках. Сопоставление двух выборок: контрольной и экспериментальной по частоте встречаемости ситуативной и личностной тревожности свидетельствует о достоверности различий ($\phi^*1=3,4$, $\phi^*2=4,2$ при $n1=8$, $n2=8$, $p \leq 0,05$).

Таким образом, проведённая нами коррекционная работа по снижению уровня тревожности студентов первого курса была эффективна. В результате проделанной работы адаптация студентов первого курса повысилась.

В ходе экспериментального исследования было выявлено, что:

1. у студентов экспериментальной группы самочувствие, активность и настроение после коррекции значительно повысилось, нежели у студентов контрольной группы;

2. большинство студентов экспериментальной группы принимают себя, они хорошо относятся к себе, спокойно воспринимают критику окружающих людей, положительные и отрицательные стороны своего характера. Студентов же контрольной группы многое не устраивает в своей личности, им бы хотелось измениться в лучшую сторону;

3. студенты как экспериментальной, так и контрольной групп доброжелательно относятся к окружающим их людям, умеют идти на контакт, устанавливать хорошие взаимоотношения;

4. студенты экспериментальной группы в большей степени испытывают эмоциональный комфорт, нежели студенты контрольной группы;

5. студенты экспериментальной группы пытаются разрешить сложные проблемы, их не пугают трудности и неудачи. Что же касается студентов контрольной группы, то большинство из них не стремится решить свои проблемы, так как в трудных ситуациях у них возрастает напряженность, тревожность;

6. Ситуативная и личностная тревожность у студентов экспериментальной группы после коррекции стала намного ниже, чем у студентов контрольной группы;

Проведённая коррекция тревожности, способствовала повышению уровня социальной адаптации студентов первого курса к образовательной среде вуза.

Список литературы

1. Астапова В.М. Тревога и тревожность. СПб. : Питер, 2001. 256 с.
2. Волков Г.И. Поле школьной тревожности. Тобольск : ТГПИ им. Д.И. Менделеева, 2005. 190 с.
3. Захарова Е.А. Эмоциональное состояние студентов в первый семестр обучения // Международный студенческий научный вестник. 2019. № 3. С. 38-47.
4. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
5. Ролло Мей. Смысл тревоги. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2016. 416 с.
6. Столяренко Л.Д. Основы психологии: Практикум. Ростов н/Д.: Феникс, 2001. 704 с.
7. Якоби Марио. Стыд и истоки самоуважения. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2016. 204 с.

РОЛЬ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ В РАЗВИТИИ ЭМПАТИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

С.М. Гайдаренко

Лесосибирский педагогический институт - филиал Сибирского федерального университета, Лесосибирск, Россия

Аннотация. В данной статье автор раскрывает связь понятий «технологии здоровьесбережения» и «психическое здоровье личности» в концепте образовательного процесса. Автор описывает роль технологий здоровьесбережения в развитии эмпатии у школьников. Эмпатийность рассматривается как одно из важнейших умений психически здоровой личности ученика.

За основу понятия «технология здоровьесбережения» автор берет понятие Тихомировой Л.Ф., определяя его как систему мер, совокупность приемов обучения и методов организации учебного процесса, направленных на сохранение и укрепление здоровья школьника на всех этапах его обучения в школе.

Главной задачей школы выступает развитие многогранной личности, что включает в себя интеллектуальное, личностное, физическое и психическое развитие ученика. Данная задача не осуществима без технологий здоровьесбережения, ведь здоровье (как физическое, так и психическое) – есть основа всего.

Под эмпатией в данной работе понимается рассматривается классическое понятие: способность человека проникать в эмоциональное состояние другой личности, умение сопереживать и сочувствовать собеседнику, готовность личности к содействию.

В рамках данной статьи рассматриваются эмпатические умения обучающихся. Рассмотрен онтогенез формирования чувства эмпатии, факторы и этапы ее формирования у ребенка, значение эмпатии в социализации личности, связь эмпатийности и психического здоровья личности, связь здоровья личности ученика и технологий здоровьесбережения. Роль здоровьесберегающих технологий в процессе развития эмпатии в образовательном процессе

Ключевые слова: технологии здоровьесбережения, эмпатийность, социализация, психическое здоровье личности, физическое здоровье личности, здоровье, личность ученика

Актуальность . В связи с переходом на дистанционное обучение у школьников и студентов чаще стали появляться проблемы, связанные со

здоровьем. Наиболее частыми являются проблемы со зрением, мышечные и суставные проблемы, а также психические проблемы: депрессии, фобии, стресс.

Согласно данным Минздрава, у большинства школьников в свете последних обстоятельств (пандемия covid-19, которая стала причиной перехода школ на дистанционное обучение) стали проявляться признаки стресса, которые отрицательно отразились на психическом состоянии большинства школьников. Так, у 83,8% обучающихся отметили отрицательные психические реакции пограничного уровня, депрессивные состояния наблюдаются у 42,2%, астенические состояния - у 41,6%.

Постановка проблемы. Целями современного образования выступают:

1. Воспитание гармонично развитой личности и осуществление успешной социализации личности каждого ученика.
2. Сохранение и укрепление здоровья обучающихся в процессе их обучения.
3. Разработка, выработка и превращение в жизнь здоровьесберегающих технологий в организации учебного процесса.

Нами был поставлен вопрос: в чем проблема дистанционного образования и с чем связан большой процент ухудшения здоровья (как физического, так и психического) школьников в период дистанционного обучения.

Современная система образования направлена на развитие многогранной личности ученика. В понятие многогранности входит интеллектуальное, личностное, физическое и психическое развитие личности обучающегося. Одним из важных транзисторов успешного развития выступает совершенное (или близкое тому) физическое и психическое здоровье школьника. Кроме того, в настоящее время мы наблюдаем процесс переход от традиционной педагогики к инновационному типу обучения, в основе которого, находится забота о здоровье обучающихся. Так, для реализации плана развития многогранной личности, в систему образования были введены различные технологии здоровьесбережения обучающихся.

Л.Ф. Тихомирова дает определение: «Здоровьесберегающие технологии - это совокупность приемов и методов организации учебно-воспитательного процесса без ущерба для здоровья школьников и педагогов, система мер, включающая взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленная на сохранение и укрепление здоровья школьника на всех этапах его обучения и развития».

Здоровьесберегающие технологии можно разделить на несколько групп (классификация Селевко Г.К.):

1. медико-гигиенические (соблюдение СанПинов);
2. физкультурно-оздоровительные технологии (физкультминутки, активные перемены, спортивные секции);
3. экологические технологии (обустройство школьной среды: световой и тепловой режим, озеленение пришкольной территории, интерьер школы);
4. техническое обеспечение безопасности жизнедеятельности школьников;
5. образовательные здоровьесберегающие технологии.

Согласно ФГОС, основная цель здоровьесберегающих технологий – это сохранение и укрепление здоровья учеников. Отталкиваясь от нее, можно выделить ряд задач:

1. Формирование и распространение среди обучающихся здорового образа жизни.
2. Обеспечение обучающимся возможности сохранения здоровья в процессе обучения (особенно актуально в процессе дистанционного обучения).
3. Снижение заболеваемости среди обучающихся.
4. Формирование среди обучающихся спортивно-оздоровительной работы.

К появлению здоровьесберегающих технологий вело множество предпосылок. Важнейшая, конечно же, - состояние современных учеников. По данным Института возрастной физиологии РАО, среда школы способна создавать факторы риска нарушений здоровья, с действием которых связано 20-40% отрицательных влияний, негативно сказывающихся на состоянии здоровья учеников.

Говоря о здоровье школьника, стоит отметить, что в настоящее время не существует разделения на физическое и психическое здоровье – оно рассматривается как синтез двух форм: без одного нет другого.

Само понятие «здоровье» неоднородно и многозначно. Здоровье - это сложный динамический процесс, который включает в себя физическую эволюцию, работу организма, развитие и функционирование психической сферы человека, его становление, самоопределение и позиционирование в обществе. Иначе говоря, синтез физического, психического, духовного и социального благополучия личности, который проявляется в правильном ее развитии. Согласно же определению Устава Всемирной организации здравоохранения, здоровье - это состояние человека, которому свойственно отсутствие болезней и физических дефектов, и присутствие полного душевного и социального благополучия.

С.Г. Сериков отмечает: «Здоровье учащихся представляет собой способность к адаптации в установившихся условиях образовательного пространства и к поддержанию в образовательных процессах активных от-

ношений с собой, с партнерами и с образовательными системами». Он выделяет два компонента здоровья: первый – соматический компонент, куда входят анатомические особенности организма; второй – функциональный компонент, который включает в себя физиологические и психологические особенности конкретной личности. Сохранение психического здоровья выступает обязательным условием для развития физического здоровья ученика, его успеваемости и социальной адаптированности.

Одним из главных факторов успешной социализации выступает овладение школьником способностью к проявлению эмпатийности.

Эмпатия – особенно важное умение современной личности. Понятие «эмпатия» можно трактовать как способность личности к чувствованию и сопереживанию другому. Эмпатийность предполагает установление понимания и контакта между людьми в обществе. Сформированное чувство эмпатийности поддается правилу трёх «С»: сопереживание, сочувствие, содействие – обладание этими умениями и возможность их применения в нужной ситуации ознаменует конец формирования чувства эмпатии у человека, дальше последует только развитие и повышение уровня эмпатийности.

Говоря об уровнях, выделяют:

1. Когнитивную эмпатию.
2. Эмоциональную эмпатию.
3. Поведенческую эмпатию.

Эмпатия основывается на умении личности представить себе внутренне состояние другого человека, способности идентифицировать собственное состояние с состоянием оппонента. В жизни человека эмпатия играет огромную роль, выступая главным условием для успешной социализации личности.

Процесс успешной социализации зависит от преодоления двух главных факторов: усвоения опыта общества и установления личных отношений и связей. Причем, стоит отметить, что второй компонент играет большую роль, нежели первый. Усваивая опыт общества, человек преобразовывает его в личный, персональный опыт, преобразуя его в знания, установки, умения, позиции и роли. Социализация позволяет индивиду стать участником коллектива.

Процесс социализации неразрывно связан с проявлением эмпатийности. Именно эмпатия позволяет установить связь между членами группы и найти «общий язык».

Успешное прохождение социализации (начального этапа, ведь как мы знаем, социализация личности не прекращается никогда) – фундамент здоровой личности. И что парадоксально, здоровье личности – фундамент для успешной социализации. Именно поэтому вопросу здоровья в образовательном процессе уделено так много внимания (ведь социализа-

ция и здоровье – есть одни из важнейших направлений развития школьников).

Вернемся к вопросу здоровьесберегающих технологий и их связи с психическим здоровьем и эмпатийностью.

Сегодня огромное количество учеников подвергаются стрессу, тревожности и апатии. Причиной и одновременно следствием тому может выступать окружающая личность среда. Постоянно пребывая в коллективе с негативной психологической энергетикой, школьник принимает и впоследствии проявляет по отношению к другим подобную позицию – это одна из проблем, которую должна решить школа.

Для формирования эмпатийности личность проходит три этапа:

1. Получение собственного положительного опыта
2. Понимание и осознание своих эмоций и чувств
3. Получение осознания о том, что предположительно чувствует другой человек.

Эмпатийность имеет несколько сензитивных периодов: дошкольный возраст, младший школьный возраст, подростковый возраст. И если в первый период развития эмпатии у ребенка его сенсеем выступает родитель, то во второй – учитель, классный руководитель, тренер, в третий – другие подростки, друзья, товарищи.

А. Маслоу утверждал, что неверное развитие личности может стать предпосылкой неврозов и психозов, т.е. проявления патологических нарушений психологического здоровья. Нездоровье человека – это форма нравственной и чувственной неполноценности личности.

Развитию эмпатийности способствуют множество школьных дисциплин: литература, родная литература, МХК, светская этика, физическая культура, гражданское воспитание и др., а также различные флагманские программы: «РДШ», «Юнармия», «Волонтерство», «КВН» и др.

Вопросом здоровья в процессе образования занимается педагогика сотрудничества (здоровьесберегающая педагогика). Она стремится использовать максимальный потенциал школьника для более полного и глубокого развития его личности. Педагогика сотрудничества создает условия для исполнения задач сохранения и укрепления здоровья школьников и учителей, а также популяризации среди них здорового образа жизни. Она рассматривает здоровье субъектов ЦПП как главную ценность, технологически обеспечивает приоритет культуры здоровья при организации учебного процесса среди педагогов и учащихся.

Здоровьесберегающие технологии применяются на каждом современном уроке. Использование игровых технологий (занимательных и оригинальных задач, заданий и упражнений), введение в процесс урока интерактивных методов обучения – всяческие отвлечения от традиционного стиля преподавания – позволяют снять эмоциональное напряжение в

классе, что хорошо сказывается на психологическом здоровье учеников. Находясь в дружеской психологической обстановке школьники начинают проявлять между собой интерес друг к другу, эмпатийность, начинают строить дружеские и приятельские связи внутри коллектива.

Учитель, в свою очередь способствует, социализации каждого из учеников, используя определенные техники и способы (если они требуются), устанавливает экологически чистые отношения в коллективе учащихся, способствует появлению у них желания учиться. Все эти техники и способы основываются на проявлении педагогом эмпатийности по отношению к ученикам, веры в их успех и силы, эмоциональной поддержке обучающихся.

Здоровьесберегающие технологии во многом способствуют проявлению учителем эмпатийности. Рассмотрим на примере некоторые из них:

1. Физкультурно-оздоровительные технологии: в свете данных технологий учитель может подбирать различные игры, физкультминутки, направленные на решение внутри коллективных проблем, т.е. на улучшение психологического климата в классе, что выступает проявлением с его стороны содействия (составляющая эмпатийности) по отношению к классу.

2. Экологические технологии: обустройство школьного уголка, распределение обязанностей среди учеников способствуют увеличению желания к обучению. Эмпатийность может проявляться в похвале или же благодарности отличившихся учеников

3. Здоровьесберегающие образовательные технологии: правильное преподнесение информации о здоровом образе жизни может расцениваться школьниками как забота учителя о них (что также является частью эмпатического переживания).

Говоря об эмпатийности, важно отметить, что уровень эмпатии у человека может изменяться с годами и зависит это от того, в каком окружении находится личность. Так, если школьники проводят большую часть своего времени в школе, где по отношению к ним окружающие (одноклассники, учителя, ученики) проявляют эмпатийность, то уровень их эмпатических умений растет, что приводит к улучшению психического здоровья, а вследствие этого и физического здоровья личности. Современная система образования, различные здоровьесберегающие технологии и целенаправленные действия учителя способствуют комплексному развитию многогранной личности ученика.

Результаты исследования. Изучение современной литературы, анализ настоящей образовательной ситуации дали нам следующие результаты. Дистанционное обучение находится в проигрыше у очного обучения по нескольким причинам:

1. Безэмоциональность (и бесчувственность) обучения: школьники не имеют личного контакта с учителем и одноклассниками: нет полного ощущения поддержки и понимания (отсутствие эмпатийности).

2. Полное нарушение норм здоровьесберегающих технологий. Превышение нормы пребывания за компьютером, неподходящая для обучения среда, отсутствие физкультурно-оздоровительных технологий в процессе обучения.

Вывод. Так, подводя итоги можно сказать: здоровьесберегающие технологии активируют потенциал здоровья школьника, что в свою очередь влияет на оптимизацию социально-психологических механизмов адаптации ученика в разных жизненных ситуациях. Здоровьесберегающие образовательные технологии создают наиболее комфортные условия для сохранения, укрепления и развития духовного, интеллектуального, психического и физического здоровья школьника и учителя.

Здоровьесберегающие технологии способствуют развитию эмпатийности школьника, а это значит, что их использование в педагогическом процессе правильно и целесообразно, так как они положительно влияют на психическое и физическое развитие обучающихся.

Список литературы

1. Гайдаренко С.М. Развитие эмпатии на разных возрастных этапах // Проблемы современного образования. 2020. Ч. 3, Вып. 66. С. 351-354.
2. Долгова В.И. Эмпатия. М. : Перо, 2014. 185 с.
3. Елисеев В.В. Рекомендации по сохранению здоровья школьников на уроке и оценке эффективности здоровьесберегающей деятельности школы // Практика административной работы в школе. 2010. № 8.
4. Карягина Т.Д. Проблема формирования эмпатии // Консультативная психология и психотерапия. 2010. № 1. С. 38-54.
5. Кокорина О.Р. Технологии здоровьесбережения в образовательном процессе педагогического вуза. Научный дебют // Высшее образование в России. 2011. № 10. С. 163-165.
6. Середина Л.В. Психологическая комфортность урока – элемент здоровьесберегающей педагогической технологии // Начальная школа. 2010. № 11.
7. Хаертдинов Р.Р. Роль здоровьесберегающих технологий в формировании эмпатической культуры личности будущих специалистов // Среднее профессиональное образование. 2011. № 3. С. 60-61.
8. Хухлаева О.В. Как сохранить психологическое здоровье подростков. М. : Сентябрь, 2003. 176 с.
9. Smolyainova O.G., Posokhova S.T., Izotova M.K. The Possibilities of Empathy in Preventing Interpersonal Conflicts in the Educational Environment of a Higher Education Institution // Journal of the Siberian Federal University. Humanities & Social Sciences. 2020. Vol. 13, № 2. P. 219-233.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И АЛЕКСИТИМИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

А.Е. Ганжа, Н.Н. Вишнякова

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

Аннотация. В статье приводится описание эмпирического исследования уровня тревожности и алекситимии у молодых людей. Раскрываются понятия тревожности и алекситимии, предполагается, что они зависят друг от друга. Целью исследования является определение взаимосвязи ситуативной тревожности, личностной тревожности и алекситимии. В статье приводятся результаты исследования, их анализ и статистические расчеты, в ходе которых предполагаемая взаимосвязь отрицается.

Ключевые слова: ситуативная тревожность, личностная тревожность, алекситимия, взаимосвязь

Актуальность. Мы живем в эпоху новых технологий, всем управляют машины и гаджеты, с помощью которых люди все больше поработают планету. В этой гонке за господство над миром и природой, люди все больше полагаются на разум, совершенно забывая про чувства и эмоции. В результате на первое место выходит рациональное мышление, а эмоциональная сфера отходит на второй план. Людям все сложнее открыто показывать свои эмоции, делиться ими с окружающими, да даже самому понять, что именно он испытывает. Все чаще люди говорят о том, что эмоции и чувства присущи слабым людям в наши дни. Особенно это заметно у молодежи, которая, постоянно полагаясь на телефоны, планшеты, интернет и т.д., постепенно теряет свою эмоциональность, возможность и желание проявлять ее повседневной жизни. Что ведет к снижению общения в целом. Но человек - существо биосоциальное, поэтому ограничение вербальных контактов может привести к появлению дополнительной тревожности и заболеваний. Что же такое тревожность? Тревожность – это черта человека, когда он испытывает переживания по какому-либо поводу. Чаще всего люди переживают перед значимыми для них событиями, подобное волнение вполне нормально. Но когда люди часто переживают по поводу незначительных вещей, либо же и вовсе без повода, это перестает быть нормой и говорит о том, что человек обладает высоким уровнем тревожности и чаще всего таким людям требуется оказание медицинской и психологической помощи.

Тревожность является частью ряда заболеваний, которые носят название патологические тревожные состояния. Она может выступать как один из механизмов появления невроза, ухудшения психофизического благополучия личности. (Сох, 2019; Iancu, 2016).

Наблюдается повышенная тревожность может у людей любого возраста, пола и т.д. У подобного состояния может быть множество различных причин, но есть несколько таких, которые являются основными. К ним относятся: различные эмоциональные переживания; особенности воспитания и атмосфера в семье; стресс от перенесенной травмы (как физической, так и психологической); внутренний конфликт - проблемы с самооценкой, неудовлетворённость. (Simpson, 2010).

Термин «алекситимия» был впервые использован и введен в литературу психиатром Питером Сифнеосом в 1972 г. В переводе с греческого Алекситимия означает: «без слов для чувств» (близкий перевод — «нет слов для названия чувств»). Алекситимия это психологическая характеристика, которую определяют с помощью нескольких когнитивно-аффективных особенностей. К ним относят: 1) проблемы в понимании (идентификации) и описании собственных чувств; 2) трудности в разграничении (разделении) между чувствами и кинестетическими ощущениями; 3) уменьшение способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других внешних событиях, чем на внутренних переживаниях (Ересько, 2005).

Возможную этиологию феномена алекситимии определяют при помощи трех существующих моделей. Вот они:

1) биологическая - как генетически запрограммированное свойство организации нервной системы, связанное с выраженной латерализацией левого полушария мозга (известно, функцией правого полушария является активное фантазирование; помимо этого, существует информация, что алекситимию приобретают больные после перерезки);

2) психодинамическая - как изоляционный механизм защиты от пережитого травматического опыта (семьи, где к детям жестоко обращались, например избивали и т.д.);

3) бихевиоральная - как раннее научение от алекситимной матери или влияние «запретного» на эмоции социального окружения, подавляющего навыки эмоциональной жизни и «развивающего» таким образом преимущественно левое полушарие. (Сидоров, 2010; Luminet, 2018).

Несмотря на то, что алекситимия является бесспорным явлением и часто наблюдается у больных с психосоматозами, помимо этого алекситимию можно встретить среди больных неврозами, наркоманов, онкологических больных и здоровых людей. Поэтому обычно говорят о том, что алекситимическое поведение представляет собой фактор ри-

ска, который может быть связанным с другими (как специфическими, так и неспецифическими) факторами. (Кристал, 2006)

Постановка проблемы. По мнению многих исследователей, тревожность лежит в основе целого ряда психологических трудностей, а также в основе нарушения общего развития. Существует ряд экспериментальных исследований, в которых сказано о том, что между проявлениями алекситимии и высоким уровнем тревожности есть взаимосвязь. Это делает возможным рассмотрение алекситимии как проявление приспособительной реакции индивида на тревогу. Однако вопрос о взаимосвязи тревожности и алекситимии остается открытым до сих пор и способствует появлению новых исследований.

Методы и материалы. Исследование проводилось в онлайн формате с применением Google-форм в период самоизоляции.

Для определения уровня тревожности использовалась шкала Спилбергера-Ханина. (В. М. Астапова, 2017).

Чтобы определить уровень алекситимии, использовалась Торонтская Алекситимическая Шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS).

Всего в исследовании приняли участие 64 человека (32 девушки и 32 мужчины) в возрасте от 18 до 30 лет.

Результаты исследования. Исследование проводилось в онлайн формате с применением Google-форм.

В ходе исследования было выявлено, что большая часть опрошенных (45%) имеют высокий уровень ситуативной тревожности, чуть меньше (41%) нормальный уровень и небольшая часть опрошенных (14%) низкий уровень ситуативной тревожности.



Рис. 1. Показатели ситуативной тревожности

Показатели уровня личностной тревожности отличаются, но нена-

много. Так, высоким уровнем личностной тревожности обладает большинство опрошенных (51%), умеренным (41%) и низким (8%).

Личностная тревожность

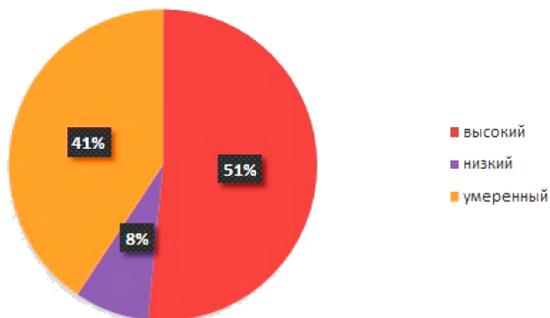


Рис. 2. Показатели личностной тревожности

Несмотря на высокие показатели по уровню личностной и ситуативной тревожности, большая часть опрошенных обладает нормальным уровнем алекситимии (55%), 23% опрошенных находятся в группе риска и лишь 22% обладают ярко выраженной алекситимией.

Алекситимия



Рис. 3. Показатели уровня алекситимии

Как и предполагалось изначально, женщины более подвержены ситуативной (62%) и личностной (52%) тревожности.

На рисунках 6 и 7 наглядно представлены показатели распределения личностной и ситуационной тревожности в зависимости от пола.

Ситуативная тревожность

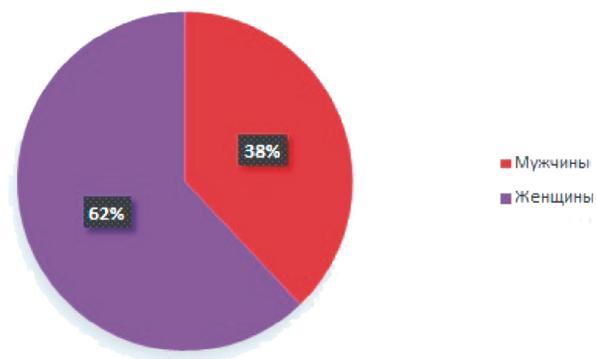


Рис. 4. Распределение ситуативной тревожности по полу

Личностная тревожность

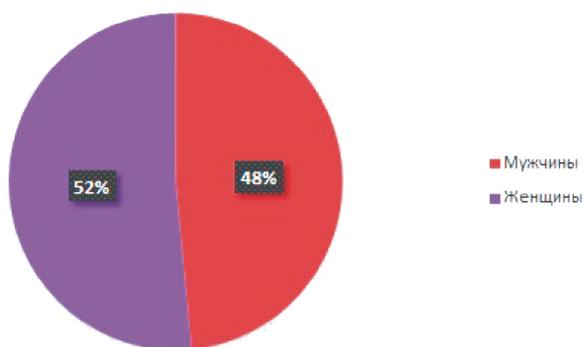


Рис. 5. Распределение личностной тревожности по полу

По результатам опроса выраженная алекситимия встречается одинаково часто у женщин (50%) и мужчин (50%).

Выраженная алекситимия

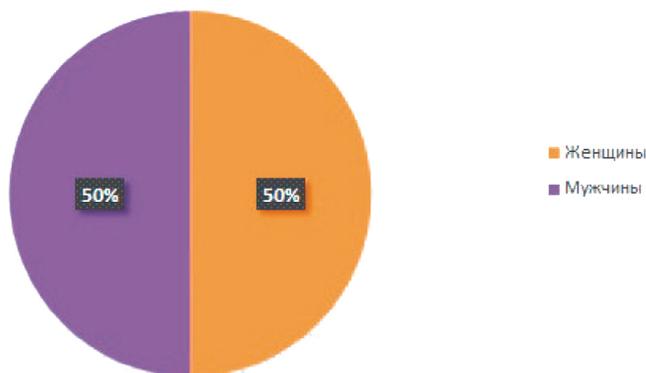


Рис. 6. Распределение алекситимии по полу

Для статистического анализа полученных в ходе опроса данных использовалась программа R.

Нас больше всего интересовала взаимосвязь, поэтому мы проверяли полученные данные с помощью корреляционного анализа.

Итоги статистических расчетов: между уровнем ситуативной и личностной тревожности присутствует достаточно высокий показатель положительной корреляции (0.68). Это говорит о том, существует взаимосвязь между данными показателями и с увеличением одного показателя, увеличивается и другой, но есть и исключения. Получается, чем выше уровень личностной тревожности, тем выше и уровень ситуативной тревожности, и наоборот.

Между ситуативной тревожностью и алекситимией взаимосвязь практически отсутствует (показатель корреляции равен 0.122). Это говорит о том, что в нашей выборке показатели ситуативной тревожности не взаимосвязаны с показателями алекситимии.

Между личностной тревожностью и алекситимией также отсутствует статистически значимая взаимосвязь (показатель корреляции равен 0.216).

Вывод. Обобщая результаты исследования можно сделать вывод о том, что взаимосвязи между уровнем тревожности и алекситимии в нашей выборке практически нет. Однако, мы заметили, что в большинстве случаев, люди с высоким показателем ситуативной и личностной тревожности обладают выраженной алекситимией либо находятся в группе риска. Больше высокой тревожности, как и предполагалось в начале подвержены женщины, нежели мужчины.

Список литературы

1. Ереско Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 25 с.
2. Кристал Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект - Травма. М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2006. С. 358-464.
3. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 880 с.
4. Тревога и тревожность. Хрестоматия / сост. и общая редакция В. М. Астапова. М. : ПЕР СЭ, 2017. С. 218-240.
5. Anxiety Disorders: Theory, Research and Clinical Perspectives / eds. H. B. Simpson, Y. Neria, R. L.-F. [et al.]. Cambridge : Cambridge University Press. 2010. P. 201-216.
6. Cox R.C., Olatunji B.O. Anxiety and Related Disorders. Cambridge : Cambridge University Press, 2019. P. 1-10.
7. Iancu I. Oxytocin in social anxiety: An overview // European Psychiatry. 2016. Vol. 33. P. 47. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.908
8. Luminet O., Bagby R.M., Taylor G.J. Alexithymia. Advances in Research, Theory, and Clinical Practice. Cambridge : Cambridge University Press, 2018. P. 1-48.

УДК 159.95

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

В.Е. Глазкова, Н.В. Попенко

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

Аннотация. В статье представлены теоретически различные виды агнозий, как особенностей восприятия больных, перенесших инсульт. Рассмотрены нарушения восприятия при поражении: затылочных и затылочно-теменных отделов коры, зоны ТРО, теменного отдела и конвекситальной коры височного отдела головного мозга. Цель работы: изучение особенностей восприятия больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, агнозия, нейропсихология, когнитивные нарушения, инсульт, головной мозг, кора больших полушарий, восприятие

Актуальность. Вопросы, касающиеся нейропсихологической реабилитации больных, перенесших инсульт, до сих пор являются актуальными. В настоящее время инсульт (острое нарушение мозгового кро-

вообращения) представляет собой серьезную общественную проблему, поскольку наряду с онкологическими и кардиологическими заболеваниями занимает второе место в структуре заболеваний, приводящих к смертности.

В Российской Федерации инсульт стоит на первом месте в ряде причин потери трудоспособности и инвалидизации. Перенесенное нарушение мозгового кровообращения нередко приводит к нарушению привычных условий жизнедеятельности больного, что оказывает негативное влияние на психику. Инсульт может стать причиной эмоционально-волевых нарушений, когнитивных расстройств, а также трудностей социальной адаптации.

Исходя из этого, крайне важным представляется своевременная диагностика и коррекция когнитивных нарушений, в частности нарушений восприятия больного. Занимается данными вопросами специалист - клинический психолог или нейропсихолог, который проводит диагностику нарушений у пациента, определяет по ним локализацию патологического очага, и, в дальнейшем, разрабатывает и реализует программу коррекции когнитивных нарушений больного. Особенно важно начать указанные мероприятия уже в ранний реабилитационный период пациента на стационарном лечении.

Агнозией называют группу гностических нарушений, которая возникает при корковых поражениях головного мозга. З. Фрейд первый, кто предложил термин «агнозия» (Кудашкина, 2017).

Специфические когнитивные нарушения – это прямой результат изолированных повреждений головного мозга. Для оценки выраженности когнитивных нарушений вследствие инсультов важную роль играет степень повреждения мозговой ткани и знания положений теории узкого локализационизма (Riordan, 2011).

Вследствие поражения затылочно-теменной и затылочной коры больших полушарий мозга у больных появляются следующие нарушения восприятия:

1. Гностические зрительные расстройства, или иначе - зрительные агнозии.

Зрительная агнозия – это нарушение зрительного гнозиса, то есть, узнавания. Данное расстройство возникает вследствие поражения коры задних отделов больших полушарий мозга. Это нарушение протекает при сохранности зрительных функций. Таких, как острота зрения, способность к периферическому и центральному зрению и цветоощущения (Доброхотова, 1996). А также при сохранности памяти, речи и способности узнавать предметы по их тактильным и звуковым признакам (Тихомиров, 2019).

Зрительный гнозис – это способность узнавать зрительно объект или какую-либо его часть (Григорьева, 2018).

Фактор, который обеспечивает зрительный гнозис, располагается во вторичных, 18 и 19 полях коры зрительной системы. Также в реализации высших зрительных функций участвуют третичные поля коры, которые расположены возле вторичных.

Существуют следующие виды зрительной агнозии:

1. Предметная, или ассоциативная.
2. Лицевая, или прозопагнозия.
3. Буквенная.
4. Цветовая.
5. Симультанная.
6. Оптико-пространственная, или апперцептивная.

Предметная агнозия – это неспособность распознать объекты, имея при этом сохранное восприятие. Если больным дать задание перерисовать несложный рисунок, они это сделают, но скопированные объекты потом не узнают (Кудашкина, 2017).

О. Сакс описал в книге своего пациента, который вследствие ЧМТ «принял свою жену за шляпу». У описанного больного были сложности с узнаванием предметов (Сакс, 2017).

При анализе формы объектов важную роль играют структуры затылочной и височной доли. Причина предметной агнозии – это поражение затылочно-теменных отделов мозга (Тихомиров, 2019).

Лицевой агнозией называют сложности узнавания знакомых лиц. При этом остаются сохранными возможность узнать знакомого человека по его голосу или походке, сохранены также и память с речью (Григорьева, 2018).

Если же человек утратил возможность узнавать лица знакомых людей вследствие различных нарушений памяти или зрения, то данное заболевание будет не «лицевой агнозией», а «нарушением узнавания лиц» и не будет относиться к указанным здесь когнитивным нарушениям (Соггоу, 2016).

Нейрональная основа узнавания лиц – это активность затылочных отделов правого полушария (у правшей) а именно, нижних отделов «широкой зрительной сферы». Поражение данных отделов является причиной возникновения лицевой агнозии (Григорьева, 2018).

Буквенной агнозией в нейропсихологии обозначают неспособность больного к письму и чтению. Данное нарушение приводит к первичной аграфии и алексии. Больные верно копируют буквы, но не могут их назвать (Кудашкина, 2017).

Буквенная агнозия появляется при повреждении левого полушария головного мозга (Wilmer, 2010).

Больной с цветовой агнозией почти не различает цвет, даже если у него сохранены цветоощущение и различение яркости (Кудашкина, 2017).

Симультанная агнозия – неспособность распознавать несколько объектов в одно время (Кудашкина, 2017). Больным сложно прочитать длинные слова и предложения, составить рассказ по заданной сюжетной картинке, так как они не способны «охватить» взором все предметы на картинке и связать их (Белопасова, 2016). Как правило, симультанную агнозию связывают со слабостью корковых зрительных клеток (Гагошидзе, 1983).

2. Нарушения оптико-пространственного анализа и синтеза.

Оптико-пространственная агнозия – это нарушения в восприятии отношений в пространстве нарисованных или реальных предметов при поражении теменных или теменно-затылочных структур головного мозга. Реже это нарушение проявляется при повреждении задних отделов мозолистого тела и височных долей (Андреева, 2016).

Человек с таким нарушением не может правильно ориентироваться в своем родном городе и внутри своей квартиры, правильно оценивать пространственные признаки изображений, читать географические карты, распознавать буквы с право-левой ориентацией, а также различать половины тела (Лурия, 2018).

Так же у больных с пространственной агнозией нарушается рисунок и письмо, затрудняется пространственно ориентированное движение (апрактоагнозия). При правосторонних поражениях появляется игнорирование левой половины зрительного поля. Даже копируя рисунок, больные могут изобразить всего одну сторону копируемого. Отдельные авторы считают, что оптико-пространственная агнозия – это не единый синдром и что она и носит различные нарушения: трудности ориентации в трехмерном пространстве, а также агнозию глубины; трудности преобразования двумерных изображений в трехмерные; топографическую дезориентацию и другие нарушения.

Больные с агнозией глубины не могут правильно оценить расстояние до нужного объекта и взаимное расположение в пространстве двух определенных объектов. К примеру, они не могут точно определить, какой из предметов к ним ближе, или сосчитать объекты, которые расположены на одной линии.

Больные с топографической дезориентацией не способны ориентироваться в своей квартире или родном городе, не могут понять или же нарисовать план местности. Иногда при неспособности читать карты и планы больной может без проблем ориентироваться в реальном окружении (Тонконогий, 2007).

При поражении теменной доли, контрлатеральной очагу у больного появляется односторонняя пространственная агнозия. Таким пациентам

присуще невнимание к находящемуся в стороне пространства, контрлатеральной очагу поражения (Андреева, 2016).

Пациенты с оптико-пространственными нарушениями с большим трудом опознают форму предметов и не могут назвать их, а также узнать. Таким больным представляется сложным скопировать форму даже простых фигур (круга или квадрата) (Кудашкина, 2017).

При поражении зоны ТРО у пациентов имеются трудности с ориентацией. Особенно наблюдаются трудности в право-левых координатах пространства. Это сочетается часто с нарушением в графических оптико-пространственных операциях: понимании схем, карт, чертежей и прочего.

Возможно наличие и конструктивной апраксии, а также трудностей у пациентов с написанием букв (симптом зеркального копирования). Такое сочетание характерно для «пространственной апрактоагнозии». Нарушение такой ориентировки в пространстве появляется при поражениях как левого, так и правого полушария. Но А. Р. Лурия утверждал, что они особенно выражены при левостороннем поражении (у правой).

Нарушения восприятия при поражениях коры теменной области мозга.

При поражении теменной области мозга возникают нижнетеменной и верхнетеменной синдромы:

1. Нижнетеменной синдром. Данный синдром появляется вследствие поражения постцентральных нижних и средних областей коры. А, именно тех, которые граничат с зонами представительства руки и речевого аппарата в первичных кожно-кинестетических полях. Там, где находится «сенсорный человек».

В нижнетеменной синдром входят тактильные агнозии, которые проявляются нарушенной возможностью опознания на ощупь предметов (астереогноз), которая довольно сильно выражена при поражении нижних отделов постцентральной коры.

В более грубых случаях астереогноз выражается в форме тактильной агнозии текстуры объекта, при которой пациент не определяет даже материал предмета. В других случаях пациент верно узнает текстуру объекта и его признаки, но не опознает его в целом.

Другая форма гностических расстройств, которая входит в данные синдромы - это пальцевая агнозия (по-другому, синдром Герштмана). Пальцевая агнозия – это неспособность больного опознавать свои пальцы с закрытыми глазами. Также при теменных очагах возникают нарушения узнавания букв и цифр, которые «пишут» на коже (тактильная алексия). Эти гностические расстройства связывают с поражениями левого полушария (у правой), его нижнетеменных отделов.

2. При верхнетеменном синдроме гностические нарушения проявлены в виде ложных соматических образов — ощущения «не своей» ко-

нечности, множества рук или ног, увеличения или уменьшения разных частей тела (Хомская, 2005).

Также туда входит анозогнозия. «Анозогнозией» называют различные неадекватные реакции больного по отношению к своему заболеванию (Григорьева, 2016).

При повреждении левой теменной коры любого из полушарий возникают такие нарушения, как соматогнозия и аутоагнозия. Соматогнозия – это утрата больным своих знаний о теле и его состоянии, а аутоагнозия – это сложности с локализацией и определением частей тела.

Поражение у больного конвекситальной коры височной области мозга приводит к разным нарушениям слуха, а также восприятия речи и музыки.

Слышание обеспечивается первичными полями слуховой коры; дифференциация разных звучаний, дифференцировка их по источнику обеспечивается вторичными полями; понимание значения слышимого обеспечивается третичными полями. Нарушения на уровне первичных полей проявляются глухотой или тугоухостью, вторичных – слуховой агнозией.

При неречевой слуховой агнозии (неполноценность полей правого полушария) больной не может различать шумы окружающего мира, а при речевой (неполноценность вторичных полей левого полушария) – звуковой состав речи, воспринимаемой на слух (Визель, 2018).

Повреждения правой височной коры иногда становятся причиной возникновения амузии. Это нарушение восприятия музыки. Неспособность больных правильно различать тона и ритмы.

Нарушение восприятия просодических (интонационных) компонентов речи является симптомом поражения правой височной области мозга. Интонационный аспект речи, который отражает эмоциональную и логическую семантику, не различается больными; часто не различаются мужские и женские голоса. Эта совокупность нарушений присуща больным с доминирующей правой рукой и без скрытых признаков левшества (Хомская, 2005).

Вывод. Таким образом, проведенный нами теоретический анализ показал явную зависимость определенных видов нарушений восприятия от локализации очага поражения в головном мозге.

Были рассмотрены проявления различных видов агнозий и их локализация относительно отделов коры больших полушарий.

Список литературы

1. Андреева М.А., Минзар И.А., Лебедев В.И. Особенности проявления и диагностики односторонней пространственной агнозии у пациентов, перенесших инфаркт мозга в правом каротидном бассейне // Научные стремления. 2016. № 19. С. 5-11.

2. Белопасова А.В., Кадыков А.С., Бердникович Е.С. Задняя корковая атрофия – вариант прогрессирующих локальных атрофий головного мозга // Клинический разбор. 2016. Т. 10, № 3. С. 61-66.
3. Визель Т.Г. Особенности коррекционной работы при нарушениях восприятия речи на слух // Самарский научный вестник. 2018. Т. 7, № 1. С. 248-251.
4. Визель Т.Г., Шабетник О.И. Особенности синдромов у больных с очаговыми поражениями правого полушария мозга // Вестник угроведения. 2012. № 1(8). С. 171-177.
5. Гагошидзе Т.Ш., Хомская Е.Д. Нейропсихологическое исследование наглядно-образного мышления // Вопросы психологии. 1983. № 4. С. 119-127.
6. Григорьева В.Н., Сорокина Т.А. Анозогнозия у больных острым полушарным ишемическим инсультом // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016. № 8(2). С. 31-35.
7. Григорьева В.Н., Машкович К.А. Лицевая агнозия в клинике поражений головного мозга // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018. № 10(4). С. 111-115.
8. Григорьева В.Н., Тихомиров Г.В. Методика диагностики нарушений запоминания и гнозиса недавно увиденных ориентиров на местности // Медицинский альманах. 2018. № 5(56). С. 80-84.
9. Доброхотова Т.А., Брагина Н.П., Зайцев О.С. Односторонняя пространственная агнозия. М.: Книга, 1996. 112 с.
10. Запесоцкая И.В., Запесоцкая С.Я., Рюмшин М.А. Латеральный фактор нарушения зрительно-пространственного гнозиса у пациентов, перенесших ишемический инсульт в раннем восстановительном периоде // Здоровье и образование в 21 веке. 2019. № 5. С. 83-86.
11. Ковальчук В.В, Хайбуллин Т.Н., Миннуллин Т.И. Особенности нарушения функционирования различных неврологических систем при сосудистых заболеваниях головного мозга // Наука и здравоохранение. 2016. № 6. С. 98-111.
12. Кудашкина Е.Ю., Сухих Е.А. Зрительная агнозия. Нейрофизиологические основы. Виды и методы выявления // Вестник совета молодых ученых и специалистов челябинской области. 2017. № 4. С. 64-69.
13. Лурия А. Потерянный и возвращенный мир. М. : Алгоритм, 2018. 272 с.
14. Сакс О. Человек, который принял жену за шляпу. М. : АСТ, 2017. 320 с.
15. Тихомиров Г.В., Константинова И.О., Циркова М.М. Зрительная объектная агнозия при поражениях головного мозга // Современные технологии в медицине. 2019. № 11(1). С. 46-53.
16. Тихомиров Г.В., Григорьева В.Н. Зрительная предметная агнозия сложных форм у больных с острым ишемическим инсультом // Практическая медицина. 2019. № 7. С. 107-110.
17. Тонконогий И., Пуанте А. Клиническая нейропсихология. СПб. : Питер, 2007. 528 с.
18. Хомская Е.Д. Нейропсихология. СПб. : Питер, 2005. 496 с.
19. Corrow S.L., Dalrymple K.A., Barton J.J. Prosopagnosia: current perspectives // Eye Brain. 2016. № 8. P. 165-75.
20. Wilmer J.B., Germine L., Chabris C.F. Human face recognition ability is specific and highly heritable // J. Proc Natl Acad Sci USA. 2010. Vol. 75, № 6. P. 11.

СОСТОЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ И ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА КАРАНТИНЕ С БОЛЕЗНЬЮ COVID-19. ПСИХОГИГИЕНА В УСЛОВИЯХ САМОИЗЯЛЦИИ

Я.П. Гойколова, Ю.В. Живаева

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

Аннотация. Целью данной статьи является изучение состояния тревожности и панических атак у лиц, находящихся на карантине с болезнью COVID-19, и помощь в борьбе с данным состоянием. В статье рассматривается, что такое состояние тревожности и панические атаки, как справляться с их симптомами и помогать другим, и чем состояние тревожности и панические атаки отличаются от симптомов COVID-19. Для меня, как будущего клинического психолога и медицинской сестры в одном лице, эта проблема наиболее актуальна. Можно с уверенностью сказать, что данная работа поможет доступно объяснить людям состояние тревожности и возникновение панических атак у лиц, находящихся на карантине.

Ключевые слова: карантин, тревожность, психогигиена, панические атаки, COVID-19

Актуальность. Проявления тревоги и панических атак могут по-разному выглядеть и ощущаться у разных индивидуумов, а также в разных расовых, этнических, культурных или социальных

группах. Некоторые люди могут ощущать тревогу и описывать в основном физические симптомы, например, одышку или учащенное сердцебиение, а другие могут описывать в основном эмоциональную реакцию, например, беспокойство или страх. Некоторые люди могут не решаться обращаться за медицинской помощью из страха заражения COVID-19 при посещении медицинских учреждений. Для меня, как студентки второго курса и медицинской сестры проблема состояния тревожности и панических атак в частности весьма актуальна, так как есть необходимость помогать пациентам справляться с данными состояниями в стенах медицинского учреждения.

Постановка проблемы. Вспышка COVID-19 полностью изменила наш привычный ритм жизни, поставила под вопрос наши стабильность и чувство безопасности. Понятно, что в такие времена люди могут испытывать страх, беспокойство, тревогу и потрясение из-за постоянно меняющихся предупреждений, и освещения в СМИ о распространении

вируса, от самоизоляции и, по факту, возможности планировать максимум на неделю вперед.

Одна из главных проблем стоящая в настоящее время перед обществом – это сохранение психологического здоровья. Тревожность – это психологическая особенность, склонность человека к переживанию состояния тревоги. Тревога рассматривается в психологии как неблагоприятное по своей эмоциональной окраске состояние или внутреннее условие, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий. Чаще всего тревожность связана с ожиданием социальных последствий его неудачи или успеха. Тревожность тесно связана со стрессом. Тревога может испытываться в форме ощущений нервозности, страха, напряжения, беспокойства и чувства, что должно произойти что-то плохое. Тревога также может быть связана с физическими симптомами, например, одышкой, учащенным сердцебиением, потливостью, холодными руками, тремором, неспособностью сосредоточиться и бессонницей.

Чрезвычайно напряженные ситуации, в том числе и нынешняя пандемия COVID-19, могут вызывать настолько сильное ощущение тревоги, что оно может стать тягостным и мешать нормальному существованию. Люди испытывают страх и тревогу, когда только заболеют. COVID-19 — это нейротоксичный вирус, который вызывает у человека изменения в восприятии. Поэтому заболевшие люди начинают испытывать страх и настаивают на срочной госпитализации.

Паническая атака может ощущаться как внезапное усиление тревоги с ярко выраженными физическими симптомами, например, учащенным сердцебиением, потливостью, тремором, болью или неприятными ощущениями в груди, головокружением или

дурнотой, тошнотой или расстройством живота. Многие из переносящих панические атаки сообщают, что чувствуют приближение смерти несмотря на отсутствие какой бы то ни было непосредственной опасности. Панические атаки могут быть вызваны известными причинами (быть ожидаемыми) или происходить внезапно, безо всякого предупреждения и иногда без явных причин (быть неожиданными) (Дмитриев, 2012).

Карлос Джонатан Гонсалес, профессором философской антропологии Университета при монастыре Сор Хуана, в качестве помощи рекомендует различные техники дыхания — холотропное и другие, которые помогут осознать свои чувства и ощущения, отследить факторы, которые вызывают сильное волнение. По мнению эксперта, хорошо также помогают медитация и психотерапия, в частности гештальт-терапия. Важно выработать и соблюдать правильный режим дня, во избежание бессонницы отказаться от бодрящих активностей перед сном, а также негативных переживаний и воспоминаний. Хороша техника под названием «Зáмок

воспоминаний» — воспроизведение в мыслях приятных воспоминаний и позитивного опыта (Залевский, Кузьмина, 2012)

Если вы понимаете, что ваш близкий находится в тяжелом эмоциональном состоянии, в стрессе, крайне важно быть рядом с ним и поддерживать его.

«Стресс сопровождает нас всю нашу жизнь, это возможность познать самого себя. Однако природа дала нам механизмы, помогающие справиться с его негативными последствиями. Мы должны быть ближе друг к другу, испытывать эмпатию и вместе делать общее дело», — подытожил профессор.

Триггером для обострения состояния у людей с психическими расстройствами могут стать повторяющиеся рекомендации. Например, в условиях пандемии коронавируса это рекомендация мыть руки. Страдающим тревожностью особенно тяжело постоянно слышать этот совет, это заставляет их волноваться.

Для Лили Бейли, автора книги «Потому что мы плохие» - о жизни с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), постоянная боязнь чем-то заразиться и патологическое соблюдение чистоты стали причиной психического расстройства. По ее словам, постоянно повторяющийся совет мыть руки может вызвать рецидив у тех, кто более-менее справился со своими отклонениями.

«Это очень тяжело, потому что сейчас я должна делать то, чего долгое время избегала. Я четко следую советам, но мне трудно, учитывая, что для меня мыло и дезинфицирующие средства сродни пристрастию», - говорит Бейли.

По ее словам, для многих людей с ОКР свобода передвижения, возможность выходить из дома - очень важное условие улучшения состояния, и самоизоляция является еще одним сложным испытанием.

Очень важно отметить, что эмоции тревоги и страха в ситуации с COVID-19 — это нормально. Важной частью психологической гигиены является принятие этих эмоций и не сопротивление им. Ведь если мы осознаем наши эмоции, то мы в состоянии их контролировать, а если мы их не осознаем, то они контролируют нас. Другим важным фактором, психологической гигиены в период пандемии является ограничение информации из СМИ и социальных сетях о пандемии и рассуждений, связанных с распространением вируса. Некоторая информация вполне может усилить тревогу и страх. Обеспечьте себе доступ к качественной и точной информации.

Важно понимать, является ли одышка проявлением тревоги, панической атаки или COVID-19?

Одышка часто случается при тревоге, панической атаке и COVID-19, а также при других заболеваниях. Чтобы различить эти состояния, спросите себя:

Испытывал(а) ли я подобные симптомы в прошлом? Если вам уже случалось испытывать тревогу или другие страхи, либо, в особенности, панические атаки, возможно, именно это вы и ощущаете теперь.

Ослабевают ли мои симптомы через 10–15 минут? Панические атаки обычно достигают максимальной интенсивности приблизительно через 10 минут, после чего симптомы начинают ослабевать. Одышка, связанная с COVID-19, вероятнее всего, не проходит за короткое время.

Получается ли у меня ослабить симптомы методами релаксации? Справиться с тревогой и паническими атаками, как правило, хорошо помогают методы релаксации, например, глубокое дыхание или медитация, а также другие упражнения, помогающие успокоиться. Одышка, связанная с COVID-19, вероятнее всего, не проходит в результате применения методов релаксации.

Сопровождается ли моя одышка другими симптомами, например, жаром, кашлем или болью в горле? Если да, возможно, у вас проявляются симптомы COVID-19. Люди, инфицированные COVID-19, обычно испытывают дополнительные симптомы — например, кашель, жар, озноб, мышечные боли, боли в горле, недавнюю потерю чувства вкуса или обоняния, или желудочно-кишечные симптомы, например, диарею, тошноту и рвоту.

Как можно справиться с тревогой и паническими атаками?

1. Оставайтесь на связи

Ежедневно общайтесь с друзьями, родными, членами своей общины и другими поддерживающими вас людьми по телефону, по видеосвязи, текстовыми сообщениями или по электронной почте.

Помогайте другим, связываясь с ними по телефону, по видеосвязи, текстовыми сообщениями или по электронной почте. Это полезно как для вас, так и для тех, кому вы помогаете.

2. Применяйте методы релаксации

Используйте медленное и глубокое дыхание. Вдохните через нос и выдохните через рот. Почувствуйте, как желудок расширяется при вдохе и сокращается при выдохе. Повторите.

Используйте методику психологической внимательности (осознания и присутствия). Установите прочную связь с настоящим, обращая внимание на то, что окружает вас в данный момент. Например, отметьте, не торопясь, пять предметов, которые вы видите, четыре ощущения, которые вы испытываете, три звука, которые вы слышите, два запаха, которые вы обоняете, и один вкус, который вы ощущаете.

Применяйте занятия, способствующие релаксации: например, примите теплую ванну или душ, отдохните в тихой комнате, погуляйте на свежем воздухе, поговорите с близкими или послушайте музыку, которая вам нравится. Сосредоточьтесь на том, что вы можете контролировать

Как можно чаще оставайтесь дома, даже если вам не кажется, что вы больны. Находясь вне дома, носите средства, закрывающие лицо. Сохраняйте физическую дистанцию не менее 2 метров между собой и другими людьми, не живущими вместе с вами. Часто мойте руки водой с мылом в течение по меньшей мере 20 секунд. Не дотрагивайтесь до лица невымытыми руками.

Постарайтесь ограничить время просмотра и чтения новостей, связанных с COVID-19. Узнавайте новости только из достоверных источников информации.

По возможности поддерживайте распорядок дня, в который входят движения или физические упражнения, достаточное потребление жидкостей, полезная для здоровья еда и достаточное время для сна.

Как можно помочь человеку, испытывающему паническую атаку?

Сохраняйте спокойствие. Если вы будете сохранять спокойствие и воздерживаться от оценочных суждений, это может помочь ослабить панику другого человека.

Спросите его, что помогает ему сохранять спокойствие. Иногда люди знают, что именно помогает им успокоиться и расслабиться. Поэтому прежде всего спросите человека, знает ли он, что может ему помочь. Если он этого не знает, смотрите следующие советы.

Помогите ему сосредоточиться на его дыхании. По возможности сядьте вместе с ним в спокойном месте и предложите ему медленно и глубоко подышать вместе с вами в течение нескольких минут.

Займите его физическими упражнениями. Вместе с ним поднимайте и опускайте руки и поднимайте ноги или топайте ими. Даже небольшие движения могут помочь организму избавиться от стресса.

Отвлеките его. Попросите его назвать пять вещей, которые он видит или слышит поблизости, или описать что-нибудь из того, что ему нравится.

Посоветуйте ему обратиться за помощью. Когда паника проходит, люди иногда чувствуют себя неловко. Заверьте его, что тревога – естественная реакция на стресс, и посоветуйте ему обратиться за помощью.

Методы и материалы. Данная статья представляет собой краткий обзор существующей литературы о влиянии пандемии COVID-19 на психическое здоровье населения и психогигиену, состояния тревожности и панические атаки у лиц, находящихся на карантине. Поиск в научной электронной библиотеке «КиберЛенинка», научных медицинских баз e-Пбгагу, PubMed был выполнен с использованием поисковых терминов «новый коронавирус», «тревожность», «панические атаки», «психическое здоровье», «психиатрия», «психология», «тревога», «депрессия» и «стресс», «психогигиена» в различных сочетаниях. В общей сложности было получено 107 ссылок. Для написания обзора было отобрано 29 статей на русском и английском языках.

Цель обзора: оценка влияния вспышки острой респираторной инфекции, вызванной разновидностью коронавируса на состояние тревожности и панических атак, у лиц находящихся на карантине, разработка методов психогигиены. В исследование включен анализ сведений, полученных из сети интернет и материалов научных медицинских баз e-Пьюгау, PubMed, научной электронной библиотеки «КиберЛенинка» и др.

Вывод. Несмотря на пандемию и малое количество исследований, со стороны психиатров и смежных специалистов в течении короткого времени были предложены рекомендации сохранению психического здоровья среди населения в целом, среди работников здравоохранения и уязвимых групп населения. Данные рекомендации содержат многочисленные ценные наблюдения и предложения для всех специалистов, работающих в области психологии, независимо от того, связаны ли они с больницами, или работают в обществе.

Поскольку число пациентов, затронутых этой пандемией, продолжает расти, профессия психолога, сталкивается как с проблемой, так и с возможностью; проблема преодоления многочисленных барьеров и ограничений, а также возможность реализации тех предложений или рекомендаций, которые осуществимы на местном или региональном уровне.

Долгосрочное воздействие COVID- 19 на психическое здоровье может занять недели или месяцы, чтобы стать полностью очевидным, и управление этим воздействием требует согласованных усилий не только от психологов, но и системы здравоохранения в целом.

Необходимы дальнейшие исследования, даже в форме предварительных или экспериментальных исследований, для оценки масштабов этой пандемии в других странах, особенно в тех, где инфраструктура психической помощи менее развита и воздействие, вероятно, будет более серьезным. Исследователи должны также попытаться оценить влияние COVID- 19 на другие уязвимые группы населения, такие как дети и подростки. Кроме того, существует необходимость в разработке мероприятий по охране психического здоровья, которые ограничены во времени, учитывают культурные особенности и могут преподаваться медицинским работникам и волонтерам. После разработки, такие вмешательства должны быть проверены, чтобы информация, касающаяся эффективных терапевтических стратегий, могла широко распространяться среди тех, кто работает в этой области.

Список литературы

1. Дмитриев М.Н., Молчанова И.Г., Булейко А.А. Диагностические аспекты синдрома панических атак // Главврач Юга России. 2012. № 2 (29). С. 55-58.
2. Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. Психогигиена в контексте психологии здоровья: краткая история, задачи и проблемы // Сибирский психологический журнал. 2012. № 45. С. 32-38.

3. Липовая О.А., Соколовский Г.В. Психологические особенности панических атак // Вестник Таганрогского института имени А.П. Чехова. 2017. № 1. С. 57-60.
4. Краля О. В. Дистанционное оказание психотерапевтической помощи пациентам в условиях пандемии COVID-19 // Acta Medica Eurasica. 2020. № 2. С. 15-22.
5. Холмогорова А.Б., Петриков С.С., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рахманина А.А., Рой А.П. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным COVID-19 на разных этапах пандемии // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2020. Т. 9, № 3. С. 321-337.

УДК 159.9.07

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 20-40 ЛЕТ

У.Ш. Донгак, Ж.Г. Василькова

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

Аннотация. В статье представлены результаты диагностики психологического исследования особенностей проявления тревожности беременных женщин в возрасте 20-40 лет. Результаты представлены по личностной и ситуативной тревожности по Шкале тревоги Спилбергера-Ханина (STAI), а также общий уровень тревожности по Шкале проявлений тревоги Тейлор (T-MAS). Целью нашей работы является изучение проявления особенностей тревожности у беременных женщин в возрасте 20-40 лет. Данная проблема является актуальной, поскольку этот жизненный период характеризуется психоэмоциональной нестабильностью, которая связана прежде всего с гормональным сдвигом в организме женщины. Анализ полученных результатов по выявлению особенностей тревожности беременных женщин в возрасте 20-40 лет показал, что у подавляющего процента будущих матерей средний уровень тревожности, причём по обоим диагностикам. Среди женщин в положении чаще встречается низкий показатель тревожности, в противовес небеременным женщинам. Также выяснилось, что у беременных женщин преобладает ситуативная тревожность в средней степени, в отличие от небеременных женщин, у которых превалирует личностная тревожность умеренного уровня. Стало ясно, что 44% беременных женщин имеют высокую личностную тревожность. Полученные результаты можно объяснить тем, что организм беременных женщин претерпевает серьёзную гормональную перестройку.

Ключевые слова: тревожность, беременность, тревожность у беременных женщин, психологическое исследование, эмоциональное состояние беременных, личностная тревожность, ситуативная тревожность

Актуальность. Перинатальная психология, возникшая в 70-е годы 20 века, в современное время приобретает особую актуальность. В 90-е годы 20 века данная отрасль психологии появляется в России, представляя собой только основу научной дисциплины, для полноценного развития которой необходимы теоретические и практические разработки.

По вопросу специфики перинатальной психологии встречаются две точки зрения. С одной стороны, перинатальную психологию часто относят к области клинической психологии, где изучается система мать-дитя и психологическое состояние ребёнка от ранних этапов онтогенеза до первых лет его жизни (Айламазян Э.К., Добряков И.В., 2013; Добряков И.В., 2010). При этом роль психолога заключается в проведении консультаций, психодиагностике, психопрофилактике, психокоррекции и научно-исследовательской деятельности.

С другой стороны, перинатальная психология выступает в позиции самостоятельной отрасли психологии, изучающей особенности развития психологической сферы ребёнка во время первых лет жизни и влияние перинатальных процессов на ребёнка, и его дальнейшую жизнь. (Филиппова Г. Г., 2007). В связи с этим, особый интерес возникает к тем периодам беременности, когда складываются определённые психогенные факторы, формирующие особую восприимчивость женщины к аффективным реакциям, в том числе тревоги. Horigan отмечал, что преобладание негативных эмоций у женщины в процессе беременности, не только ухудшает социальную позицию у женщины, но и оказывает негативное воздействие на её ребёнка (Horigan, T.J., 2000).

Всё это объясняется не только физиологическими свойствами беременности, но и действием психологического фактора. В связи с этим многие исследователи относят беременность к критическому периоду, специфика протекания которого может сильно повлиять не только на соматическое состояние женщины, но и на её психологическую сферу. В конечном итоге разрешение данного кризиса приводит к возникновению у женщины новой социальной роли. Специфика положения женщины приводит к дестабилизации личности и социально-психологического окружения, а необходимость решения жизненных задач в краткие сроки усиливает стрессогенность ситуации (Михалевич С.И., 2008; Полякова О. О., 2014; Ушакова В. Р., 2017). Михалевич С. И. отмечает, что на результат протекания кризиса у беременной женщины влияют следующие качества: тревожность, внешний локус контроля, социально-психологи-

ческие свойства, особенности саморегуляции (Михалевич С. И., 2008; Полякова О. О., 2014; Ушакова В. Р., 2017).

По аналогии с возрастным кризисом у женщины, благополучно прошедшей период кризиса, формируются психологические новообразования. В исследованиях делается акцент на изменение мировоззрения, связанное с переосмыслением Я-концепции жизненного пути и становлением новых отношений в системе «мать–дитя». Отмечается также формирование новых личностных качеств, необходимых в дальнейшей реализации новой роли.

О.С. Васильева акцентирует внимание на трактовке беременности как экзистенциальной ситуации, которая затрагивает различные личностные компоненты женщины. В частности отмечается изменение самосознания и отношения к миру в целом, окружающим её людям в частности. Более того, в исследованиях многих авторов подтверждается влияние беременности на психическое состояние женщины. Другие исследователи акцентируют своё внимание на влиянии психического состояния женщины как на протекание беременности, так и на здоровье её ребёнка (Грибанова Д.Я., 2018).

Кроме этого, подчёркивается, что беременность является периодом, где изменяются свойства психоэндокринной сферы. В связи с этим формируются специфические условия, повышающие восприимчивость женщины к психогенным стимулам. На данном фоне часто отмечаются негативные личные изменения в форме появления негативных мыслей и переоценке существующей системы социальных отношений. При наличии других негативных условий вышесказанные факторы могут привести к возникновению у женщины психотравмы (Грибанова Д.Я., 2018).

Многочисленные исследования у беременных женщин демонстрируют наличие повышенной личностной и ситуативной тревожности. Примерно 75% беременных женщин отмечается высоким уровнем тревожности. Дальнейший опрос свидетельствует, что в одних ситуациях тревожность провоцируют переживания, связанные со страхом родов и соматических изменений. Некоторые испытуемые указывали, что их эмоциональное состояние зависит от социального фактора. Как правило, женщина очень переживает из-за реакции своего партнёра и из-за отношений с родственниками (Андриенко О.А., 2016). Особенно усугубляют тревожный профиль переживания женщины за здоровье своего ребёнка. Это приводит к снижению уверенности, ощущению одиночества, снижению настроения и др. При этом возрастает уровень эмоционального возбуждения, как правило, сочетающийся с незначительным повышением уровнем невротизации. В поведении женщины отмечаются черты агрессивности, активизации защитных механизмов личности, относящихся к

себе или ребёнку, иногда не имеющих объективной причины (угрозы) (Знаменская С.И., 2011; Знаменская С.И., 2012).

При этом многие исследователи отмечают, что определённое повышение тревожности у беременных женщин является нормальной реакцией на сложившуюся ситуацию. Данная реакция позволяет беременной женщине адаптироваться не только к процессу беременности, но и к рождению ребёнка. Важно осуществлять мониторинг количественных и качественных показателей тревожности. Если отмечается их повышение, переходящее границы нормы, особенно если не отмечается объективной на это причины, то это может привести к негативным последствиям, которые могут ухудшить соматическое состояние женщины или способствовать прерыванию беременности. Кроме этого, завышенный уровень тревоги может быть одним из факторов развития психосоматического заболевания.

Постановка проблемы. Вопрос чувства тревоги актуален для беременных женщин, потому что от психоэмоционального здоровья беременной во многом зависит протекание беременности и родов, состояние плода и дальнейшее развитие ребёнка, поскольку вышеупомянутый жизненный период характеризуется эмоциональной нестабильностью, взаимосвязанный с гормональными скачками в организме женщины. Ввиду этого остается актуальным вопрос о психологической поддержке женщин на период беременности, о профилактических мероприятиях, целенаправленных на снижение у них высокой тревожности.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва».

Методы исследования:

– теоретические методы (анализ теоретических источников, методы абстрагирования и конкретизации, обобщения и интерпретации научных данных);

– эмпирические методы (тестирование).

Метод тестирования реализуется через следующие опросники: Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI); Шкала проявлений тревоги Тейлора (TMAS).

Выборка исследования представлена из 25 беременных женщин и 25 небеременных женщин.

Результаты исследования.

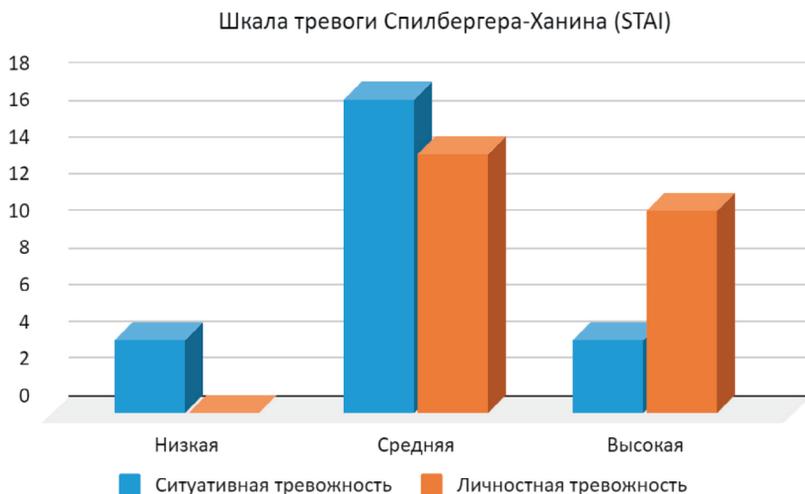


Рис. 1. Показатели ситуативной и личностной тревожности у беременных женщин по Шкале тревоги Спилбергера-Ханина

Обсуждение результатов. Анализ имеющихся результатов тестирования по Шкале тревоги Спилбергера-Ханина, позволяет прийти к заключению, что у 68% исследуемых беременных выявлена средняя степень реактивной тревожности. Это говорит о том, что вышеупомянутые беременные женщины более или менее спокойны, достаточно активны и общительны, хотя встречаются случаи, когда появляется беспокойство, не обоснованное сложившимися обстоятельствами. Соответственно, 16% беременных женщин имеют высокий показатель ситуативной тревожности, что говорит о том, что актуальный уровень тревоги испытуемых высокий, и, возможно, в настоящий момент эти женщины находятся под влиянием стрессовой ситуации. Так же, оставшиеся 16% беременных женщин имеют низкую степень ситуативной тревожности, что говорит о благоприятном аффективном состоянии в данный промежуток времени.

Помимо реактивной тревожности, обнаружено, что у 56% беременных женщин имеется средний показатель личностной тревожности как конституциональной личностной черты и воздействующие определённые стимулы они склонны воспринимать умеренно. Чуть менее половины исследуемых, 44%, составляют беременные женщины с высокой личностной тревожностью, согласно которой, каждые ситуации будут обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Наглядно результаты исследования представлены на рис. 1.



Рис. 2. Показатели проявлений тревоги по Шкале Тейлор у беременных женщин

Также, нами были получены данные по Шкале проявлений тревоги Тейлор (ТМАС), где оказалось, что у 36% беременных женщин имеется средний уровень тревоги, с тенденцией к высокому. Такие данные свидетельствуют, что эти женщины склонны часто испытывать тревогу на различные раздражители. У 32% беременных имеется низкий показатель, что благоприятно сказывается на эмоциональное и психическое самочувствие. 16% опрошенных беременных женщин имеют высокий уровень тревоги, что говорит о значительной интенсивности воздействий и ситуаций на психоэмоциональное состояние беременной женщины. Оставшиеся 16% исследуемых беременных имеют средний уровень тревоги, но с низкой направленностью, что, в принципе, вполне благоприятно для самочувствия будущей матери. Важно отметить, что в данном тесте имеется показатель очень высокой тревоги, но в данной выборке он составил 0%. Результаты по данному тесту представлены на рис. 2.

Вывод. Таким образом, посредством двух тестов, выявляющих уровень тревожности, было выявлено, что значительное большинство беременных женщин в возрасте 20-40 лет имеют средний уровень тревожности. У беременных женщин уровень тревожности ниже, чем у небеременных. Также необходимо подчеркнуть, что у будущих матерей преобладает ситуативная тревожность в средней степени, в противовес этому, у небеременных женщин превалирует личностная

тревожность среднего уровня. Необходимо также добавить, что 44% беременных женщин имеют высокую личностную тревожность. Полученные результаты можно объяснить тем, что организм беременных женщин претерпевает серьёзные гормональные изменения. Также можно отметить и другие различные факторы, например, социальные, биологические и т.д.

Список литературы

1. Айламазян Э.К., Добряков И.В. Демографическая ситуация и развитие перинатальной психологии в современной России // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Т. 62, № 1. С. 10-15.
2. Андриенко О.А. Исследование тревожности у беременных женщин разных возрастных групп // Символ науки. 2016. № 5-3. С. 224-226.
3. Грибанова Д.Я. Особенности эмоционального состояния беременных на разных сроках // Актуальные проблемы развития личности в современном обществе: материалы Междунар. науч.-практ. конф. посвящается 115-летию со дня рождения А.Н. Леонтьева. Псков, 2018. С. 221-226.
4. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб. : Питер, 2010. 272 с.
5. Знаменская С.И., Блох М.Е., Кисилев А.Г. Динамика изменений эмоциональных состояний в течение беременности // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. Т. 60, № 3. С. 81-85.
6. Знаменская С.И., Киселев А.Г., Шаповалова Е.А., Максимова И.М. Особенности изменений структуры психоэмоциональной сферы у женщин по триместрам беременности // Журнал акушерства и женских болезней. 2012. Т. 61, № 6. С. 30-35.
7. Кедярова Е.А., Рысятова М.С., Уварова М.Ю. Характерологические особенности и типы отношения к беременности у молодых женщин // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2018. Т. 24. С. 45-57.
8. Михалевич С.И., Андреева Н.Л. Психосоциальные нарушения у беременных после преодоления бесплодия // Охрана материнства и детства. 2008. № 1 (11). С. 10-20.
9. Полякова О.О., Ушакова Я.В. Влияние стресса на психологические особенности беременных женщин // Огарёв-Online. 2014. № 1 (15). С. 9.
10. Филиппова Г.Г. Материалы к утверждению перинатальной психологии и перинатальной психотерапии в качестве модальности // Перинатальная психология и психология родительства. 2007. № 2. С. 5-42.
11. Horigan T.J., Schroeder A.V., Schaffer R.M. The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy // J. Subst. Abuse Treat. 2000. Vol. 18, № 1. P. 55-8. DOI: 10.1016/s0740-5472(99)00058-6

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗИТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

П.С. Жерновская

Алтайский государственный педагогический университет, г. Барнаул, Россия

Аннотация. Статья посвящена исследованию позитивного отношения к жизни у подростков, перенёвших онкологическое заболевание и обычных здоровых детей. Теоретический анализ литературы раскрывает современные исследования проблем подросткового возраста, психологии онкогемобольных людей. Отмечен вклад ряда авторов, занимавшихся исследованиями и разработкой программ по развитию позитивного отношения к жизни у подростков, перенесших онкогемозаболевания. Проведенное пилотажное эмпирическое исследование, показало различия в результатах по диспозиционному оптимизму у группы подростков, перенесших онкозаболевания и группы здоровых детей. У детей перенесших онкогемозаболевания ориентация на позитивное отношение к жизни выражена в большей степени, чем у детей не болеющих данным заболеванием. Автором предложены некоторые рекомендации для психологов при работе с подростками, перенесшими онкологические заболевания.

Ключевые слова: оптимизм, пессимизм, отношение к жизни, онкогемозаболевания, подростковый возраст

Актуальность. Актуальность темы выражается в том, что детей перенесших онкозаболевания становится больше. В России на протяжении нескольких лет растет число случаев заболевания раком. Из исследования А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой следует, что ежегодно онкологию диагностируют у 2,7-3,4 тысяч детей. В 2016 году в России диагностировали более полумиллиона новых случаев рака, всего в стране на онкологическом учете состоят 3,630 млн человек (Каприн, Старинский, Петрова, 2017). По мнению Р.В. Кадырова, онкогематологические заболевания меняют мироощущение пациента, трансформирует его отношение к жизненным событиям, будущему, другим людям и самому себе. Наиболее остро это влияние проявляется в детском возрасте, так как личность формируется в модифицированных условиях – условиях болезни (Арпентьева, 2016). Эти дети особенные в том плане, что они пережили страшный момент в их жизни, некоторые боролись за жизнь, но даже после этого ребятам, по нашим наблюдениям, остаются позитивными, они готовы жить

дальше, они хотят жить. Родные и близкие, а так же психологи и педагоги поддерживают таких детей. Совместная помощь и поддержка обеспечит плавное и безболезненное внедрение обратно в жизнь, социум.

Отношение к жизни – это то, как человек взаимодействует с окружающим миром и как воспринимает его ответную реакцию. С.Ю. Головин считает, что отношение к жизни складывается из совокупности темперамента, характера, направленности самой личности и жизненных достижений. Оно может влиять на общую удовлетворенность личности жизнью, ее психологическое благополучие (Головин, 1997).

Подростки с онкогематологическими заболеваниями по сравнению со здоровыми сверстниками более осмысленно воспринимают прошлое, у них наблюдается более высокая удовлетворенность результативностью своей жизни. По мнению В.А. Медведевой у них отмечается более низкая степень осознанности и осмысленности будущего. По сравнению со здоровыми сверстниками подростки с онкогематологическими заболеваниями в меньшей степени стремятся к планированию своей жизни и определению целей. Это можно связать с опытом переживания болезни в прошлом и страхом рецидива в будущем (Медведева, 2018). Подростки с онкогематологическими заболеваниями и здоровые подростки различаются по типу отношения к своей жизни. В работах М.Р. Арпентьева говорится, что для подростков с онкогематологическими заболеваниями в большей степени характерна высокая осмысленность прошлого и настоящего при низкой степени осмысленности будущего. Отношение к жизни у них складывается из субъективного опыта прошлого, который представляет большую ценность и служит основой для жизни в настоящем. Так же у подростков, перенесших онкозаболевания, проявляется инфантильность в силу их социальной изоляции во время болезни, задержавшей наступление нормативного подросткового кризиса с его конфликтностью, переоценкой общепринятых норм и ценностей (Арпентьева, 2016), (Петровский, 2009).

Постановка проблемы. Мы предполагаем, что позитивное отношение к жизни у детей с онкогематозаболеваниями – один из психологических факторов, способствующих выздоровлению, между тем исследований по данному вопросу нами не было обнаружено. Наше исследование призвано выявить насколько более оптимистично или пессимистично относятся к жизни подростки, перенесшие онкогематозаболевания, чем болеющие данным заболеванием сверстники.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе КСОШ №1 Ключевского района, МБОУ “Гимназия № 80” г. Барнаул, Алтайский краевой клинический детская больница и Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева.

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы:

- теоретические: анализ литературы;
- эмпирические: тестирование;
- методы обработки данных: количественный метод (U-критерий Манна-Уитни).

Выборку исследования составили 30 подростков – 15 из них - ученики 5-8 классов КСОШ №1 Ключевского района и МБОУ “Гимназия № 80” г. Барнаул. Остальные 15 детей находятся под контролем медицинских заведений: Алтайский краевой клинический детская больница и Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, после перенесения онкогематологического заболевания.

Результаты исследования.

Таблица 1

Результаты группы 1 (дети не перенесшие онкогемозаболевания) по методике «Тест диспозиционного оптимизма» авторов Т.О. Гордеева, О.А. Сычев и Е.Н. Осин (в %)

Диспозиционный оптимизм	Уровень выраженности		
	Низкий	Средний	Высокий
/шкалы			
Шкала оптимизма	13	20	67
Шкала пессимизма	53	23	27

По двум шкалам диспозиционного оптимизма в группе 1 по шкале оптимизма преобладает число детей, обладающих высоким уровнем оптимизма (67%), а по шкале пессимизма - доминирует низкий уровень – у 53% группы. Кроме того, можно отметить, что число детей с высоким уровнем оптимизма преобладает над числом с высоким уровнем пессимизма, однако процент детей с низким уровнем пессимизма выше, чем детей с низким уровнем оптимизма (53% и 13% соответственно).

Анализируя таблицу 1, можно сказать, что высокий уровень оптимизма преобладает у здоровых подростков. Это можно объяснить тем, что дети находятся в благоприятной социальной среде и не имеют большого стресса при взаимодействии с социумом. По шкале пессимизма преобладает низкий уровень, что так же можно связать с благоприятной социальной средой. Так же можно предположить, что испытуемые имеют среднюю и слегка завышенную самооценку.

**Результаты группы 2 (дети, перенесшие онкогемозаболевания)
по методике «Тест диспозиционного оптимизма» авторов Т.О. Гордеева,
О.А. Сычев и Е.Н. Осин (в %)**

Диспозиционный оптимизм	Уровень выраженности			
	/шкалы	Низкий	Средний	Высокий
Шкала оптимизма		0	33	93
Шкала пессимизма		80	20	0

Анализируя данные таблицы 2, можно сказать, что по двум шкалам диспозиционного оптимизма в группе 2 в шкале оптимизма превалирует высокий уровень оптимизма (у 93% испытуемых), а в шкале пессимизма доминирует низкий уровень (80% испытуемых). Так же на рис. 2, можно заметить, что отсутствует низкий уровень по шкале оптимизма и высокий – по шкале пессимизма. Используя U-критерий Манна-Уитни на шкале оптимизма, можно сделать следующие выводы. В двух группах испытуемых существуют достоверные различия. Критическое значение U-критерия Манна-Уитни при заданной численности сравниваемых групп составляет 64 ($t=64$), уровень значимости составляет $p=0,026$, а полученное эмпирическое значение $U_{эм} = 59.5$ находится в зоне неопределенности, это обозначает, что $59.5 \leq 64$, следовательно различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы ($p < 0,05$). Из этого следует, что у подростков перенесших онкологическое заболевание отношение к жизни более позитивно направлено, чем у не болеющих подростков.

Далее достоверные различия существуют и по шкале пессимизма. Используя U-критерий Манна-Уитни можно сделать следующие выводы. Критическое значение U-критерия Манна-Уитни при заданной численности сравниваемых групп так же остается 64 ($t=64$), уровень значимости составляет $p=0,078$. Полученное эмпирическое значение $U_{эм} = 70.5$, из этого следует, что $70.5 > 64$, следовательно различия уровня признака в сравниваемых группах статистически не значимы ($p > 0,05$).

Итак, используя методику «Тест диспозиционного оптимизма» авторов Т.О. Гордеева, О.А. Сычев и Е.Н. Осин, мы подтвердили нашу гипотезу – уровень позитивного отношения к жизни у подростков, перенесших онкогемозаболевания выше, чем подростков не болеющих онкогемозаболеваниями (Сидоренко, 2003).

Обсуждение результатов. Анализируя данные, представленные в таблице 1 и таблице 2, можно сказать, что уровень позитивного отношения к жизни у подростков, перенесших онкозаболевание выше, чем

подростков не болеющих онкозаболеваниями. Это показывает нам, что у подростков, присутствует более высокая удовлетворенность результативностью своей жизни, чем у не болеющих подростков. У подростков перенесших онкозаболевания уровень пессимизма ниже, чем у здоровых подростков.

Полученные нами данные свидетельствуют, что наша гипотеза подтвердилась. Уровень позитивного отношения к жизни у подростков перенесших онкогематологическое заболевание выше, чем у подростков не болеющих онкогематологическими заболеваниями.

Вывод. В ходе исследования были проанализированы работы авторов по проблеме позитивного отношения к жизни, изучена зарубежная и отечественная литература. Подводя итоги исследования, мы пришли к выводу: различия в результатах отношения к жизни у подростков, перенесших онкозаболевания и не болеющих присутствуют. У детей перенесших онкозаболевания позитивное отношение к жизни выражена более, чем у детей не болеющих данными заболеваниями.

Таким образом гипотеза о том, что уровень позитивного отношения к жизни у подростков, перенесших онкозаболевания выше, чем подростков не болеющих онкозаболеваниями подтвердилась. Проводя анализ полученных данных, мы также можем увидеть, что существуют различия оптимизма и пессимизма между подростками.

По результатам проведенного эмпирического исследования нами были предложены некоторые рекомендации для психологов при работе с подростками, перенесшими онкологические заболевания.

Список литературы

1. Арпентьева М.Р. Психологические аспекты онкологических заболеваний: жизнеутверждение vs жизнеотрицание. Текст: электронный // Медицинская психология в России. 2016. №4 (39). URL : http://www.mprj.ru/archiv_global/2016_4_39/nomer10.php (дата обращения: 11.05.2020).
2. Петровский А.В. Психология. М. : Изд. центр «Академия», 2009. 500 с.
3. Кадыров Р.В., Капустина Т.В., Горохова Ю.О. Отношение к жизни и будущему у детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями // Психолог. 2019. № 2. С. 46-55.
4. Медведева В.А., Капустина Т.В., Кадыров Р.В. Отношение к жизни и смерти у подростков, перенесших онкогематологические заболевания // Современная наука: Актуальные проблемы теории и практики. Серия Познание. 2018. № 11. С. 52-56.
5. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб. : Речь, 2003. 350 с.
6. Словарь практического психолога / сост. С. Ю. Головин. Минск : Харвест, 1997. 800 с.
7. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году : /под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. 236 с.

ВЛИЯНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВETERANОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, СТРАДАЮЩИХ ПТСР

П.А. Иванов, М.А. Лисняк

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

Аннотация В статье рассматривается связь коммуникативного потенциала и качества жизни пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют, что треть опрошенных респондентов с ПТСР обнаружили затруднения в пяти компонентах коммуникативной компетентности, а также ролевые ограничения из-за эмоциональных, физических проблем и усталости. Данные результаты могут быть использованы в составлении коррекционной работы по улучшению коммуникативных качеств ветеранов боевых действий. Развитие коммуникативной компетентности комбатантов будет способствовать повышению качества их жизни.

Ключевые слова: ПТСР, коммуникативная компетентность, качество жизни, ветераны боевых действий

Актуальность. Актуальность исследования такого феномена, как качество жизни появилась в 60-е годы прошлого столетия. Стартом для изучения темы качества жизни является развитие и расцвет, такого социального явления, как общество потребления, появившегося в развитых странах. Необходимость в индивидуальном благополучии, даже с колоссальным ущербом для окружающего мира и других людей, стала сменяться новым социальным курсом, в нем во главу угла становились такие понятия как, экология, укрепление здоровья, и тесное сотрудничество между всеми слоями населения, этим в начале определялось понятие «качество жизни». Считается что первый авторский термин «качество жизни» принадлежит американскому социологу Джону Гэлбрейту.

Само понятие качество жизни имеет многозначную структуру и часто объединяет в своем составе такие основания как: индивидуальное экономическое благополучие, субъективное экологическое благополучие, а также счастье и удовлетворенность жизнью. Н.А. Юдина дает следующее определение качества жизни – это субъективное чувство удовлетворения, как жизнью в целом, так и отдельными ее аспектами.

Изначально угол, под которым рассматривалась социальная проблема людей демобилизованных с поля военных действий, имел сугубо эсте-

тическое направление. Страна взяла на себя обязанности по возведению культурных строений и организации праздников, призванных помнить, о долге, который отдали ветераны, чтобы защитить ее.

В дальнейшем для повышения благополучия жизни комбатантов была задействована медицинская сфера, а именно оказание помощи, а также использование рекреационных заведений.

Последнее время внимание большинства исследователей направлено на разработку подходов и способов по улучшению качества населения. Ветераны боевых действий – особая категория граждан, многие из них страдают посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), которое существенно снижает их качество жизни. В связи с этим поиск возможностей повышения качества их жизни становится весьма актуальной темой.

Постановка проблемы. Ветераны боевых действий являются особой группой людей. Данный факт основан на особенностях событий, с которыми комбатантам приходится сталкиваться в период войны.

В ходе военных действий солдаты вынуждены прибегнуть к физическому уничтожению противника, а далее вновь и вновь переживая шокирующие эмоции, ветераны вынуждены адаптировать свой организм и личность для повышения собственной выживаемости.

Подобный опыт не может пройти бесследно для любого человека. Жесткие условия войны оставляют, практически у всех, кто в ней участвовал, неизгладимые впечатления, которые остаются с ними на всю жизнь. У многих ветеранов боевых действий впоследствии диагностируют посттравматическое стрессовое расстройство. Кроме того, у ветеранов серьезное изменение претерпевают коммуникативные способности, приобретая особый «военный» оттенок. Данное обстоятельство, в совокупности с ПТСР оказывает очень негативное влияние на и без того плохое качество жизни комбатантов.

Комбатанты являются той частью населения, которая нуждается в особом внимании о поддержке, со стороны общества, и хотя принципы течения современной войны сильно отличаются, от глобальных военных противостояний прошлых столетий, это ничуть, ни умаляет вклад ветеранов современности. Меры, принимаемые государственными службами в Российской Федерации по отношению к комбатантам, сегодня далеки от совершенства данный факт, несомненно оказывает отрицательное влияние на качество жизни ветеранов боевых действий. Подобная ситуация подкрепляет ситуацию определенного социального неприятия данного слоя населения. В свою очередь это провоцирует ветеранов на аддитивное поведение, обострение старых и формирование новых видов зависимого поведения, мысли и попытки суицида, как правило успешные, а также проявление интереса со стороны ветеранов, к криминальному контингенту.

Исследования посттравматического стрессового расстройства в прошлом, во главу угла ставили интенсивность переживаемого события, полагая, что данный фактор является главенствующим в формировании ПТСР, гораздо меньше внимание уделялось самому содержанию травмирующего события. Сегодня специалисты отзываются не столь однозначно о факторах, формирующих посттравматическое стрессовое расстройство, сообщая о его неоднородности и сложности в процессе исследования. Современные исследования данного явления предлагают разнообразные точки зрения на данный феномен, по большей части это зависит от концепции, которой пользуются исследователи в своих изысканиях. Все существующие психологические модели можно подразделять на психодинамические, когнитивные, информативные и психосоциальные. Данные модели были разработаны в ходе анализа основных закономерностей процесса адаптации лиц, переживших травмирующие события, к нормальной жизни.

Как пишет в своей статье А.Н. Рукомойникова, «ПТСР – это резкое отреагирование на сенсорные стимулы, чаще слуховые и зрительные, в ситуациях затруднения нередко проявляется агрессивное поведение и силовой метод решения сложившейся ситуации». Помимо этого, люди с ПТСР отмечают нарушения режима сна, для ветеранов это как правило, кошмарные сновидения о событиях боевых действий и иных флешбеков, а также нарушение режима питания. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов боевых действий обладает некоторыми особенностями: постоянное чувство угрозы здоровью, страх инвалидизации и смерти, сильнейшее психоэмоциональное потрясение, возможное наличие мышечных рефлексов, в ответ на триггерные сигналы, наличие флешбеков. Многие комбатанты, имеющие вышеуказанные симптомы плохо адаптируются к реалиям гражданской жизни, не находят своего места в гражданской жизни, не способны строить здоровые семейные отношения.

В исследованиях, проведенных С.Н. Пузиным, была показана взаимосвязь между качеством жизни, которое напрямую влияло на коммуникативную компетентность военного, испытавшего на себе влияние посттравматического стрессового расстройства. Около 58% комбатантов имеют низкую психосоциальную адаптированность, а 12% не имеют её вообще, при этом выражая протестные формы поведения на происходящее в настоящее время (Пузин, 2016). В коммуникации с ветеранами боевых действий, как одном из аспектов реабилитации, он видит снятие психологического напряжения, повышению социальной активности и формированию социально приемлемых паттернов поведения.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе Центра медико-психологической реабилитации Красноярского краевого госпи-

таля для ветеранов войн. Был использован опросник «SF-36 Health Status Survey». SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ), он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни различных континентов. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург).

Опросник SF-36 был нормирован для общей популяции США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции, Италии. В США и странах Европы были проведены исследования отдельных популяций и получены результаты по нормам для здорового населения и для групп больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту).

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning - PF), отражающее степень, в которой физический статус затрудняет выполнение физических нагрузок, как связанных с трудовой деятельностью, так и на бытовом уровне (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning - RP) – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение текущих ежедневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Интенсивность боли (Bodily pain - BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. Общее состояние здоровья (General Health - GH) - оценка респондентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже значение по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья, и соответственно, ниже качество жизни человека. Косвенно низкая самооценка своего состояния здоровья может свиде-

тельствовать о наличии депрессивного состояния различной степени выраженности.

5. Жизненная активность (Vitality - VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Невысокие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности. Также косвенно может быть маркером депрессивных переживаний.

6. Социальное функционирование (Social Functioning - SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role Emotional - RE) 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.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье (Mental Health - MH), характеризует настроение, а также наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Для определения коммуникативной компетентности у ветеранов боевых действий, страдающих ПТСП использовался «Опросник социально-коммуникативной компетентности» (Э.Ф. Зеер, Э.Э. Сыманюк). Тест предназначен для оценки социально-коммуникативной компетентности и позволяет провести исследование по следующим шкалам: социально-коммуникативная неуклюжесть, нетерпимость к неопределенности, чрезмерное стремление к конформности, повышенное стремление к статусному росту, ориентация на избегание неудач, фрустрационная нетолерантность.

Выборка исследования представлена ветеранами боевых действий, в количестве 13 человек, возрастной диапазон от 38 до 76 лет. Критериями включения в выборку исследования стали следующие параметры: мужской пол, возраст старше 21 года, участие в боевых действиях (независимо от срока давности этих боевых действий), наличие верифицированного диагноза F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

Результаты исследования

Шкала	(%) опрошенных респондентов	Степень выраженности нарушения
Рольевые ограничения из-за эмоциональных	30%	От 40% до 66,7%
Рольевые ограничения из-за физических проблем	23%	От 50 до 100%
Общее состояние здоровья	30%	От 30 до 50%
Физическую усталость	30%	От 20 до 35%

По методике Опросник качества жизни (SF-36) были получены следующие результаты: рольевые ограничения из-за эмоциональных проблем отмечаются у 30% респондентов (у трех человек снижение относительно нормы на 66,7%, у одного опрошенного 40%), что и следовало ожидать у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством. Расстройства тревожно-депрессивного спектра характерны для данного заболевания, часто именно по причине эмоциональных нарушений у ветеранов боевых действий формируется аддиктивное поведение, обычно в форме алкогольной зависимости.

Рольевые ограничения из-за физических проблем были определены у 23% опрошенных (степень выраженности их колебалась от 50% до 100%), что связано с наличием коморбидной патологии у ветеранов боевых действий. Эта патология может быть, как связана с боевой травмой, так и приобретена в последующем, в период гражданской жизни.

Общее состояние здоровья по данным самооценки снижено у 30% прошедших тестирование (колебания значений составили от 30% до 50% от среднестатистической нормы). Это согласуется с показателями по шкале рольевые ограничения из-за эмоциональных проблем.

Физическую усталость указали в ответах 38% опрошенных, (колебания значений составили от 20% до 35% от среднестатистической нормы). Общее изменение здоровья отмечено у 10 респондентов из 13. Наглядно полученные результаты представлены на рис. 1

Все остальные шкалы данной методики, проведенной при участии комбатантов оставались в пределах нормы.

Результаты исследования по опроснику социально-коммуникативной компетентности (Э.Ф. Зеер, Э.Э Сыманюк) представлены на рис.2

Социально-коммуникативная неуклюжесть: высокий уровень - 15%, средний уровень - 38%, низкий уровень - 46%. Социально-коммуникативная неуклюжесть подразумевает трудности при начале разговора, вы-

сокие показатели свидетельствуют о проблеме вхождения в коммуникативную ситуацию, неумение «завязать» разговор.

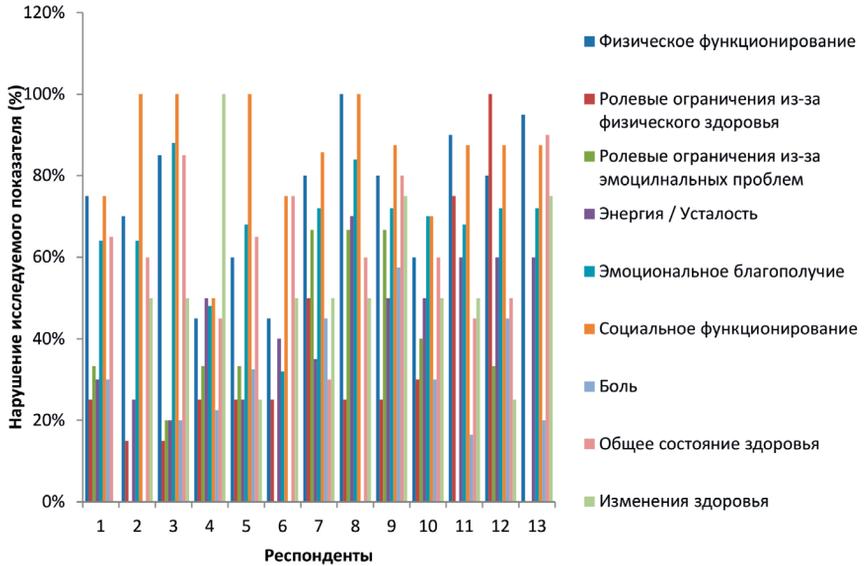


Рис. 1 Результаты исследования качества жизни ветеранов с помощью опросника SF- 36

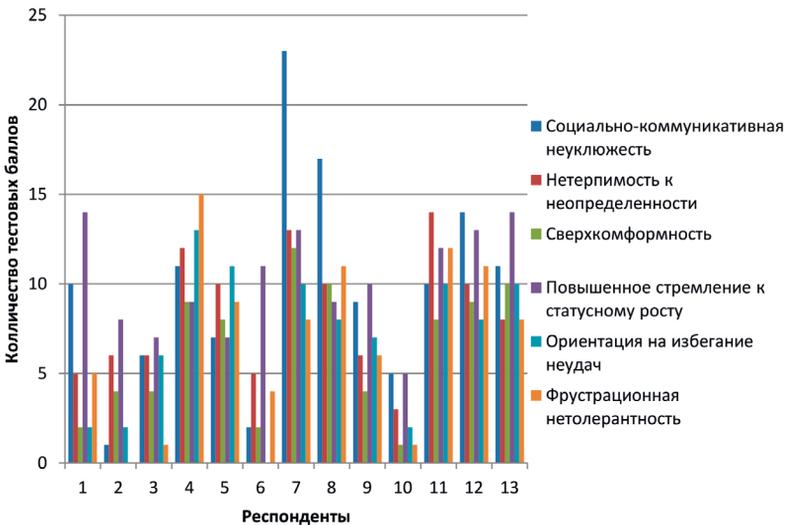


Рис. 2. Результаты исследования по опроснику социально-коммуникативной компетентности (Э.Ф. Зеер, Э.Э Сыманюк)

Нетерпимость к неопределенности: высокого уровня нетерпимости к неопределенности не выявлено. Средний уровень зафиксирован у 46% респондентов, низкий уровень - 54%. Высокие показатели по этой шкале говорят о том, что человек испытывает выраженный дискомфорт в незнакомой обстановке, стремится получить поддержку со стороны людей, которым доверяет. В сложных ситуациях человек с высокими показателями к неопределенности может растеряться и принять неправильное решение. Затруднения в общении наблюдаются из-за нерешительности и неспособности контролировать ситуацию.

По шкале повышенное стремление к конформности средний уровень установлен в 23% случаев, большинство опрошенных (77%) находились на низком уровне. Конформность, как личностное качество характеризуется тем, что индивид подстраивает свое поведение в под собеседника, т.е. соглашаются с мнением партнера, так как недостаточно верят в себя и в свои убеждения. Высокие показатели, при которых человек полностью соглашается с окружающими, не имеет своего мнения, у ветеранов боевых действий не зафиксированы. Но у них преобладает другая крайность: они склонны отстаивать свою точку зрения, вплоть до агрессивного поведения, что также не способствует их репутации как хорошего собеседника.

Почти у половины опрошенных ветеранов боевых действий (46%) отмечено повышенное стремление к статусному росту на среднем уровне, низкий уровень установлен у 54% респондентов. Стремление к доминированию, к признанию в группе может реализовываться через агрессивное поведение, что мешает формировать и развивать доброжелательные отношения.

Ориентация на избегание неудач у 38% респондентов установлен средний уровень, низкий уровень - 62% опрошенных ветеранов. Эта шкала напрямую влияет на успешность коммуникации, активность испытуемого опосредуется потребностью избежать порицания, наказания, неудачи. Чем выше уровень по данной шкале, тем сложнее индивиду начать коммуникацию из-за страха быть отвергнутым. Начав коммуникацию, такие люди зажимаются, немногословны, что создает предпосылки к межличностным барьерам.

Фрустрационная нетолерантность у 30% ветеранов боевых действий находится на среднем уровне, низкий уровень фиксируется у 70% опрошенных, Фрустрационная нетолерантность характеризуется низким уровнем контроля над эмоциями в состоянии фрустрации. При наличии высоких показателей по данной шкале человек в процессе коммуникации плохо контролирует свои эмоции, в том числе и негативные, что серьезно мешает коммуникации.

Результаты исследования по опроснику социально-коммуникативной компетентности (Э.Ф. Зеер, Э.Э Сыманюк)

Шкала	(%) респондентов с высоким уровнем	(%) респондентов со средним уровнем	(%) респондентов с низким уровнем
Социально-коммуникативная неуклюжесть	15	38	46
Нетерпимость к неопределенности	0	46	54
Повышенное стремление к комфорности	0	23	77
Повышенное стремление к статусному росту	0	46	54
Ориентация на избегание неудач	0	38	62
Фрустрационная нетолерантность	0	30	70

Вывод. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о том, что треть ветеранов боевых действий имеет снижение качества жизни, в частности ролевые ограничения из-за эмоциональных, физических проблем и усталости, а также обнаруживает затруднения по 5 компонентам коммуникативной компетентности.

Таким образом, можно предположить, что коммуникативная компетентность оказывает определенное влияние на качество жизни ветеранов боевых действий. Полученные результаты исследования могут быть использованы при планировании психокоррекционной работы, направленной на улучшение коммуникативных качеств ветеранов боевых действий, страдающих ПТСР.

Список литературы

1. Бурцев С.П. Медико-социальная помощь гражданам с посттравматическим стрессовым расстройством // Научные труды Московского гуманитарного университета. 2015. № 2. С.16-24.
2. Зубова О.А. Харлова А.Г. Динамика самочувствия, активности и настроения – важных компонентов качества жизни у ветеранов боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством в результате реабилитации на амбулаторном этапе // Международный научный журнал «Символ науки». 2015. № 12. С. 1-3.

3. Матвеева Т.В. Полный словарь лингвистических терминов. Ростов н/Д. : Феникс, 2010. 562 с.
4. Международное право. Ведение военных действий: сборник Гаагских конвенций и иных международных документов. М. : Международный Комитет Красного Креста, 2001. 336 с.
5. Мельников Р.С., Новичков В.А. Коммуникативная компетентность как фактор повышения стрессоустойчивости // Международный научный журнал «Инновационная наука». 2016. № 7. С. 192-194.
6. Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.М. Реабилитация участников боевых действий: посттравматический стрессовый синдром // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2016. Т. 19, № 2. С. 60-63. DOI 10.18821/1560-9537-2016-19-2-60-63
7. Пыркова К.В., Ушакова А.О. Особенности психосоциального и медицинского статуса ветеранов боевых действий с разной степенью выраженности посттравматических стрессовых нарушений // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С.1-8.
8. Романова В.В. Коммуникация как способ формирования личности в социуме // Современные технологии в науке и образовании : материалы II Междунар. науч.-тех. и науч.-метод. конференции. Рязань, 2017. С. 206-208.
9. Рукомойникова А.Н., Сухарева И.В. Социальная работа с участниками локальных боевых действий // Вестник академии наук РБ. 2018. № 1. С. 31-39.
10. Юдина Н. А. Психологические подходы к изучению субъективного качества жизни // Известия Уральского федерального университета. Сер. 1: Проблемы образования, науки и культуры. 2017. № 2. С. 104-110.
11. Bovin F.W., Lee M.J., Sloan D.J., Schnurr D.M., Kaloupek P.P., Keane D.G., Marx V.P. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans // Psychological Assessment. 2018. Vol. 30, № 3. P. 383-395.

УДК 159.922.7

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Е.С. Киричик

*Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина,
г. Брест, Беларусь*

Аннотация. В статье раскрыт опыт оказания комплексной психологической помощи семьям детей с особенностями психоневрологического развития. Описывается важность всестороннего подхода в оказании психологической помощи детям, имеющим психоневрологические заболевания, указывается необходимость поддержки родителей этих детей. Представлен подробный план индивидуальной и групповой коррекционной работы с родителями.

Ключевые слова: психологическая помощь, дети с особенностями развития, психокоррекция, эмоциональная компетентность, поддержка семьи

Актуальность. Психологическая помощь детям в условиях центра медицинской реабилитации для детей с психоневрологическими заболеваниями носит обязательный характер. Психологи центра выполняют различные виды работ: диагностическую, консультативную, коррекционную.

Психологическая поддержка родителей детей, которые проходят реабилитацию – это важнейший шаг в осуществлении помощи, ведь комплексная работа со всей семейной системой позволяет повысить результативность и качество реабилитации. Комплексный подход психологической помощи позволяет решить многие вопросы коррекции поведения и развития детей, повышая психологическую компетентность их родителей.

Постановка проблемы. Родители детей с особенностями развития перенесли травматичный опыт переживания горя, связанного с заболеванием ребенка, и многие из родителей находятся на стадии принятия состояния своего ребенка. Такие психотравмирующие события несомненно влияют на эмоциональное состояние родителей (тревога, пониженное настроение, психосоматические заболевания), на их поведение (агрессия, плаксивость, растерянность) и на стили воспитания (гиперопека, индифферентное отношение и др). Комплексность психологической помощи заключается в обеспечении как коррекционной работы с ребенком, так и консультирование и терапия родителей.

Методы и материалы. Первая встреча в рамках психологической коррекции детей носит в основном консультативный и ознакомительный характер. Специалист общается с родителем ребенка: выясняет цель обращения, подробности возникшей проблемы, анализирует совместно с родителем возможные причины возникновения трудностей и из этой информации выстраивает план коррекционной помощи ребенку, дает предварительные рекомендации. Так же специалист знакомится с ребенком, налаживает контакт, рассказывает о себе и, в общем, о том, как будут проходить занятия.

Последующие занятия с ребенком выстраиваются на основе различных упражнений, которые интересны и доступны для выполнения конкретному ребенку. Дети в учреждении медицинской реабилитации в связи с особенностями своего психофизического развития могут иметь различные возможности и часто ограничения. Специалист ориентируется на возможности ребенка, на решение проблемы с помощью тех методов и техник, которые доступны для пациентов.

В начале занятия важно пообщаться с ребенком (в такой степени, в какой это возможно) о его настроении, о возможных успехах или проблемах. В основной части занятия предлагаются различные упражнения, нацеленные на решение текущих задач. В конце занятия важно обсудить настроение, состояние ребенка, уточнить какие моменты он понял, что ему понравилось и запомнилось. Так же в конце занятий важно сделать некоторое резюме для родителя о ходе и результатах занятия, если необходимо, то и предоставить родителю необходимые рекомендации. Коррекционные занятия с детьми могут проходить как в индивидуальной, так и групповой форме. При этом могут использоваться различные приемы и техники психологической помощи: рисуночная терапия, песочная терапия, сказкотерапия, телесно-ориентированная терапия, нейрокоррекция и др.

Общей целью индивидуальной психокоррекции с родителями проводимой в рамках центра медицинской реабилитации является, всесторонняя работа с семьей направленная на благополучное развитие ребенка в семье. Важность данной работы заключается в том, чтобы обеспечить результативность реабилитации ребенка, его психического развития, эмоционального благополучия за счет комплексного всестороннего подхода к семейной системе. Эмоциональная компетентность родителей, их уверенность в себе, понимание механизмов саморегуляции и управления ситуацией обеспечивает возможности для налаживания теплых семейных отношений, снижает психоэмоциональное напряжение у всех членов семьи.

Индивидуальная работа психолога с родителями осуществляется по плану: постановка цели работы, подробное получение информации, анализ информации, построение вариантов решения проблемы.

Постановка цели работы – это запрос, который выясняется путем стандартных вопросов: «С чем бы вы хотели поработать? Какие у вас есть вопросы? Что вас привело?»

Следующий этап – получение информации. Данный этап включает в себя: конкретизацию проблемы, выявление чувств и ожиданий родителей. Техники, которые чаще используются: открытые и закрытые вопросы, поддержка, перефразирование, отражение чувств, пересказ, уточнение, прояснение смысла и значения, активное и пассивное слушание, эмпатийное слушание, резюме.

Анализ информации идет одновременно в ходе получения информации (пассивно – психологом) и позже в виде поиска возможных причин (активно – совместно с родителем). Кроме возможных причин возникновения проблемной ситуации анализируются чувства родителя, его роль и роль окружающих в возникшей ситуации.

Важнейшим этапом в работе является этап поиска вариантов решения. На данном этапе уточняется истинная цель, проговариваются возможные варианты, проводится оценка имеющихся возможностей, ресурсов роди-

теля, средств, а так же анализируются возможные препятствия на пути решения проблемы и способы их устранения. На данном этапе важно, чтобы родитель принял для себя решение, которое его удовлетворит.

В процессе поиска вариантов решения проблемы задача психолога открыть новые способы познания себя и других людей, расшатать ригидные паттерны поведения, стереотипы, обсудить возможные результаты принятия тех или иных решений. На данном этапе психологом могут применяться как классические техники консультирования, так и арт-терапевтические, телесно-ориентированные и другие методы.

Групповая работа с родителями нацелена на развитие психологической компетентности родителей по вопросам воспитания детей и по вопросам своей личностной эффективности. Цель тренингов, во многом носит как коррекционный характер (коррекция психоэмоционального состояния), профилактический (профилактика депрессивных состояний), так и просветительский (развитие психологической культуры, расширение знаний о методах воспитания).

Все тренинги начинаются с обсуждения настроения и общего состояния участников, далее идет основная часть (обычно это работа с чувствами), заключительная часть (релаксация и обсуждение итогов встречи). Длительность тренинговых встреч 1 час (ежедневно в течение 2-3 недель или через день). Примерный план тренинговых встреч представлен ниже (таблица 1).

Таблица 1

План тренинга для родителей «Мои эмоции – моя сила»

№	Тема	Ход
1	«Знакомство»	Знакомство Упражнение «Мои ожидания» Обсуждение правил Релаксация-визуализация «Осознанное дыхание» Рефлексия
2	«Радость»	Шеринг Обсуждение чувства: «радость» Рисунок «Радость» Упражнение «Что меня радует в моем ребенке» Релаксация-визуализация «Огонь в груди» Рефлексия
3	«Грусть»	Шеринг Обсуждение чувства: «грусть» Рисунок «Грусть» Упражнение «Что меня огорчает в моем ребенке» Реклама негативных качеств Релаксация-визуализация «Ручей» Рефлексия

4	«Гнев»	Шеринг Обсуждение чувства: «злость» Рисунок «Злость» Подушка злости и мешок криков Релаксация-визуализация «Водопад» Рефлексия
5	«Страх»	Шеринг Упражнение «Поводырь» Обсуждение чувства: «страх» Рисунок «Мой страх» Трансформация страха Релаксация-визуализация «Опушка леса» Рефлексия
6	«Тревога»	Шеринг Обсуждение чувства: «тревога» Рисунок «Тревога» Дыхательная гимнастика Релаксация-визуализация «Пляж» Рефлексия
7	«Тревога»	Шеринг Упражнение «Имя тревоги» Растяжка «Сосулька» Релаксация-визуализация «Полет» Рефлексия
8	«Обида»	Шеринг Обсуждение чувства: «обида» Рисунок «Обида» Упражнение «Пустой стул» Релаксация-визуализация «Распустить клубок» Рефлексия
9	«Вина»	Шеринг Обсуждение чувства: «вина» Рисунок «Вина» Упражнение «Я прощаю» Релаксация-визуализация «Крылья бабочки» Рефлексия
10	«Любовь»	Шеринг Обсуждение чувства: «любовь» Рисунок «Автопортрет» Упражнение «Я горжусь тем, что я...» Релаксация-визуализация «Я – хозяин» Рефлексия

Упражнения, применяемые в ходе тренинга

Название	Цель	Инструментарий	Ход
Знакомство	Налаживание контакта с участниками тренинга	-	Психолог представляется, рассказывает о себе. Просит участников тренинга по очереди назвать свое имя и немного рассказать о себе.
Обсуждение правил	Установление границ общения	Плакат со схемами	Психолог рассказывает о том, что будет происходить во время встреч и какие правила тут важны.
Шеринг	Налаживание рабочей обстановки, снижение напряжения	-	Участники тренинга по очереди рассказывают о своем настроении, состоянии, делятся мыслями.
Упражнение «Мои ожидания»	Постановка индивидуальных целей для каждого участника	-	Участники тренинга рассказывают о своих ожиданиях по поводу предстоящей работы
Обсуждение чувств	Осознание собственных чувств и их вербализация.	-	Психолог задает участникам вопросы по теме: «Что значит это слово? Это эмоция или чувство? В чем вред и польза? Как выражаются такие эмоции? Помогают или мешают такие чувства?»
Рисование чувств	Осознание собственных чувств и их вербализация.	Листы бумаги А4, гуашь (акварель), кисти, вода.	Участники рисуют чувство так как они его представляют.
Упражнение «Что меня радует в моем ребенке»	Осознание собственных чувств и их вербализация.	Лист А4, ручки	Участники продолжают незаконченное предложение: «Меня радует в моем ребенке...». Они записывают около десяти вариантов. После происходит обсуждение.

Упражнение «Что меня огорчает в моем ребенке»	Осознание собственных чувств и их вербализация.	Лист А4, ручки	Участники продолжают незаконченное предложение: «Меня огорчает в моем ребенке...». Они записывают около десяти вариантов. После происходит обсуждение.
Реклама негативных качеств	Переориентация с негативной направленности на позитивную	Лист А4, ручки, карандаши, фломастеры, краски.	Психолог просит выбрать 1 прорекламиривать «негативное качество», найти в нем положительные моменты. Участники придумывают рекламу.
Подушка злости и мешок криков	Снижение психоэмоционального напряжения, высвобождение гнева, злости.	Подушка, мешок	Психолог предъявляет специальную подушку «впитывающую злость», для этого нужно ее бить и «мешочек криков», в который необходимо кричать.
Трансформация страха	Снижение чувства страха	Рисунок страха, ручка, краски.	Изменение рисунка таким образом, чтобы страх перестал быть пугающим.
Упражнение «Я горжусь тем, что я...»	Осознание своих достижений	Лист А4, ручки	Участникам тренинга предлагается продолжить предложения: «Я горжусь тем, что я...»
Дыхательная гимнастика	Снижение психоэмоционального напряжения	-	Предлагается сделать вдох, считая до 5, задержать дыхание и посчитать до 5, сделать выдох считая до 5.
Растяжка «Сосулька»	Снижение психоэмоционального напряжения	-	Участникам тренинга предлагается попеременное напряжение и расслабление сначала отдельных частей тела, а потом всего тела

Упражнение «Пустой стул»	Проработка чувства обиды, высвобождение гнева, злости	Стул	Предлагается на пустой стул перед собой посадить воображаемого собеседника. Затем организуется диалог между тем "я", которое сидит на первоначальном стуле, и посаженным на пустой стул «собеседником»
Упражнение «Я прощаю»	Проработка чувства обиды, вины, принятие себя	Лист А4, ручки	Участникам тренинга предлагается продолжить предложения: «Я прощаю своего обидчика за... Я прощаю себя за...»
Релаксация-визуализация	Снижение психоэмоционального напряжения	Музыкальное сопровождение	Участникам тренинга предлагается лежать, закрыв глаза сначала расслабить все части тела по очереди, а потом представить тему предлагаемую психологом
Рефлексия	Развитие осознанности	-	Участникам тренинга предлагается по очереди высказаться о своем настроении, состоянии, впечатлении о тренинге

Вывод. Помощь детям, имеющим особенности психоневрологического развития можно оказывать не только на прямую, но и косвенно – оказывая психологическую поддержку их родителям. Повышение психологической компетентности родителей в плане воспитания детей и в плане регуляции собственных эмоциональных состояний, снижение психоэмоционального напряжения и поиск ресурсов для личностного роста позволяет создать предпосылки для установления благополучных семейных отношений. Оказание психологической поддержки родителям может быть как единовременное, так и длительное, как в формате индивидуальных встреч, так и в формате групп. Пример, групповой работы, представленный выше вызвал множество положительных откликов от родителей детей с психоневрологическими заболеваниями, что свидетельствует об успешности его реализации.

Список литературы

1. Дэвис М. Релаксация и снятие стресса. Рабочая тетрадь. СПб. : Весь, 2019. 416 с.
2. Бурмистрова Е. Метод быстрого снятия сильного эмоционального или физического напряжения // Школьный психолог. 2004. № 37. С. 52.
3. Папуш М. Психотехника экзистенциального выбора. М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2001. 544 с.

УДК 159.9.07

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.Д. Кораблина, Н.В. Попенко

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

Аннотация. В статье рассмотрены особенности болевого синдрома у онкологических больных. Исследована распространенность и выраженность боли у онкологических больных, а также воздействие боли на качество жизни пациентов. Установлено, что боль, в большей степени, влияет на повседневную активность, способность ходить, а также на настроение и сон.

Ключевые слова: боль, болевой синдром, онкологические больные, качество жизни

Актуальность. В онкологической популяции боль является одним из наиболее важных симптомов, от которого страдают около 66% онкологических больных. Рекомендации по лечению боли при раке были разработаны Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1986 году, но есть существенные доказательства того, что лечение боли при раке все еще часто неоптимально. Поскольку боль при раке не является однородной, правильная оценка боли имеет важное значение для получения удовлетворительного лечения. Боль при раке - это общий термин, обозначающий широкий спектр различных болевых состояний, характеризующихся различной этиологией, характеристиками и патологическими механизмами. Важность адекватной оценки боли и сложности боли при раке подчеркивалась очень давно.

Цель исследования: выявление особенностей болевого синдрома у пациентов с онкологическими заболеваниями

Объект: особенности болевого синдрома у пациентов с онкологическими заболеваниями.

Предмет: болевой синдром

Гипотеза: особенности болевого синдрома оказывают отрицательное влияние на повседневную жизнь больных с онкологическими заболеваниями.

В психологической литературе боль чаще всего описывается как негативное эмоциональное состояние, зависящее от индивидуальных черт личности, а также определенной ситуации, убеждений и ожиданий субъекта (Карпенко, 1998). Н.Д. Творогова определяет боль как «неприятное, гнетущее, иногда нестерпимое ощущение, возникающее под воздействием специфических раздражителей либо вследствие психических нарушений и сопровождающееся психофизиологическими мотивационно-эмоциональными проявлениями» (Творогова, 2016). Боль - одно из наиболее часто встречающихся побочных эффектов, возникающих как часть процесса болезни или как побочный эффект лечения. Это является проблемой для большинства онкологических пациентов и оказывает неблагоприятное влияние на качество жизни.

Механизмы, которые приводят к развитию боли при раке, сложны и включают серию изменений на клеточном, тканевом и системном уровнях, которые происходят во время прогрессирования опухоли.

С точки зрения патофизиологических критериев, боль при раке может быть классифицирована как ноцицептивная или невропатическая. Ноцицептивная боль - это боль, которая возникает в результате стимуляции ноцицепторов из-за фактического или угрожающего повреждения ненервальных тканей и может быть далее классифицирована на соматическую и висцеральную в зависимости от уровня пораженных структур. Любая боль, вызванная поражением или повреждением соматосенсорной нервной системы, считается невропатической.

Все характеристики боли имеют значение при попытках систематической классификации боли, однако есть несколько других переменных, связанных с особенностями пациента и заболеванием, которые могут влиять как на характеристики боли, так и на реакцию на лечение. На выражение симптомов могут влиять многие факторы, и различные исследования показали, что такие области, как психологический дистресс, нарушения сна, когнитивные функции, аддиктивное поведение, возраст, а также первичный диагноз и прогрессирование опухоли, связаны со сложностью болевого состояния.

«Беря во внимание длительность болевого синдрома, который сопровождает раковую болезнь фактически до смерти, ему присущи все свойства хронического болевого синдрома» (Боронникова, 2017). Любое заболевание, которое сопровождается продолжительной болью, влияет на поведение и эмоциональное состояние человека. Боль создает напряжение, которое еще больше увеличивает интенсивность ощущаемой боли. (Соловьева, 2019). Для больных раком боль часто является худшим

аспектом болезни. Если от напряжения у человека болит спина или после сна в неудобной позе немеет рука, он чаще всего не станет придавать этому особого смысла, но если вам диагностировали онкологию, то любая боль, любой дискомфорт принимает особое значение. Человек начинает переживать за малейший дискомфорт опасаясь, что оно может означать либо рецидив заболевания, либо новые метастазы. (Хайдарова, 2011).

Не маловажны представления самого пациента о своей боли и возможностях её контроля. При хронической боли пациенты испытывают тревогу, в связи с непониманием процессов, происходящих в организме, и неуверенности в возможности держать под контролем ситуацию. Страх боли, и беспокойство по поводу избегания вредных воздействий, ухудшают симптомы заболевания. Дисфункциональные мысли, ошибочные представления о своем состоянии могут влиять на переживание состояния, которое вызвало боль.

Пациент может ограничивать свою повседневную активность из-за боязни появления боли, что может привести к серьезным функциональным нарушениям. Продолжительная боль вызывает повышенную тревожность и раздражительность, снижение работоспособности и функциональной активности, проблемы с выполнением собственных повседневных дел, плохую концентрацию, нарушение памяти, психологическую неустойчивость, появляются расстройства сна, наблюдаются депрессивные и ипохондрические признаки, интерес к жизни и способность получать от нее удовольствие снижается. (Козлова, 2015). Часто среди эмоциональных проблем, которые выявляются у пациентов с хроническим болевым синдромом, встречается раздражительность. Так, согласно исследованию, которое проводилось среди пациентов с повреждениями спинного мозга, раздражительность и агрессивное поведение в 33% являются следствием изменения силы и частоты ощущаемой боли (Голубев, Данилов, 2015).

Переживания, связанные с присутствием симптомов, недостаточная информация о причине боли и недоверие к лечащим врачам, к системе здравоохранения, к членам своей семьи и к самим себе - все это приводит к раздражительному настроению у пациентов.

В настоящее время неизвестны точные причины, которые способствуют увеличению боли из-за фрустрации и раздражительности. Так, одним из вероятных факторов увеличения боли, вызванных раздражительностью, определяют повышенную активацию вегетативной нервной системы. Раздражительность может являться причиной негативного отношения к лечению и снизить мотивацию, направленную на реабилитацию и восстановление трудоспособности. На данный момент интенсивная реабилитационная работа и просвещение пациентов относительно способов справиться с неработоспособностью нередко становятся единственным возможным вариантом оказания лечебной помощи. (Голубев, Данилов, 2015).

Методы и материалы. Исследование проводилось в январе 2020 года. В исследовании участвовали 30 пациентов Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И. Крыжановского, средний возраст исследуемых 61 год, из них 18 женщин (гинекологическое отделение) и 12 мужчин (урологическое отделение).

Экспериментальное исследование осуществлялось в несколько этапов:

1. Первый этап – изучение теоретических источников по проблеме исследования, подбор диагностического методик для опроса пациентов.

2. Второй этап - диагностическое обследование пациентов, направленное на исследования особенностей болевого синдрома у онкологических больных

3. Третий этап – количественный анализ полученных результатов.

В качестве диагностического инструментария нами использовалась методики:

1. Краткий опросник боли, разработанный С. Cleeland с соавторами. Он позволяет оценить две важные особенности болевого синдрома: выраженность боли и воздействие на качество жизни. (Левченко, Берсенева, 2017).

2. Визуально-аналоговая шкала. ВАШ выглядит как линия длиной 10 см. Пациент делает отметку, опираясь на свои ощущения интенсивности боли в настоящий момент.

Результаты исследования. Изучены данные опросников 30-ти онкологических больных. Средний возраст, принявших участие в исследовании составил 61 год. В соответствии с опросником ВАШ, 27% пациентов оценили боль, как боль умеренную и 3% как боль сильной интенсивности, т.е. более 5-8 баллов. Представим полученные результаты в графическом виде (рис.1).

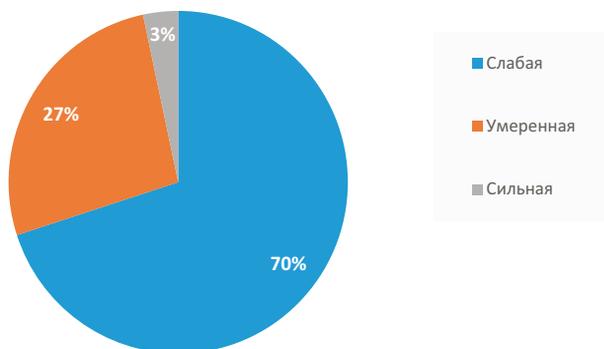


Рис. 1. Результаты интенсивности боли на момент исследования

Согласно краткому опроснику боли 12 (40%) пациентов отметили самую сильную боль за последние сутки в 5-7 баллов по 10 бальной шкале.

Исходя из проведенного исследования, значительная часть больных раком отмечают снижение качества жизни. Боль негативно оказывает влияние на многие сферы жизни. Как показано на графике, более 30% опрошенных отмечают выраженное (от 5 до 10 баллов) влияние боли на повседневную активность, 20 % отметили влияние боли на настроение и способность ходить, 13% имеют проблемы, связанные со сном. Представим полученные результаты в графическом виде (рис.2).

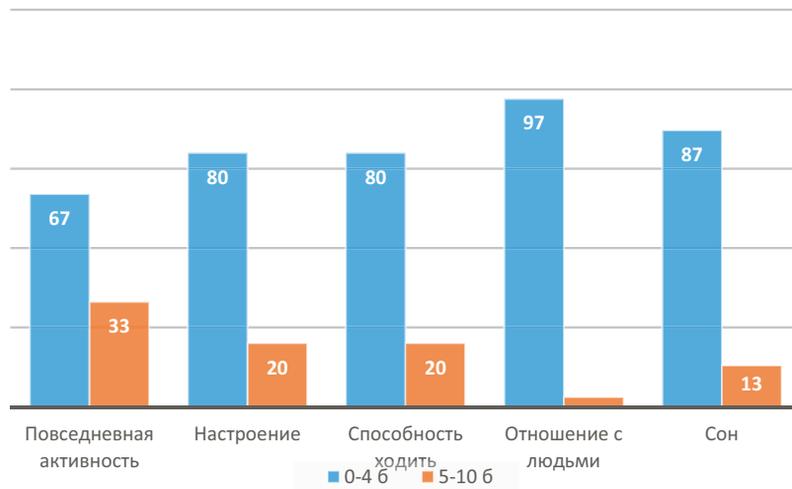


Рис. 2. Результаты опросника VPI

Таким образом, можно сделать вывод, опираясь на данные о частоте встречаемости боли у онкологических больных, что болевой синдром актуален у исследуемой категории пациентов. Боль у онкологических больных оказывает значительное влияние на качество жизни, а в особенности на повседневную активность и настроение.

Вывод. Боль – один из наиболее распространенных и пагубных симптомов у онкологических больных. Болевой синдром может появиться на любой стадии онкологии. Он оказывает серьезное воздействие на качество жизни пациентов. Потеря уверенности, неустойчивость эмоционального состояния (например, страх, тревога и грусть), потребность заботы других людей, снижение самооценки, разрушение привычной картины мира, негативное видения будущего и угроза возможной смерти, все это оказывает колоссальное влияние на психологическое состояние больных (Соловьева, 2019).

Рак и его лечение оказывают огромное психологическое и психосоциальное воздействие не только на пациентов, но и на их семьи. Он также сопутствует изменениям в духовной, социальной, межличностной, эмоциональной и физической сферах человека. Признание того, что высокий процент онкологических больных страдает от эмоциональных симптомов (например, беспокойства по поводу здоровья, раздражительности и фрустрации) или психопатологических состояний (например, депрессии и посттравматического стрессового расстройства), чрезвычайно важно для психологов и психиатров, которые работают с онкологическими больными и их семьями. Благодаря психотерапии уровень стресса и беспокойства пациента снижается, что, со своей стороны, содействует урегулированию работы иммунной системы и гормонального фона, а также помогает осознать человеку, что жизнь не заканчивается после установки онкологического диагноза.

Список литературы

1. Беляев А.М. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. СПб. : Любавич, 2017. 352 с.
2. Боронникова К.А. Психологические аспекты отношения к боли. Челябинск : ЮУрГУ, 2017. 37 с.
3. Карпенко Л.А. Краткий психологический словарь. Ростов-на-Дону : Феникс, 1998. 505 с.
4. Соловьева С.Л. Психологические факторы хронической боли // Медицинская психология в России. 2019. № 6. С. 76-82.
5. Петрова Л.Г., Марочков А.В., Якимов Д.А. Возможности количественной оценки переносимости боли // Вестник оториноларингологии. 2009. № 5. С. 49-51.
6. Творогов Н.Д. Клиническая психология: энциклопедический словарь. М. : Практическая медицина, 2016. 608 с.
7. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе // Социальная психология и общество. 2015. Т. 6, № 1. С. 117-126.

УДК 159.9.072

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА СТУДЕНТОВ- ПСИХОЛОГОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СРЕДАХ

Я.А. Коркунов, Ю.В. Живаева

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

Аннотация. В статье представлено описание исследования особенностей акцентуации характера студентов первого курса. Цель исследова-

ния – сравнить акцентуации характера студентов-психологов Красноярского медицинского университета с акцентуациями характера студентов Сибирского федерального университета, на основании чего сделать вывод о том, какие изменения необходимо внести в учебный процесс для оптимизации обучения, и выяснить, будут ли эти изменения различны в зависимости от вуза, в котором обучаются студенты. Особое внимание уделяется выявлению среднестатистических показателей, позволяющих определить наиболее часто встречающиеся акцентуации характера студентов обоих вузов. На основании полученных в исследовании результатов могут быть предложены психолого-педагогические рекомендации. Они могут быть адресованы профессорско-преподавательскому составу для оптимизации учебного процесса, продуманной организации общения со студентами, предотвращения конфликтных ситуаций, рационального управления психологическим климатом в коллективе. Научная новизна исследования заключается в рассмотрении акцентуаций характера и учебной деятельности с позиции их взаимовлияния друг на друга. Акцентуации, как известно, оказывают влияние на отношение к учебе, во многом определяют учебную успеваемость или неуспеваемость. В результате проведенного исследования было определено, что организация учебного процесса и межличностного взаимодействия с учётом акцентуаций характера может способствовать улучшению познавательной активности обучающихся.

Ключевые слова: акцентуации характера, оптимизация учебного процесса, продуманная организация общения, познавательная активность, предотвращение конфликтов

Актуальность. Для нашего времени характерно активное внедрение в образовательные учреждения инклюзивного образования. Исследование акцентуаций характера психологов является очень важной задачей, так как позволяет выработать более качественный подход к подготовке будущих специалистов, что особенно значимо, если учитывать, какое существенное влияние они будут оказывать на социум в целом, занимаясь своей профессиональной деятельностью. Диагностика акцентуаций характера играет немаловажную роль в современной науке, так как позволяет выявить уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. За счёт коррекции, воспитания и самовоспитания можно сгладить явные акцентуация, обладающие большим риском, под влиянием определенных психогенных факторов, перерасти в отклоняющееся поведение и проблемы с адаптацией.

Постановка проблемы. В настоящее время обнаруживается противоречие между повышенным интересом к акцентуациям характера, без

которых не обходится практически ни одно психологическое исследование, и тем, как эти знания применяются на практике. Известно, что знание собственных акцентуаций помогает человеку определить свою предрасположенность в профессиональной деятельности и «сгладить углы» межличностных отношений, но при всём этом в образовательных учреждениях акцентуациям характера не уделяется должного внимания.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе «Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» и «Сибирского федерального университета».

Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: Опросник К. Леонгарда-Г. Шмишека (предназначен для диагностики типа акцентуации характера, опубликован г. Шмишеком в 1970 году и является модификацией «Методики изучения акцентуаций личности К. Леонгарда »).

Выборка исследования представлена студентами первого курса «Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» специальности «Клиническая психология» (общее количество исследуемых студентов: 15) и студентами первого курса «Сибирского федерального университета специальности» специальности «Психология». (общее количество исследуемых студентов: 15).

Результаты исследования.

Таблица 1

Типы акцентуаций у студентов «Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Тип акцентуации	Количество студентов с одним и тем же типом акцентуации
Гипертимный	1
Застревающий	1
Эмотивный	2
Педантичный	1
Тревожный	4
Циклотимный	1
Демонстративный	1
Возбудимый	2
Дистимный	0
Экзальтированный	2

По данным, представленным в таблице, видно, что у студентов «Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» наиболее выражен тревожный тип акцентуации. Такие показатели могут быть обусловлены тем, что студенты, поступившие на специальность «Клиническая психология», хотели разо-

браться в своих собственных проблемах (справиться с неуверенностью, неумением общаться с людьми), испытывают трудности в адаптации к новым условиям (непривычное обучение в вузе).

Таблица 2

**Типы акцентуаций у студентов
«Сибирского федерального университета»**

Тип акцентуации	Количество студентов с одним и тем же типом акцентуации
Гипертимный	2
Застревающий	1
Эмотивный	1
Педантичный	1
Тревожный	4
Циклотимный	1
Демонстративный	1
Возбудимый	1
Дистимный	1
Экзальтированный	2

По данным, представленным в таблице, видно, что у студентов «Сибирского федерального университета» наиболее выражен тревожный тип акцентуации. Такие показатели могут быть обусловлены теми же самыми стимулами, которые были рассмотрены на примере студентов «Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого». Судя по всему, студенты, желающие получить психологическое образование, руководствуются схожими мотивами и испытывают давление схожих факторов.

Таблица 3

**Общая таблица, отражающая типы акцентуаций
всех обследованных студентов**

Тип акцентуации	Количество студентов с одним и тем же типом акцентуации
Гипертимный	3
Застревающий	2
Эмотивный	3
Педантичный	2
Тревожный	8
Циклотимный	2
Демонстративный	2
Возбудимый	3
Дистимный	1
Экзальтированный	4

Обсуждение результатов. Согласно полученным результатам, для студентов обоих вузов в большей степени характерен тревожный тип акцентуации. Конечно, это не значит, что остальные обучающиеся не достойны внимания, но, к сожалению, индивидуализированный подход к каждому учащемуся слишком проблематичен, поэтому основной упор должен делаться на большинство. Но если имеется возможность подобрать и применить индивидуализированные методы, направленные на построение образовательного процесса с учётом акцентуаций, к каждому студенту, обладающему той или иной акцентуацией, то это, без сомнений, очень положительно скажется на подготовке будущих специалистов, иными словами, это и есть тот идеал, к которому стоит стремиться.

Тот факт, что в разных вузах превалирует один и тот же тип акцентуации, существенно облегчит разработку методов, направленных на увеличение качественных показателей учебной деятельности обучающихся, и позволит применять их в разных образовательных организациях. Для представителей тревожного типа характерны сомнения в правильности своих мыслей и действий. Тревожность проявляется в мнительности, обеспокоенности – за каждым углом такие личности видят опасность. Они часто робкие, а также склонны долго переживать неудачи, страшатся повторить уже допущенные когда-то ошибки, и порой ведет к нерешительности. Если рассматривать тревожный тип в контексте учебного процесса, то можно отметить, что для обладателей данного типа характерна неуверенность на экзамене, в ходе публичных выступлений, как правило, они не могут быстро завести друзей в новом коллективе. Основываясь на описании данного типа акцентуации, можно сделать вывод, что качества, характерные для данного типа, не соответствуют качествам, которыми должен обладать будущий психолог. Это совершенно не значит, что будущие выпускники будут плохими специалистами, так как акцентуации могут сглаживаться. Но принять соответствующие меры желательно во время учебного процесса. Преподавательский состав должен выработать такие способы взаимодействия со студенческим коллективом, которые минимизируют проявление данной акцентуации.

В своей педагогической работе преподавательский должен ориентироваться не только на тех учеников, которые успешно осваивают новые дисциплины и быстро адаптируются к новым условиям, но и на тех, кто делает всё это менее успешно. Как мы уже выяснили, довольно часто это является проявлением тревожного типа акцентуации характера, а не нежеланием учиться. Поэтому педагоги, особенно те, которые работают со студентами на первом курсе, следует выбрать более щадящие способы оценки знаний. Во-первых, первокурсники ещё не

успели адаптироваться к новым условиям, поэтому нет никакого смысла том, чтобы с первого дня засыпать их двойками. Во-вторых, боязнь совершить ошибку, и без того присущая тревожному типу, будет лишь развиваться, если знания студента сразу же будут оценены неудовлетворительно. В-третьих, дыбы сгладить неуверенность студентов в себе, можно организовывать различные публичные мероприятия, начиная с выступлений перед своей группой.

Вывод. Проблема, поставленная в этой работе, может быть решена, если ей будет уделено достаточное внимание. Сравнение акцентуации характера студентов Красноярского медицинского университета с акцентуациями характера студентов акцентуациями характера студентов Сибирского федерального университета показало, что наиболее часто встречающимся оказался тревожный тип акцентуации. На основе этих данных было предложено разработать ряд методов, которые минимизируют пагубное влияние данного типа акцентуации на учебный процесс, в том числе были предложены конкретные примеры оптимизации учебной деятельность. В целом, данное исследование имеет значение как для студентов, обучающихся на психологических факультетах, так и для тех, кто разрабатывает образовательные программы. Результаты исследования могут существенно увеличить процент усвоения учебного материала и обеспечить готовность к самостоятельной работе будущих выпускников, если будут встроены в процесс обучения.

Список литературы

1. Ахмедханов А.М. Взаимосвязь стратегий поведения в конфликтных ситуациях и акцентуаций характера студентов // Вестник Университета Российской академии образования. 2019. № 5. С. 77-83.
2. Бочкова Д.Б., Калашникова А.А., Ксенофонтова В.А., Усова Е.Н. Исследование акцентуаций характера у студентов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. № 5. С. 5-9.
3. Дегтярев В.П., Поздняков С.С. Акцентуации личности у студентов // Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8, № 12. С. 608.
4. Ройзман И.В. Акцентуации характера как Показатели, влияющие на адаптивность студентов. Текст : электронный // Наука и современность. 2014. № 30. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktsentuatsii-haraktera-kak-pokazateli-vliyaushchie-na-adaptivnost-studentov> (дата обращения: 29.08.2020).
5. Pazylova K.A. Investigation of psychological defense strategies in communication among high school students with different character accentuations // Молодой ученый. 2018. № 5-1. С. 67-69.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ 65-70 ЛЕТ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Д.Е. Кочурова, И.О. Кононенко

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

Аннотация. Ишемическая болезнь сердца занимает одно из ведущих мест по показателям распространенности и смертности, особенно среди лиц пожилого возраста. Высокие показатели тревожности в совокупности с ишемической болезнью сердца (ИБС) утяжеляют течение заболевания, оказывают неблагоприятное влияние на жизнь и развитие пожилого человека (Д.В. Андреева, 2016). В статье представлены результаты исследования тревожности у пожилых людей с ИБС и пожилых людей без ИБС. Выделена проблема, которая характерна для пожилого человека – профилактика тревожности в пожилом возрасте практически отсутствует, больной сосредотачивается вместе с доктором на лечении сердечно-сосудистой системы, своего больного сердца. Однако, таким пациентам всегда необходимо учитывать негативные факторы, влияющие на работу сердца и кровеносной системы, к которым относится повышенная тревожность. Необходимость профилактики тревожности у пациентов в возрасте 65-70 лет с ишемической болезнью сердца позволяют говорить об актуальности настоящего исследования.

Цель статьи – выявление прямой взаимосвязи высокого уровня тревожности у пациентов в возрасте 65-70 лет с ИБС.

Научная новизна исследования заключается в практической значимости проведенного исследования, результаты которого могут быть доведены до сведения пациентов с ишемической болезнью сердца. Для пациентов в возрасте 65-70 лет с таким диагнозом необходимы профилактические мероприятия повышенной тревожности с целью снижения негативного влияния на сердечно-сосудистую систему пациента.

Ключевые слова: ишемическая болезнь, уровень тревожности, пожилой возраст, корреляционная зависимость, психологическая помощь

Актуальность. Физиологические процессы организма в пожилом возрасте имеют свои особенности. Так, для пожилых людей характерны богатый жизненный опыт, накопленный за долгие годы, но и нарастающая физическая немощ. Организм пожилого человека подтачивают хронические заболевания, в нем начинается инволюционный процесс, возникающий в различных органах и тканях.

Для поведения многих пожилых людей характерна повышенная тревожность, характерная для их возраста.

«Тревожность проявляется в виде неприятного, часто смутного ожидания какого-либо неблагоприятного развития событий и протекает на фоне одного или нескольких соматических ощущений - например, чувства стеснения в груди, потливости, затрудненного дыхания, головокружения или дискомфорта в области желудка» (Хоняк Л.А., Королькова Л.В., 2020). Помимо этого тревожность характеризуется напряжением, беспокойством и нервозностью. Высокая личностная тревожность вызывает нарушение внимания и характеризуется устойчивой склонностью воспринимать большинство ситуаций как угрожающие и реагировать состоянием тревоги.

В пожилом возрасте человек быстро устает, часто сильно волнуется и испытывает беспокойство. И достаточно часто эти проявления относят к возрастным изменениям, не задумываясь о взаимосвязи испытываемых волнений пожилого человека и его сердечно-сосудистой системы. Нормальная работа сердца и кровеносных сосудов – это условие достаточно высокого качества жизни пожилого человека. Ведь эластичность кровеносных сосудов снижается с возрастом, а артериальное давление у пожилых людей обычно повышенное и любой стресс или сильный испуг, вызванный сильными эмоциями могут привести к ишемической болезни сердца и даже смерти. Возраст 65-70 – это возраст, когда человек, несомненно способен радоваться жизни, быть полезным для общества и своей семьи. Поэтому профилактика повышенной тревожности, пропаганда здорового образа жизни и оптимизация социальной ситуации пожилого человека – это необходимость в любом возрасте, а особенно в пожилом.

Постановка проблемы. В настоящее время обнаруживается противоречие между необходимостью соблюдения всех рекомендаций для больных с ИБС в возрасте 65-70 лет и возможностью и желанием пациентов вести здоровый образ жизни в целях снижения уровня тревожности. Пациенты с таким диагнозом не сосредотачиваются на состоянии тревожности, относя этот негативный фактор к форме течения своего заболевания. Однако, именно в такой ситуации необходима профилактика тревожности у пожилых людей.

Старение связано с различными физиологическими изменениями и прогрессирующим снижением физиологического гомеостаза, которые приводят к изменениям функций органов, функциональному упадку (Cilloniz C, Rodriguez-Hurtado D, Torres A., 2018). Возрастные изменения влияют на способность организма преодолевать внешние стрессы, в той или иной мере тревожность присутствует у всех пожилых людей в разной степени, и существует связь между степенью тревожностью и заболеваниями организма пожилого человека.

Интересно, что проводимые исследования зачастую отражают парадоксальные результаты. Несмотря на физическое разрушение возраста, пожилые люди на самом деле счастливее, чем молодые взрослые. Так считает новое исследование, опубликованное в журнале *Journal of Clinical Psychiatry*, в котором исследователи проанализировали данные, собранные из случайной выборки 1546 человек в возрасте от 21 до 99 лет в Сан-Диего (Oaklander Mandy, 2016). После телефонного интервью люди, участвовавшие в исследовании, заполнили длинный опрос, спрашивая об их физическом, когнитивном и психическом здоровье. Темы вопросов включали в себя, насколько они счастливы и удовлетворены жизнью, а также насколько они подавлены, встревожены или напряжены.

Авторы исследования изначально опирались на стереотип о том, что счастье и благополучие принимают U-образную кривую на протяжении всей жизни, опускаясь вниз в среднем возрасте, прежде чем медленно подниматься позже в старости. Но эту гипотезу проведенное исследование не подтвердило. Несмотря на то, что пожилые люди были физически более нетрудоспособны и имели больше когнитивных нарушений, чем молодые, что является естественным состоянием старения, в психологическом состоянии этих людей было выявлено значительно меньше проблем. Тестирование молодых людей в возрасте от 20 до 30 лет показало, что у них самый высокий уровень депрессии, тревоги и стресса, а также самый низкий уровень счастья, удовлетворенности и благополучия. Пожилые люди, как ни странно, были более счастливыми.

Проведенное исследование показало, что пожилые люди гораздо лучше умеют отмахиваться от мелких жизненных стрессоров и накапливать ценную вещь, называемую мудростью: быть эмоционально стабильными и сострадательными, знать себя и уметь принимать разумные социальные решения.

Именно такими должны быть пожилые российские граждане для того, чтобы противостоять внешним негативным факторам, сохранить здоровье и бодрость на долгие годы.

Публикации на российских научных изданиях отражают другую картину. Так, Л.И. Очирова в своем исследовании отмечает, что «для лиц пожилого возраста характерен высокий уровень личностной и общей тревожности. Исследование глубины переживания одиночества показало преобладание у испытуемых высокого уровня одиночества» (Очирова, 2017).

Специалисты исследуют причины повышенной тревожности пожилых граждан (Хоняк Л.А., Королькова Л.В., 2020). Авторы публикации отметили, что «среди пожилых людей имеется большое количество причин для переживания чувства одиночества. Наиболее частыми, из которых являются: выход на пенсию, уход с рабочего места, потеря близких друзей, отсутствие поддержки и одобрения среди близких людей, воз-

никающие заболевание, ограниченный круг общения, снижение уровня доходов, а также уменьшение жизненного тонуса».

Методы и материалы. В настоящей статье использованы общенаучные методы анализа, такие как обобщение, сравнение, синтез. Использован графический метод представления информации. Кроме того, использовано психологическое тестирование и метод корреляционного анализа.

Исследование проводилось на базе Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С.Карповича (кардиологическое отделение).

Выборка исследования представлена 10 пациентами кардиологического отделения в возрасте 65-70 лет с диагнозами: сердечная недостаточность, нарушение ритма сердца, безболевая ишемия миокарда и 10 пожилых людей в том же возрасте без диагноза ИБС.

В качестве методики для исследования уровня тревожности использовалась методика Спилбергера-Ханина (диагностика тревожности). Методика выбрана в связи с несколькими обстоятельствами: большинство из известных методов измерения тревожности позволяют оценить личностную тревожность, возможно просто наличие состояния тревожности. Но исследование проводилось в медицинском учреждении (что касается респондентов с диагнозом ИБС), поэтому можно предположить, что, несомненно, пациенты испытывают тревогу, находясь в больничной палате. А вот методика, предложенная Ч.Д. Спилбергером и адаптированная на русском языке Ю.Л. Ханиным позволит дифференцированно измерить тревожность и как личное свойство, и как состояние. Сам опрос включает 40 вопросов – рассуждений, 20 из которых предназначены для оценки уровня ситуативной и 20 – для оценки личностной тревожности.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало следующие результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Исследование респондентов по методике Спилбергера-Ханина

Респонденты с диагнозом ИБС	Показатель уровня тревожности	Респонденты без диагноза ИБС	Показатель уровня тревожности
1	45	1	36
2	72	2	45
3	30	3	42
4	51	4	44
5	61	5	31
6	59	6	30
7	67	7	35

8	49	8	46
9	42	9	33
10	70	10	37
Средний уровень	54,6	-	37,9

Данные таблицы 1 наглядно представлены на диаграмме ниже.

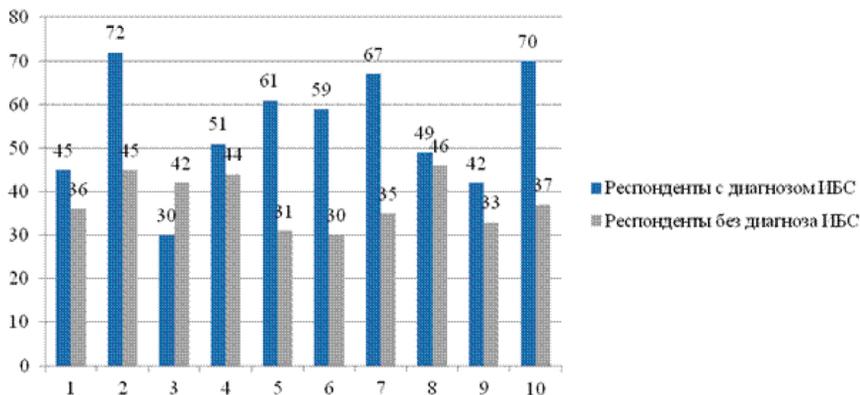


Рис. 1. Показатели уровня тревожности респондентов по методике Спилберга-Ханина

Как показал проведенный опрос, у пациентов с ИБС значительно выше уровень тревожности, чем у пожилых людей в том же возрасте, но без указанного диагноза.

Корреляционный анализ показал, что коэффициент корреляции близок к 1 со знаком «-». То есть можно говорить об очень тесной корреляционной связи между наличием заболевания и повышенным уровнем тревожности респондентов. У пожилых людей без диагноза ИБС показатель уровня тревожности находится на среднем уровне.

Обсуждение результатов. Полученные нами данные свидетельствуют, что у страдающих тревожными расстройствами в 2 раза выше риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Установлено, что наличие ряда психологических факторов (стресс, особенности личности, психические расстройства), провоцируют развитие ИБС как у здоровых людей, так и влияют на течение и прогноз уже существующей патологии.

Тревога приносит дискомфорт пациентам, а при сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями утяжеляет клиническую картину заболевания, затрудняет выздоровление, в значительной степени снижает качество жизни, работоспособность, трудоспособность больных, нарушает

социальное функционирование, является тяжелым аспектом для общества и семьи пациентов.

Вывод. Обобщая результаты исследования следует отметить необходимость разработки профилактических программ для пожилых пациентов с ИБС. В качестве таких профилактических мер следует предусмотреть прогулки на свежем воздухе, заботу и любовь близких и родных людей.

Список литературы

1. Андреева Д.В. Тревожность у пожилых людей, страдающих ишемической болезнью сердца // Студент. Аспирант. Исследователь. 2016. № 11 (17). С.107-114.
2. Очирова Л.И. Исследование тревожности лиц пожилого возраста // Казанский педагогический журнал. 2017. № 3 (122). С. 156-159.
3. Хоняк Л.А., Королькова Л.В. Особенности возникновения повышенного уровня тревожности у пожилых граждан // Повышение качества профессиональной подготовки специалистов социальной и образовательной сфер : сборник научных статей / Ред. кол. Е.Л. Михайлова [и др.]. Витебск, 2020. С. 217-220.
4. Cilloniz C., Rodriguez-Hurtado D., Torres A. Characteristics and management of community-acquired pneumonia in the era of global aging // Med. Sci. 2018. Vol. 30. P. 52-53. DOI: 10.3390/medsci6020035
5. Oaklander Mandy. Old People Are Happier Than People In Their 20s. Text: electronic // Journal of Clinical Psychiatry. 2016. URL: <https://time.com/4464811/aging-happiness-stress-anxiety-depression> (date of access: 11.11.2020).

УДК 159.9

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ И СТЕПЕНИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ Г. КРАСНОЯРСКА

И.К. Кузнецов, Н.Н. Вишнякова

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

Аннотация. В статье приводится описание эмпирического исследования уровня и степени переживания одиночества у студентов в период изоляции. Актуальность изучения феномена одиночества заключается в серьёзности его последствий, а именно трудности выхода из данного состояния и его влияния на адаптацию человека к определённой социальной среде, изучении мер, с помощью которых можно уменьшить процент населения, переживающего одиночество, в знании его закономерностей и причин. Показаны результаты исследования уровня субъ-

ективного переживания одиночества, причины переживания данного феномена, проанализированы результаты, указывающие на уровень одиночества среди респондентов, взаимосвязь между уровнем одиночества и его переживанием.

Ключевые слова: одиночество, причины одиночества, уровень одиночества, переживание одиночества

Актуальность. Одиночество – это очень распространённое и неприятное переживание, которое возникает, когда сеть социальных отношений человека значительно несовершенна как по качеству, так и по количеству. Это мощный, но малоизученный фактор риска и универсальный опыт (Salimi, 2013). Данный феномен в современной психологической науке понимается как отчужденность от внешнего мира (Э. Фромм) (Корехова, 2015). В «Психологической энциклопедии» под редакцией Р. Корсини и А. Ауэрбаха одиночество трактуется как: «Одиночество – деструктивная форма восприятия самого себя. Одинокий человек чувствует себя брошенным, забытым и ненужным» (Прохорова, 2011). Социологическая сторона данного феномена говорит не только о длительном пребывании вне социума, но и отсутствии контактов, которые приводят к состоянию одиночества. Необходимо различать феномен одиночества как состояние вынужденной изоляции и как стремление самой личности к некому результату (Корехова, 2015). Статистически, подростковая и студенческая среды являются наиболее одинокими. Неудачи в отношениях, юношеский идеализм, смена обстановки, проблемы в семье и на учебе могут стать причинами одиночества. Переживание этого феномена может иметь опасные последствия.

Хоть одиночество, как социальная, психологическая, философская категория не имеет четкого определения, тем не менее, многие исследователи подчеркивают, что одиночество имеет определённый «субъективный» контекст. Сегодня, потеря собственного «Я» и похожие проблемы выступают главными факторами в развитии различных, негативно сказывающихся на личности и группе, состояний, включая и одиночество, принимающее различные оттенки, борьба с которым представляется крайне трудной задачей, будь то стремление самой личности к изменениям в собственной жизни, или же вмешательство в решение данной проблемы экспертов-психологов. Следует сделать вывод о том, что одиночество принимает разные формы, которые зависят от соотношения в личности механизмов идентификации с кем или чем-либо и обособления себя.

Следует отметить, что феномен одиночества нельзя сводить лишь к социальной изоляции и отсутствию коммуникации. Современный человек может ощущать себя одиноким в любой обстановке. Актуаль-

ность данной проблемы связана с тем, что данный феномен может негативно влиять как на отдельного человека, так и на целые группы людей. Особенно это может отражаться в сегодняшней социально обстановке, связанной с пандемией. В данном исследовании мы придерживаемся понимания одиночества как субъективного состояния человека, вытекающего из ограничения социальных контактов, жизнедеятельности и удовлетворения социальных потребностей, вследствие вынужденного пребывания в изоляции. Известно, что самочувствие человека зависит от удовлетворения основных потребностей. Одной из таких потребностей, и, пожалуй, одной и самых главных для современного человека, является общение, не только с близкими и друзьями, но и различные социальные контакты, позволяющие человеку двигаться в любом ему понравившемся направлении и устраивать свою жизнь так, как он пожелает. Если человек, целенаправленно или же вынужденно, не удовлетворяет потребность в общении, которая ранее удовлетворялась сполна, в течение длительного периода времени, наступает чувство одиночества. Одиночество представляет собой сложную совокупность личностных и социальных факторов, тесно взаимодействующих друг с другом и образуя тем самым изучаемый нами феномен (Духновский, 2011).

В подобных исследованиях удалось выяснить, что причинами одиночества студентов чаще всего являются проблемы с самооценкой, неуверенность в себе, и, как следствие (или все же причина), сложности в общении. В качестве главной проблемы студенты выделяют отсутствие друзей, «не с кем поговорить», следовательно, существует осознанная потребность в контактах и общении. Страх попасть в ситуацию, в которой человек оказывается непонятым и непринятым, является одним из факторов, способствующих одиночеству. Также отмечалось, что одинокие студенты склонны проводить больше времени в социальных сетях, чем студенты, не испытывающие одиночества. Скорее всего, это связано со сложностями коммуникации в реальной жизни - как доказано большим количеством исследований интернет-общения, люди прибегают к социальным сетям от недостатка общения в реальной жизни (Иванищева, 2015; Иванченко, 2008; Любякин, 2016; Примаков, 2018).

Постановка проблемы. Поднятие проблемы одиночества у студентов во время карантина имеет важное значение, так как люди могут часто испытывают это чувство в условиях отсутствия контакта в реальной жизни, тесной взаимосвязи с другом, партнёром, им нужна поддержка, которую на данный момент оказать трудно, так как друзья и остальные знакомые, к которым студенты привыкли, находятся на карантине или самоизоляции. Человеку необходимо

поддерживать социальные контакты, например, посещать какие-либо заведения, чувствовать себя в компании, но развивающееся чувство одиночества и отчуждения от происходящего препятствует этому. Человек, намеренно лишивший себя привычных ему контактов или ограничивший себя от них, отдалённый от других людей, будь они ему близкие или обыкновенное его окружение, может получать некоторое удовольствие от пребывания в добровольном уединении. Вместо реального деструктивного чувства одиночества он будет ощущать спокойствие, которое нам так необходимо в современном информационном мире с бесконечными контактами, и возможно даже, обретёт возможность для духовного развития. Но, необходимо признать, что большинство случаев уединения человека обоснованы различными событиями извне, которые давят на человека, тем самым формируя отчуждение от того или иного общества или группы, вводя его в состояние фрустрации и, как следствие, в состояние одиночества.

Методы и материалы. Исследование проводилось в он-лайн формате с помощью Google-форм. Выборочная совокупность состояла из 24 человек, среди которых 20 девушек и 4 мужчины, которые являются студентами: Торгово-экономического института Сибирского Федерального Университета (ТЭИ СФУ), Юридического института Сибирского Федерального Университета (ЮИ СФУ) и Красноярского государственного медицинского Университета (КрасГМУ).

Для определения уровня субъективного переживания одиночества была использована методика С. В. Духновского «Шкала субъективного переживания одиночества» (СПО). Для определения уровня одиночества использовался диагностический опросник «Одиночество» С.Г. Корчагиной. Исследование взаимосвязи показателей по используемым шкалам проводилось с помощью методов математической обработки в программном обеспечении R.x.64. Для проверки нормальности распределения данных малой выборки использовался критерий Шапиро-Уилка.

Результаты исследования. Критерий Шапиро-Уилка в программном обеспечении R.x.64 показал, что распределение данных выборки не соответствуют нормальному распределению.

Корреляционный анализ выявил довольно высокую (0,742) положительную взаимосвязь между уровнем одиночества и субъективным переживанием одиночества.

В таблице 1 представлены результаты исследования уровня и переживания одиночества (количество людей в % и распределение по группам).

Результаты исследования уровня и переживания одиночества

Уровень одиночества		Субъективное переживание одиночества	
глубокое переживание актуального одиночества	58%	низкий уровень	4,6%
неглубокое переживание возможного одиночества	42%	средний уровень	58,3%
		высокий уровень	41,6%

Обсуждение результатов. В ходе изучения полученных результатов по шкалам СПО были выявлены 3 группы студентов:

1. низкий уровень переживания одиночества – 1 человек (1-3 стенов);
2. средний уровень переживания одиночества – 15 человек (3-7 стенов);
3. высокий уровень переживания одиночества – 8 человек (8-10 стенов).

Вероятные причины переживания феномена одиночества (по данным шкалы СПО) показывают, что наиболее часто встречающимися ответами в данном исследовании являются:

- отсутствие человека, с которым можно посоветоваться (16%);
- ощущение, что близкие люди не понимают (16%);
- ощущение равнодушия других (24%);
- чрезмерное погружение в собственные мысли (20%);
- чувство «отчуждения» от происходящего (36%).

Проанализировав результаты теста на «уровень одиночества» были выявлены следующие группы:

1. глубокое переживание одиночества;
2. неглубокое переживание одиночества.

Следует отметить, что 58% респондентов глубоко переживают актуальное одиночество. Это говорит о том, что в данный период жизни они испытывают хроническое состояние одиночества, которое воспринимается как негативный аспект и в целом может препятствовать как развитию личности, так и нарушая, например, когнитивную деятельность, или выражаться в физиологических реакциях.

Психологи выделяют следующие проявления и критерии переживания одиночества:

1. внешние: отсутствие близких отношений; отсутствие доверительного общения; ограниченный круг общения; закрытость, сарказм, склонность избегать конфликтных ситуаций.
2. внутренние: хроническая усталость; неудовлетворенность жизнью; ощущение ненужности; пессимизм; неумение жить настоящим.

Вывод. Обобщая результаты исследования можно сделать вывод о том, что одиночество, в некоторых случаях, может быть полезно как

средство лечения души, восстановления своей самости, условием для самосовершенствования. Но в сегодняшней социальной ситуации это одиночество может навредить человеку и сейчас это представляет собой серьёзный фрустрирующий фактор. У таких людей снижен тонус, для них характерна усталость, инертность, уменьшенный ресурс сил. Следовательно, понижено качество жизни не только психологическое, но и физиологическое. В отношениях таких людей отмечается скромность, явно мешающая им, застенчивость, скептицизм, потребность в доверии и признании. Множество исследований показывают, что в условиях длительной изоляции, в след за состоянием одиночества, могут развиваться нарушения психической деятельности: развитие депрессии, реактивных психических состояний, нарушение когнитивных процессов. Также одиночество зависит не только от количества, но и от качества социальных связей. Да, одиночество может иметь положительные стороны, такие как возможность отдохнуть от кого или чего-либо, возможность поиска себя, которые дают шанс принимать жизнь такой, какой она есть. Но, в большинстве случаев, если рассматривать одиночество, то всё же оно вызывает раскол между реальными отношениями с окружающей средой и имеющейся на данный момент ситуацией и собственным мировосприятием человека и его системой отношений.

Исходя из результатов математического анализа, мы можем сделать вывод о том, что существует довольно высокая взаимосвязь (0,742) между уровнем одиночества и субъективным переживанием одиночества. Качественный и количественный анализ проведенных методик выявил, что большинство исследуемых чувствуют себя одинокими, что говорит о значимости данной проблемы и о необходимости дальнейшей работы в её исследовании, а также разработки профилактических мероприятий по предостережению различных слоёв общества и возрастных групп от данного состояния.

Список литературы

1. Духновский С.В. Диагностика межличностных отношений. Психологический практикум. СПб. : Речь, 2009. 141 с.
2. Иванищева А.С., Сыманюк Э.Э. Влияние феномена одиночества на преодоление адаптационных трудностей у студентов колледжа // Педагогическое образование России. 2015. № 11. С.109-114.
3. Иваченко Г.В. Покровский Н.Е. Универсум одиночества социологические и психологические очерки. М. : Университетская книга: Логос, 2008. 425 с.
4. Корехова М.В. Психология и современный мир: материалы Всероссийской научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, (Архангельск, 23 апреля 2015г.). Выпуск 8, ч. 1. Архангельск : ИД САФУ, 2015. 306 с.
5. Любякин А.А., Оконецникова Л.В. Исследование одиночества у студентов // Педагогическое образование России. 2016. № 2. С. 149-156.

6. Примаков В. Л., Саутина Е. Г. Одиночество студенческой молодежи как социальный феномен // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Общественные науки. 2018. № 1. С. 244-254.

7. Salimi A., Bozorgpour Percieved F. Social Support and Social-Emotional Loneliness // Procedia - Social and Behavioral researches. 2012. Vol. 69. P. 2009-2013. DOI: 10.1016/j.sbspro.2012.12.158

УДК 159.9.072

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

А.Е. Куковякина, Ю.В. Живаева

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

Аннотация. В статье представлено описание исследования возможностей психологического сопровождения формирования профессиональной направленности подростков в период пандемии COVID-19. Цель исследования - исследование возможностей психологического сопровождения формирования профессиональной направленности подростков в период пандемии COVID-19. Достаточно часто абитуриент университета сталкивается с тем, что при поступлении в ВУЗ не учитывается тот комплект психологических характеристик, который определяет уровень успешности обучения и формирование устойчивой профессиональной направленности личности. Очень важен и значителен индивидуальный, личный подход к каждой личности и использование профориентационных возможностей учебного процесса. Интерес к проблеме усиливается в том случае, когда затрагиваются вопросы и аспекты психологической адаптации студентов в новых социально-экономических условиях и новых системах образования, а также изучение личностных процессов, связанных с проблемой формирования профессионального самоопределения. К вышеперечисленной проблеме 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 и обучаясь на будущего и востребованного специалиста.

Ключевые слова: профессиональная направленность, профессиональное самоопределение, субъективное качество выбора, общеобразо-

вательное учреждение, ВУЗ психологическая адаптация, стратегия выбора, личность, подростковый возраст, психология выбора.

Актуальность. В период обучения в общеобразовательном учреждении каждому старшекласснику необходимо выполнить важный жизненный выбор, который определит его дальнейшее образование и будущую профессиональную карьеру, а это достаточно сложный и трудный выбор, который самостоятельно выпускник сделать не может или способен выполнить, но сталкивается с рядом трудностей.

Постановка проблемы. В настоящее время, в период пандемии COVID-19 наиболее актуальным и важным является становление профессиональной деятельности, когда подростки находятся на дистанционном обучении. Дистанционное обучение имеет недостаток, который заключается в том, что обучающиеся лишены «живого общения» со сверстниками, а также не имеют возможности психологического сопровождения формирования профессиональной направленности подростков. В связи с этим особенно важным становится следующая задача, которая заключается в том, чтобы подготовить учеников к самостоятельному, продуманному и осознанному выбору.

Профессиональная направленность имеет несколько разновидностей направленности личности.

Профессиональное самоопределение заключается в том, что происходит формирование объективной и субъективной позиции к происходящей ситуации. Абитуриент задается множеством вопросов. Например: куда пойти учиться после окончания школы, гимназии или лицея? Какую профессию выбрать, чтобы быть востребованным специалистом? Как и куда трудоустроиться? Каковы материальные возможности, которые могли бы удовлетворить личность? Для того чтобы решить такую задачу, нужно соотнести и оценить свои возможности и силы.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе средней общеобразовательной школе № 13, г. Красноярск.

Для реализации цели были использованы следующие методы сбора эмпирических данных: наблюдение, беседа, анкетирование, диагностические мероприятия. Анкета «Профессиональная направленности» (анкета Голланда), анкета «Ориентация», методика экспресс - оценки профессиональных возможностей личности «Шесть рек», методика «Субъективное качество выбора» (СКВ) для диагностики качественных особенностей выбора профиля обучения, проективная методика - эссе «Какую профессию я выбираю».

Выборка исследования представлена учениками десятых классов в количестве 48 человек, средний возраст составил 16-18 лет.

Результаты исследования. По методике «Анкета профессиональной направленности» были получены следующие результаты.

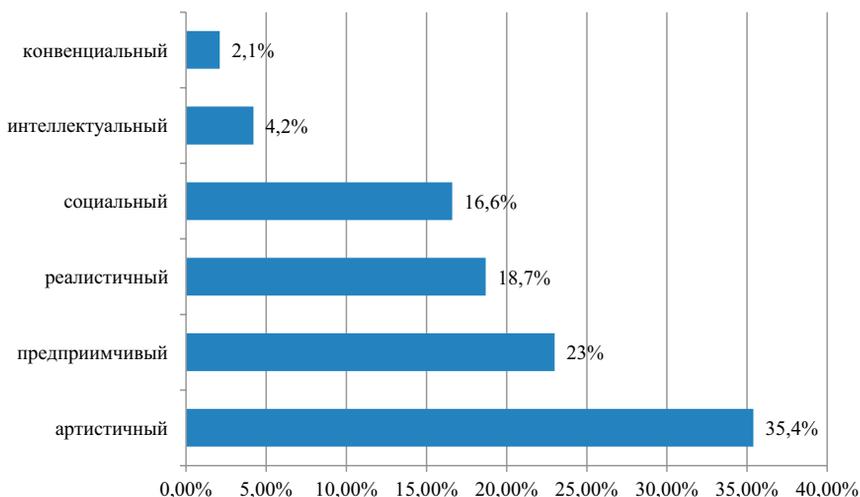


Рис. 1. Результаты исследования по методике «Анкета профессиональной направленности»

Для 35,4% (17 чел.) учеников больше всего характерен «Артистический тип личности». Такой тип личности можно охарактеризовать следующим образом: развитое воображение и интуиция, независимость, гибкость мышления, развитым восприятием. Данный тип личности в первую очередь, ориентирован на эмоции и чувства, самовыражение и творческие занятия.

Предприимчивым типом личности обладают 23% (11 чел.) учащиеся. Для такого типа личности характерны: энергия, импульсивность, энтузиазм, предприимчивость, агрессивность, готовность к риску, оптимизм и уверенность в себе. Кроме того, такие личности могут быть лидерами в коллективе, занимать руководящую должность. В профессиональной среде ориентированы на решение задач, общение с представителями различных типов в различных ситуациях, которые требуют умения разбираться в мотивах поведения других людей.

Для 18,7% (9 чел.) исследуемых, для которых характерен «Реалистичный тип личности» свойственны: активность, агрессивность, настойчивость, рациональность, аналитический склад ума, развитая мелкая моторика и пространственное воображение. Такая личность выбирает тот тип деятельности, которая может быть направлена на получение конкретного и точного результата.

Для 16,6% (8 чел.) старшеклассников характерен «Социальный тип личности». Данный тип личности способен к эмпатии, зависимости от окружающих и общественного мнения, способны решить проблему с помощью ближайшего окружения. Ориентированы на общение с людьми, установление контактов с окружающими, стремление учить и воспитывать.

Интеллектуальный тип личности выявлен у 4,2% (2 чел.) исследуемых. Для такой личности характерны: независимость и оригинальность суждений, гармоничное развитие языковых и математических способностей, критичность, любознательность, склонность к фантазии, низкая физическая активность.

Для 2,1 % (1 чел.) учеников присущ «Конвенциональный тип личности». Для него характерны способности к обработке логической и математической информации, консерватизм и высокий уровень подчиняемости.

Кроме того, по методике анкета «Ориентация» были получены следующие результаты.

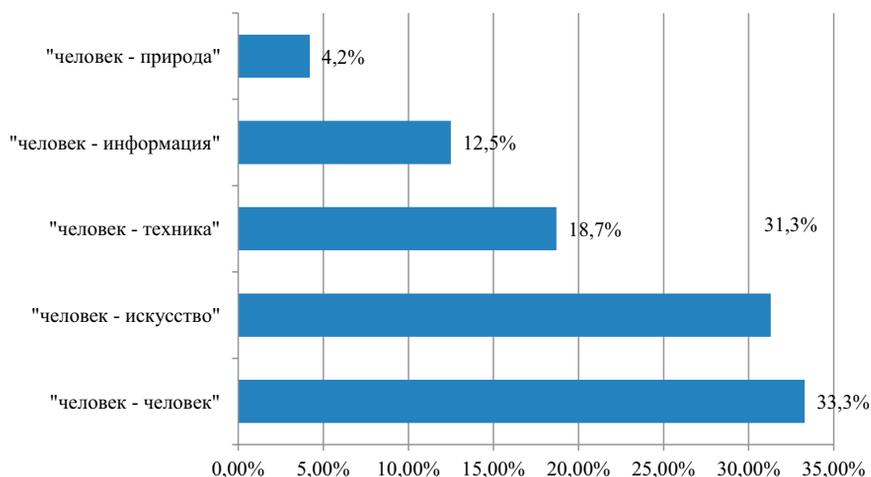


Рис. 2. Результаты исследования по методике Анкета «Ориентация»

Для 33,3% (16 чел.) учеников характерна сфера работы с людьми. Сфера работы с людьми, а именно «человек - человек» характеризуется тем, что такие личности общительные, доброжелательные, отзывчивые, отличаются чувством такта, воспитанностью, обладают развитой речью, склонны к эмпатии.

Кроме того, для 31,3% (15 чел) исследуемых характерна сфера деятельности типа «человек - искусство». Данная сфера деятельности за-

ключается в том, что специалисты – это творческие люди, которые могут быть ориентированы на самовыражение. Профессиональной средой может быть искусство и все его разновидности.

Также у 18,7% (9 чел.) старшеклассников характерна деятельность типа «человек – техника». Профессия заключается в том, что основной труд направлен на технические объекты. Техническими объектами могут выступать как машины, так и различные виды энергии.

Для 12,5% (6 чел.) характерен тип профессии «человек - информация». Личность данного типа отличается чрезмерной аккуратностью, перфекционизмом и педантичностью. Выбирают специальности, связанные с финансовой деятельностью.

Сфера деятельности «человек - природа» характерна для 4,2% (2 чел.) исследуемых. Такую личность отличает любовь к природе. Наиболее подходящий вид деятельности: работа ботаником.

По методике «Шесть рек» были получены результаты.

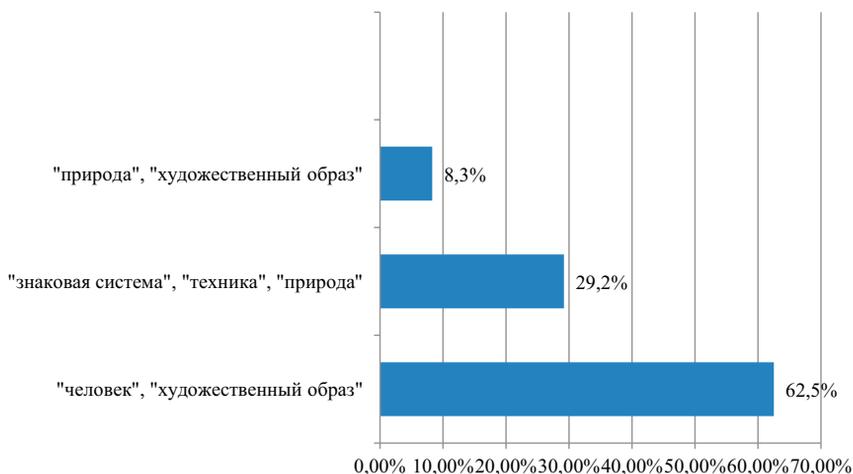


Рис. 3. Результаты исследования по методике «Шесть рек»

Для 62,5% (30 чел.) старшеклассников рекомендованы профессии «человек», «художественный образ». Этот тип характера находится в приподнятом настроении, оптимистически относится к своему будущему, довольно часто переоценивают свои возможности. Личности, ориентированные на данный тип профессии так же характеризуются меняющимся настроением, зависимостью поведения от текущей ситуации. Могут нравиться окружающим, производить положительное впечатление на

людей, способны легко вступать в контакт с незнакомыми людьми, могут поддерживать контакты с широким кругом людей.

Для 29,2% (14 чел.) исследуемых рекомендованы профессии «знаковая система», «техника» и «природа». Представители отличаются неуверенностью в себе и своих возможностях, частыми колебаниями в принятии решения и сомнениями в его правильности, склонны к пониженному настроению, пессимистически оценивают свои перспективы, предъявляют к себе завышенные требования, доделывают начатые дела, а также преданы своим близким и своему делу.

Для 8,3% исследуемых (4 чел.) следует выбирать профессии «природа», «художественный образ». Для данного типа личности характерны импульсивные действия, способность действовать быстро, склонны к дискуссиям и соперничать с другими людьми.

После проведения методики «Субъективное качество выбора», мы получили следующие результаты.

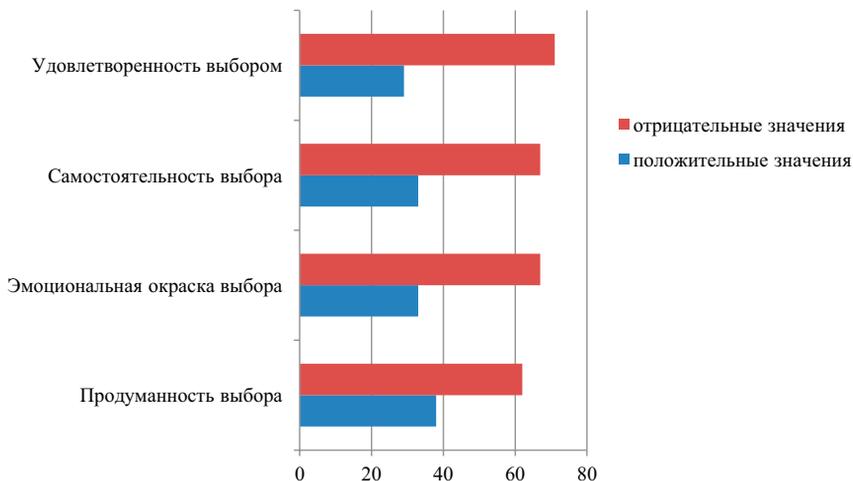


Рис. 4. Результаты исследования по методике «Субъективное качество выбора»

По шкале «Продуманность выбора» выявлено, что 38% исследуемых получили положительные значения, 62% - значения отрицательные.

По шкале «Эмоциональная окраска выбора» выявлены положительные значения у 33% старшеклассников, у 67% оказались отрицательные значения.

Шкала «Самостоятельность выбора» показала, что положительные результаты у 33% исследуемых, отрицательные - 67%.

По шкале «Удовлетворенность выбором» были получены следующие показатели: для 29% исследуемых характерны положительные значения, для 71% - отрицательные.

Обсуждение результатов. Исходя из вышеизложенных результатов, можно говорить о том, что каждому типу личности соответствует разный тип профессий и разная сфера деятельности. В случае, если человек выбирает профессию, соответствующую типу его личности, он способен достичь больших и высоких успехов и получить удовлетворение от работы. Если человек выбирает тот вид деятельности, который доставляет ему проблемы и не симпатизирует ему, личность будет пребывать в состоянии неудовлетворенности и плохом настроении. Все исследуемые нами старшеклассники отнесены к представителям типа «человек», «человек-техника», «человек – знаковая система», «человек – природа».

Вывод. Обобщая результаты проведенного исследования, нами было обнаружено, что выбор профиля обучения делался без особой включенности и мотивации. Выбор профиля обучения личности делался опрошенными под давлением значимой ситуации. Кроме того, для исследуемых характерна неудовлетворенность сделанным выбором и сомнениях в его правильности.

Таким образом, стоит особое внимание обратить на то, что в сегодняшний момент, в период пандемии COVID-19 наиболее важным является становление профессиональной деятельности, когда подростки находятся на дистанционном обучении.

Список литературы

1. Алишев Н.В., Широков В.Д. Общие основы построения исследования // Профориентация и профотбор молодежи на рабочие профессии. М., 1987. 167 с.
2. Вачков И. В. Как подготовиться к тренингу // Школьный психолог. 2005. С.183.
3. Вачков, И. В. Методы психологического тренинга в школе. Курс лекций // Школьный психолог. 2004. С.164.
4. Битянова М.Р. Система развивающей работы школьного психолога. Курс лекций. Лекция седьмая. Психологический тренинг как форма развивающей работы // Школьный психолог. 2004. С. 175.
5. Кочетов А.И. Перевоспитание подростка : метод. пособие для студентов очной формы обучения. М.: МПСИ, 2001. 82 с.
6. Левин К. Динамическая психология: Избранные труды. М.: Смысл, 2001. 72 с.
7. Смирнова Ю.М., Живаева Ю.В. Психологическое сопровождение профессионального самоопределения учеников старшего подросткового возраста // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы II международной науч.-практ. конф. Красноярск : Версо, 2015. С. 222-226.
8. Смирнова Ю.М., Живаева Ю.В. Програма психологического сопровождения профессионального самоопределения учеников старшего школьного возраста // Психологическое сопровождение образования: теория и практика: материалы II международной науч.-практ. конф.на основе интернет форума. Йошкар-Ола : МОСИ, 2015. С. 395-397.

9. Смирнова Ю.М., Живаева Ю.В., Стоянова Е.И. Тренинг как средство психологического сопровождения становления профессиональной направленности детей подросткового возраста // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы III международной науч.-практ. конф. Красноярск: Версо, 2016. С. 458-462.

10. Klochko V.Y. Modern Psychology: Systems Meaning of a Paradigm Shift // Psychology in Russia: State of the Art / Ed. by Y.Zinchenko & V.Petrenko. Moscow: Department of Psychology MSU & IG-SOCIN, 2008. P. 25-35.

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ СЕБЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ ЛЮДЬМИ РАЗНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ

Е.А. Лаевская, Е.И. Стоянова, Ю.В. Живаева

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

Аннотация. Восприятие себя и социального окружения – эта проблема встает перед человеком, стремящимся эффективно взаимодействовать с другими людьми. Наши представления об окружающем мире могут весьма значительно влиять на нас, и каждодневный опыт подтверждает это. Иногда поведение, мысли и чувства другого человека удивляют нас; но если мы хорошо знаем кого-либо, мы думаем, что сможем предсказать его действия, мысли и чувства в типичных ситуациях. В некотором смысле, люди внимательно наблюдают за поведением своих друзей и знакомых и открывают правила, по которым они действуют, этой способностью обладают не только взрослые, но и дети. Цель исследования – изучение особенностей восприятия себя и социального окружения.

Ключевые слова: особенности самовосприятия, восприятие социального окружения, социальная перцепция

Актуальность. Актуальность исследования продиктована необходимостью изучить восприятие людьми друг друга, взаимовлияние человека и общества. Известно, что современное общество в период бурных социальных изменений особенно явно дает увидеть происходящие в нем перемены. Степень изученности теории и практики социального познания, в том числе, и проблемы восприятия себя и социального окружения можно проследить в работах разных авторов, как правило, зарубежных. Начиная с работ американского психолога Дж. Брунера, социальное восприятие трактуется именно как социальное познание, поскольку акцент делается на особенно-

сти процесса категоризации социальных объектов, служащей средством не только восприятия, но интерпретации поведения другого человека. (Андреева, 2017). Первые обзорные работы по психологии социального познания появились с начала 70-х г.г. В настоящее время имеется довольно обширная литература по проблемам этой области знания. В качестве специального раздела она включена во все учебники и руководства по социальной психологии, начиная с 80-х гг. Недостаточная изученность проблемы социального познания в отечественной науке очевидна. Так, известны работы В. И. Мясищева «Психология отношений» (Мясищев, 1995), А. А. Бодалева «Восприятие человека человеком» (Бодалев 2011), Г. А. Андреевой «Социальная психология» (Андреева, 2017) и др. Разработку проблемы социальной перцепции в отечественной науке начал освещать А. А. Бодалев.

Постановка проблемы. Социальная перцепция - одна из центральных проблем социальной психологии, если учесть регулятивную роль в поведении человека, его умозаключений, представлений об окружающем мире, других людях, самом себе. Исследование познания человека человеком ограничивается изучением эффекта кратковременной экспозиции. Исследовались различные эффекты, к которым относится открытый в 1907 г. Уэллсом и названный Э. Торндайком эффект «ореола» (распространение одного качества, «окрашивание» им всех остальных) (Андреева, 2017).

Термин «социальная перцепция» ввел американский психолог Джером Сеймур Брунер для обозначения факта социальной обусловленности восприятия, его зависимости не только от характеристик стимула — объекта, но и прошлого опыта субъекта, его целей, намерений, значимости ситуации и т. д. Позже под социальной перцепцией стали понимать целостное восприятие субъектом не только предметов материального мира, но и так называемых социальных объектов (других людей, групп, классов, народностей и т. д.), социальных ситуаций и т. п. Было установлено, что восприятие социальных объектов обладает рядом специфических черт, качественно отличающих его от восприятия неодушевленных предметов.

В настоящее время имеется довольно обширная литература по проблемам этой области знания. Наиболее фундаментальный труд – С. Фиске и Ш. Тэйлор «Социальное познание» (Fiske, Taylor, 1994) (Андреева, 2017).

С целью выявления взаимосвязи между самовосприятием и восприятием людьми разных психологических типов было проведено эмпирическое исследование, объектом которого были избраны студенты 2 курса Сибирского федерального университета. Выборку составило – 31 человек, из них 15 юношей, 16 девушек в возрасте от 18-20 лет.

В процессе исследования были использованы методики:

1. Опросник Майер-Бригс.
2. Опросник «Оценка окружающих людей по степени выраженности одного из двух полярных качеств».

3. «Автопортрет».

4. Коэффициент ранговой корреляции (rs) Спирмена.

Целью методики «Опросник Майерс-Бригс» было выявление психологического типа личности.

Для исследования оценки окружающих людей была применена разработанная авторами методика «Оценка окружающих людей по степени выраженности одного из двух полярных признаков».

Методика «Автопортрет». Испытуемым было предложено нарисовать свой автопортрет, как они представляют себя в окружающем мире.

Из 15 опрошенных юношей позитивная оценка окружающих людей выявилась у 5 человек, у остальных 10 человек выявилось невыраженное отношение к окружающим людям, а из 16 опрошенных девушек позитивная оценка окружающих выявилась у 10 человек, у 6 – выявилась невыраженное отношение к окружающим. Ссылаясь на приведенные ранее данные, можно говорить о том, что женщины склонны оценивать окружающих людей более позитивно, чем мужчины. В исследованиях гендерной психологии подтверждается, что женщины лучше выражают свои эмоции и более восприимчивы к чувствам окружающих (эмпатичны), чем мужчины. Мужчины же более сдержанны и в отношении выражения своих эмоций. При межличностном восприятии выявляется эффект снисходительности, который заключается в том, что все люди оцениваются положительно, люди чаще стремятся использовать позитивные оценки, чем негативные, при этом у женщин данное свойство более выражено.

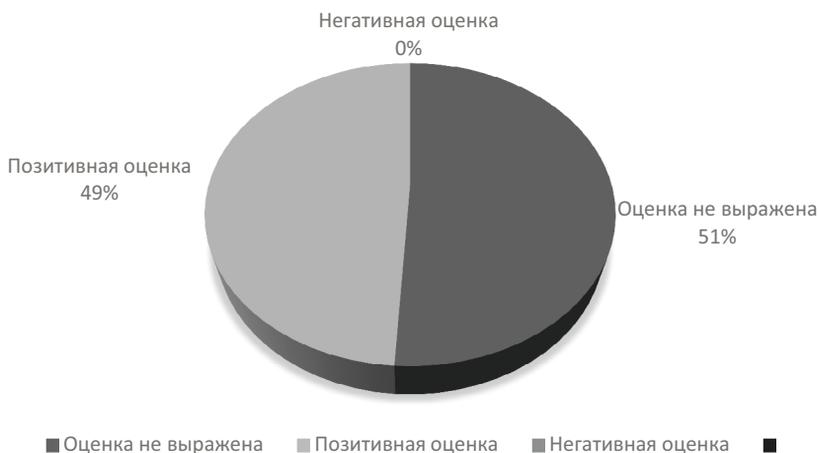


Рис.1. Оценка окружающих людей по опроснику «Оценка окружающих людей по степени выраженности одного из двух полярных качеств»

Как видно на рис 1, процент невыраженной оценки окружающих людей выше, чем позитивной оценки окружающих людей, негативной оценки в данном исследовании не обнаружено. Это свидетельствует о том, что наши испытуемые склонны оценивать окружающих людей невыраженной или позитивной оценкой. Также можно предположить, что «срабатывает» механизм проекции. Социальным психологам известно, что мы хотим выглядеть лучше, чем есть и, оценивая других позитивно, мы тем самым проецируем свое состояние или предполагаемое нами отношение окружающих людей к нам. Как видно из рис.1, негативных оценок не было выявлено, что вполне согласуется с описанным выше утверждением.

В ходе исследования определено, что 19 испытуемых относятся к интуитивным интровертам. По типологии К. Г. Юнга, интровертная интуиция направлена на содержание бессознательного. Часто оказывается так, что реальность для интуитивных интровертов совершенно не существует, они находятся в бесплодных фантазиях. Интровертные интуитивы имеют смутное представление о подробностях «реального» мира. Их интуиция направлена вовнутрь, они имеют творческий потенциал, их можно обнаружить среди поэтов, художников, они являются двигателями культуры и ее воспитателями.

По методике «Оценка окружающих людей по степени выраженности одного из двух полярных признаков» средний балл оценки окружающих у интуитивных интровертов соответствует позитивной оценке окружающих. В общении данный тип остается беззаботными, представители этого типа не отягощены «детальями» реального мира, поэтому в своих фантазиях воспринимают окружающих положительно, что и подтвердили описанные выше данные.

Эмоциональных интровертов выявилось 6 испытуемых. У данного типа также выявилась позитивная оценка окружающих людей. Это можно объяснить тем, что у людей данного типа субъективная ценностная система в большинстве случаев осуществляет положительное влияние на свое окружение, а также не только влияние, но и восприятие окружающих людей объективно.

Сенсорных экстравертов выявилось 4 человека, имеющих невыраженную оценку окружающих людей. Это можно объяснить тем, что общение поглощает представителей данного типа и они не в состоянии выразить свое отношение к окружающим (положительное или отрицательное).

Мыслительных интровертов выявилось 2 человека, имеющих позитивную оценку окружающих, что можно объяснить их устойчивостью к мнению окружающих. Они имеют независимое мышление, тем самым сохраняя положительное отношение.

Данные, приведенные в таблице 1, отражают результаты методик «Опросник Майер-Бригс», «Оценка окружающих людей по степени вы-

раженности одного из двух полярных качеств». В столбце «Оценка окружающих людей в баллах» приведены «сырые» данные по представленной ранее методике, в столбце «Индивидуальные значения показателя типа личности» приведены данные каждого испытуемого по «Опроснику Майер-Бригс». В данном опроснике отображены данные каждого из 8 предпочтений, которые представлены в виде букв, каждой букве соответствует определенное числовое значение. Результаты будут использованы в дальнейшем для подсчета коэффициента ранговой корреляции (rs) Спирмена как метода статистической обработки полученных данных. Проведенный корреляционный анализ между выявлением типа личности и оценкой окружающих людей, показал наличие незначимой и отсутствие взаимосвязи между ними (N=31; при $p=0,05$; $r=0,34$). Результаты данного исследования представлены в таблице 2.

Таблица 1

**Результаты корреляции между шкалами МВТИ
и оценкой окружающих людей**

ШКАЛЫ МВТИ	E	S	T	J	I	N	F	P
Корреляция Спирмена (rs)	0,34	-0,14	0,1	-0,08	-0,224	0,28	-0,32	0,16

Согласно общей классификации корреляционных связей, наблюдается умеренная корреляция между шкалами «оценка окружающих людей» и «экстраверсия», данная характеристика отражает проявление энергии, предпочтение брать энергию из окружающего мира людей, деятельностей или вещей. Данные, представленные ранее, говорят о том, что, положительно оценивая окружающих, испытуемые стремятся к общению, берут энергию из окружающего мира. Можно отметить такой факт: чем выше шкала «экстраверсия», тем позитивнее шкала «оценка окружающих людей».

Выявлены коэффициент корреляции (rs) эмпир.=0,34 (N=31; при $p=0,05$) по шкале «экстраверсия» и коэффициент отрицательной корреляции (rs) эмпир = -0,224 по шкале «интроверсия». Это объясняет то, что шкала «экстраверсия» ведет к отчужденности субъекта от самого себя, к принижению личностной значимости явлений его субъективного мира, субъект берет энергию из окружающего мира, хотя характеристика шкалы «интроверсия» наоборот предполагает ориентацию на собственный внутренний мир, предпочтение получения энергии из своего внутреннего мира.

Выявленная отрицательная корреляция между шкалами «ощущение» и «оценка окружающих людей» объясняет то, что испытуемые не склонны воспринимать окружающих и поступающую от них информацию, опираясь только на свои ощущения.

Выявленная незначимая корреляция между шкалами «интуиция» и «оценка окружающих людей» объясняет то, что испытуемые в меньшей степени сосредоточены на будущем, ориентируясь на ожидаемые результаты, можно предположить, что свои будущие достижения они не связывают с окружающими людьми.

В шкалах «ощущение» и «интуиция» общая функция – уделение внимания ощущение получает информацию посредством пяти органов чувств, в шкале «интуиция» - предпочтение вбирать в себя информацию «шестым чувством». Отрицательная корреляция по шкале «ощущение» (rs)эмпир.= -0,14, соответствует незначительной корреляции по шкале «интуиция» (rs)эмпир.= 0,28.

Выявленная незначимая корреляция между шкалами «мышление» и «оценка окружающих людей» говорит о том, что при оценке окружающих людей испытуемые в меньшей степени руководствуются логикой, и при анализе своего отношения к окружающим, они принимают решение не логическим путем.

Выявленная отрицательная корреляция между шкалами «чувство» и «оценка окружающих людей» объясняет то, что при восприятии окружающих людей они не склонны опираться на свои личные взгляды.

В шкалах «размышление» и «чувство» общая функция – принятие решений, размышление организует и структурирует информацию, чтобы принимать решение логическим путем, чувство организует и структурирует информацию, чтобы принимать лично значимые решения.

Незначительная корреляция по шкале «размышление» (rs)эмпир.= 0,1 соответствует отрицательной корреляции по шкале «чувство» (rs)эмпир.= -0,32.

Выявленная отрицательная корреляция по шкале «суждение» свидетельствует о том, что испытуемые не склонны оценить определенно и точно окружающих людей.

Выявленная незначимая корреляция между шкалами «восприятие» и «оценка окружающих людей» предполагает, что при восприятии других людей у испытуемых «срабатывают» стереотипы и установки, а также проявляется когнитивная ригидность, которая предполагает трудность перестройки восприятия в изменившейся ситуации.

В шкалах «суждение» и «восприятие» общая функция - образ жизни, «суждение» - в предпочтении вести спланированный образ жизни, «восприятие» - предпочтение вести спонтанный образ жизни.

Отрицательная корреляция по шкале «суждение» (rs)эмпир.= -0,08 соответствует незначительной корреляции по шкале «восприятие» (rs)эмпир.= 0,16: чем выше «восприятие» (при $n=31$; $p=0,05$), тем ниже «суждение». Такую закономерность можно проследить и в приведенных ранее шкалах.

Особенности взаимосвязи между исследуемыми характеристиками

Установленная взаимосвязь	n (количество испытуемых)	Корреляция r	
		Эмпири- ческая	Критиче- ская
Между шкалами «оценка окружающих людей» и «экстраверсия»	31	0,34	0,36 при p=0,05

Проведенное исследование показало:

1. Отсутствие взаимосвязи между шкалой «оценка окружающих людей» и такими характеристиками шкал, как «интроверсия», «ощущение», «интуиция», «размышление», «чувство», «суждение» и «восприятие».

2. Наличие определенной взаимосвязи между шкалами «оценка окружающих людей» и «экстраверсия».

3. На основании результатов можно сделать вывод о том, чем выше шкала «экстраверсия» тем, позитивнее оценка окружающих людей. Выявленный коэффициент корреляции между шкалами «экстраверсия» и «оценка окружающих людей» говорит о том, что преобладание шкалы «экстраверсия» над другими шкалами существенно. При описании характеристик важно отметить следующее: чем больше выражен один признак, тем меньше наблюдается выраженность другого признака, это объясняет полярность данных шкал. Явно выраженный значительный коэффициент корреляции по шкале «экстраверсия» показывает отрицательную корреляцию по шкале «интроверсия». В шкалах «ощущение» и «интуиция» шкала «ощущение» имеет отрицательную корреляцию, «интуиция» - незначительную корреляцию. В шкалах «размышление» и «чувство» шкала «размышление» имеет незначительную корреляцию, а «чувство» - явно выраженную отрицательную корреляцию. В шкалах «суждение» и «восприятие» шкала «суждение» имеет отрицательную корреляцию, «восприятие» - незначительную. Приведенные выше результаты говорят о достоверности проведенного корреляционного анализа.

Список литературы

1. Андреева Г.М. Идентичность с окружающей средой. Психология социальных ситуаций. СПб. : Питер, 2001. 267 с.
2. Андреева Г.М. Социальная психология. М. : Аспект-пресс, 2017. 363 с.
3. Артеменков С.Л., Шукова Г.В., Миронова К.В. Зрительное восприятие симметрии как фактор эстетического переживания // Экспериментальная психология. 2018. Т. 11, № 1. С. 166-177.
4. Барабанщикова В.А., Королькова О.А. Восприятие экспрессии «живого лица» // Экспериментальная психология. 2020.Т. 13, № 3. С. 55-73.

5. Бодалев А.А. Психология общения. Энциклопедический словарь. М.: Когито-центр, 2011. 600 с.
6. Куницина В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение. СПб. : Питер, 2002. 383 с.
7. Майерс Д. Социальная психология. СПб. : Питер, 2015. 800 с.
8. Мясичев В. М. Психология отношений. Воронеж : НПО МОДЭК, 1995. 356 с.
9. Чернова Г.Р., слотина Т.В. Психология общения. СПб. : Питер, 2015. 240 с.

УДК 159.95

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПЕРВОКЛАССНИКОВ С ДИАГНОЗОМ КОНДУКТИВНАЯ И НЕЙРОСЕНСОРНАЯ ПОТЕРЯ СЛУХА, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В.В. Лазарян, Г.В. Сенченко

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

Аннотация. В статье представлены результаты нейропсихологической диагностики высших психических функций детей с диагнозом кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха (Н90) обучающихся в 1-ом классе по системе инклюзивного образования. Представлены результаты первичной и повторной диагностики, после проведения индивидуальной коррекционной работы с детьми. Подробно описаны этапы проведения коррекционной программы с учетом личностных и образовательных потребностей детей. Анализ полученных результатов показал, что соблюдение особенных индивидуальных образовательных потребностей будет способствовать снижению тяжести адаптации и способствовать повышению успешности усвоения учебных навыков. У первоклассников с нарушением слуха, прошедших нейропсихологическую коррекцию отмечается: улучшение в ориентирование в собственной личности и окружающем мире, улучшение динамического праксиса и праксиса поз, улучшение зрительного восприятия и понимания логико-грамматических конструкций, предложных конструкций, повысилась продуктивность запоминания, стало доступнее обобщение и решение задач

Ключевые слова: инклюзивное образование, кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха, инклюзивный процесс, дети с ограниченными возможностями здоровья, нейропсихологическая диагностика, нейропсихологическая коррекция, высшие психические функции

Актуальность. Одной из самых актуальных проблем текущего века стало неуклонное увеличение доли детей, имеющих те или иные нарушения в своём развитии. Согласно статистической информации за последние несколько лет по всему миру отмечается нарастание количество детей с врожденными физическими нарушениями, интеллектуальными дефектами и тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями, в настоящее время, среди новорожденных, достигает примерно 6–9%. Только частота детской инвалидности с ограничениями физической возможности в нашей стране за последние десятилетия увеличилась примерно в двенадцать раз, а по прогнозам, уже в ближайшие десять лет их число достигнет полутора миллионов. Эти дети сталкиваются с рядом трудностей: когнитивными, эмоциональными, социальными и поведенческими проблемами. Оптимальным путем решения вопросов социализации такой категории детского населения считается инклюзивное образование - процесс совместного обучения и воспитания детей с ограничениями здоровья и не имеющих таких ограничений - посредством создания дополнительных специализированных условий (Неретина, Кружилина, Орехова, 2018).

Одним из методов, с доказанной эффективностью, позволяющим повышать эффективность коррекционной работы с такими детьми, учитывающих индивидуальные особенности развития, является нейропсихологическая диагностика. Она позволяет выявить актуальный уровень развития высших психических функций и определить зоны ближайшего развития ребенка (Назарова, 2010). В качестве методологической основы нашего нейропсихологического исследования стали предложенные А.Р. Лурия теория системной динамической локализации высших психических функций, а также принцип синдромного анализа нарушений высших психических функций (Назарова, 2010). Использование нейропсихологической диагностики и нейропсихологической коррекции поможет специалистам эффективнее работать с детьми, имеющими нарушения слуха.

Исследование проводилось на базе общеобразовательной школы №17 г. Красноярск, в которой внедрено и проводится обучение детей с ОВЗ по адаптированной основной общеобразовательной программе, в т.ч. и для детей с нарушением слуха.

В исследовании приняли участие 16 первоклассников, которым выставлен диагноз кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха (Н90). Из них 11 мальчиков (68,8%) и 5 девочек (31,2%). Возраст детей составил 8-9 лет. Школьники в исследовании принимали участие добровольно, при информированном согласии родителей.

Методы и материалы. Для проведения исследования был использован нейропсихологический альбом Ж.М. Глозман, А.Е. Соболева. Использованные нами диагностические нейропсихологические методики соответствуют целям и задачам проведенного исследования, учитывают

возраста испытуемых и дают возможность определить актуальный уровень развития высших психических функций (ВПФ) у детей.

Батарея диагностического материала разделяется по основным блокам:

1. Общая характеристика ребёнка
2. Исследование гнозиса
3. Исследование памяти
4. Исследование интеллекта
5. Исследование речевых функций
6. Исследование движений и действий

Родителям и детям после нейропсихологической диагностики и анализа полученных результатов было предложено проведение нейропсихологических коррекционных занятий. Родители 8 детей дали свое согласие не только на диагностику, но и на проведение с детьми специально разработанных нейропсихологических коррекционных занятий.

В результате мы сформировали экспериментальную группу, куда вошли дети с диагнозом кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха (Н90) и наличием схожих нейродинамических нарушений. Остальные дети вошли в контрольную группу.

После проведения курса коррекционных нейропсихологических занятий, вновь была проведена нейропсихологическая диагностика детей в экспериментальной и контрольной группах.

Результаты исследования. После проведения нейропсихологической первичной диагностики нами были выявлены особенности развития ВПФ и составлены индивидуальные профили развития каждого первоклассника (рис.1).

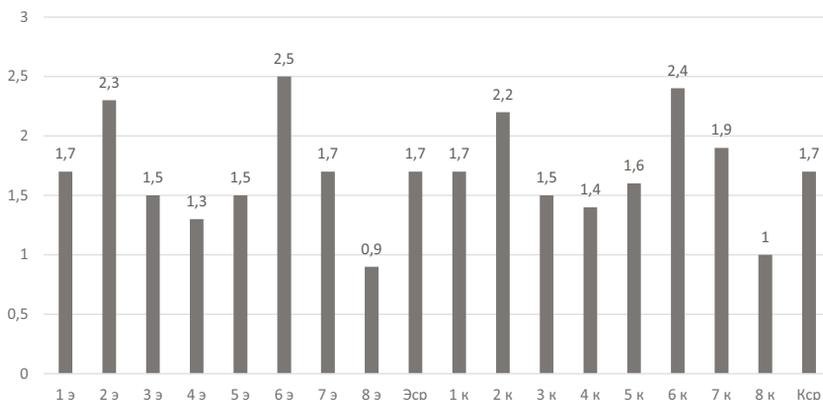


Рис.1. Результаты первичной нейропсихологической диагностики первоклассников, имеющих нарушения слуха, в баллах.

Среднее значение среди детей, вошедших в экспериментальную группу, составило $1,68 \pm 0,2$ балл, в контрольную - $1,71 \pm 0,17$ балла. Различия статистически не значимы ($p=0,91$).

Нами установлены следующие особенности психического профиля первоклассников, имеющих нарушения слуха:

нарушение слухоречевой памяти в виде низкой мнестической продуктивности, флуктуации объема заучивания в разных предъявлениях, по сравнению с возрастной нормой снижение на 7-8 элементов максимального объема запоминания, низкая устойчивость следов памяти и интерференции;

нарушение акустического гнозиса;

нарушение квазипространственного представления: трудности понимания логико-грамматических конструкций, предложных конструкций;

снижение динамического праксиса в виде упрощения программы, нарушения последовательности движений при самостоятельном выполнении;

нарушение реципрокной координации через соскальзывание на одноименные движения при самостоятельном выполнении;

недоступность экспрессивной речи.

Учитывая это нами была разработана коррекционная нейропсихологическая программа для таких детей.

Особенности коррекционной программы, направленной на преодоление нейродинамических нарушений первоклассников с диагнозом кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха, обучающихся по системе инклюзивного образования.

Программа была разработана для проведения профилактических и коррекционно-развивающих занятий со школьниками 8-9 лет, имеющих нарушения слуха.

Цель: коррекция нейродинамических нарушений, а также сопутствующих дефектов адаптации первоклассников, с диагнозом кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.

Задачи:

Улучшение показателей произвольного внимания

Формирование импрессивной речи

Увеличение словарного запаса

Улучшение показателей мыслительной и мнестической деятельности

Улучшение уровня адаптации детей среди сверстников

Стабилизация и оптимизация общего тонуса организма

На каждом коррекционном занятии формировалась основа для комплексного воздействия на ряд психических сфер. Также нами создаются благоприятные условия для расширения межфункционального взаимодействия и образования новых психологических и функциональных систем.

Структура разработанных занятий учитывала возрастные и соматические особенности участников программы.

В программу были включены следующие методы:

1. дыхательные упражнения В.С. Колгановой, Е.В. Пивоварова;
2. массаж «Волшебные точки»;
3. упражнения на развитие ВПФ;
4. упражнения на коммуникативные навыки и социализацию.

Коррекционная программа состоит из 10 индивидуальных 2 раза в неделю с каждым первоклассником контрольной группы и 14 групповых занятий 1 раз в неделю. Групповые и индивидуальные занятия проходили параллельно. Кроме того, проводились индивидуальные домашние задания, которые ребенок может выполнять совместно с взрослым или самостоятельно.

ОБРАЗЕЦ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ:

1. Разминка
2. Зоопарк – 1
3. Фокус
4. Стоп-игра 1
5. Преобрази фигуру
6. Поручение
7. Какие бывают профессии?

ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ – нарисовать профессию родителей.

ОБРАЗЕЦ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ:

1. Дыхательные упражнения
2. Глазодвигательные упражнения
3. Качалка
4. Лодочка
5. Пальчик-мальчик
6. Семафор
7. Запомни и найди пары слов
8. Игра «Попробуй повторить»

По окончании коррекционной работы нами было проведено сравнение показателей нейропсихологических функций и школьной успеваемости в обеих группах первоклассников.

Средний балл в контрольной группе при повторной диагностике составил $1,56 \pm 0,15$. Средний балл в экспериментальной группе снизился до $1,23 \pm 0,19$. Снижение среднего балла произошло как в экспериментальной, так и в контрольной группе (рис. 2).

ЭГ – экспериментальная группа; КГ – контрольная группа

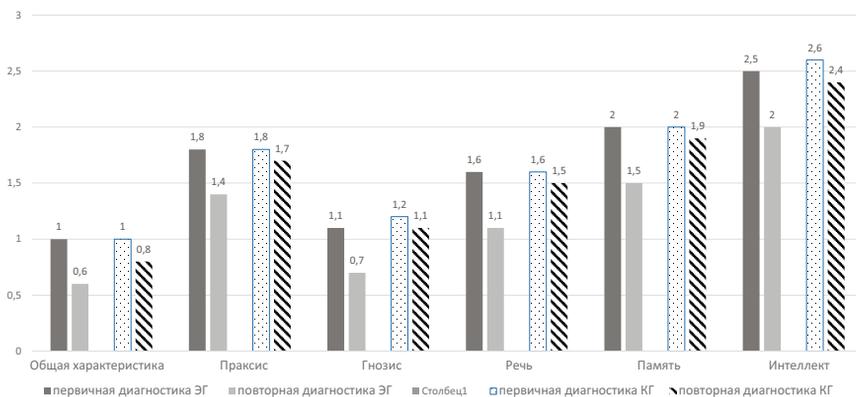


Рис. 2. – Показатели оценки высших психических функций по результатам нейропсихологической диагностики после коррекционной работы в экспериментальной и контрольной группах, в баллах.

Обсуждение результатов. В результате коррекционной работы была получена положительная динамика оценки нейропсихологических функций среди детей экспериментальной группы:

- детям стало легче ориентироваться в месте, времени, в своих личных данных (правильно называют свой возраст, имя свое и родителей, номер и букву класса, дату и время года);
- появилась критичность к своим ошибкам (самостоятельный поиск и исправление ошибок);
- поведение и эмоциональные реакции стали адекватнее относительно ситуации (появилась понимание того как общаться со сверстниками и взрослыми, разграничение своего поведения на правила школы и дома);
- сформировалась мотивация к занятию и выполнению домашних заданий (через дневник с наклейками);
- стали доступны методы диагностики внимания (таблица Шульте, корректурная проба осталась доступна не для всех, вызванная значительной трудности понимания инструкции и пространственными нарушениями);
- увеличился объем слухоречевой памяти (в среднем на 4 единицы);
- увеличился словарный запас и улучшилась экспрессивная речь (дети правильно построенными предложениями отпрашиваются на занятия в туалет/попить воды, научились строить короткий рассказ про свой день, описывать свое настроение);
- улучшение показателей динамического праксиса (выполнение без упрощения программ, появилась возможность выполнения без зрительного контроля);

- улучшение адаптации детей среди сверстников и в семье (более коммуникабельные с другими детьми на перемене, улучшился контакт с родителями)

- повышение эффективности учебного процесса (в связи с возрастом нет оценочных критериев, ориентировались на проверку качества усвоения учебной программы преподавателем).

Всё выше сказанное характерно для экспериментальной группы. В контрольной группе таких изменений выявлено не было.

Вывод. По результатам проведенного нами исследования, можно сделать следующие выводы.

1. Дети с диагнозом кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха, имеют отставания в развитии ВПФ. Наиболее выраженные нарушения отмечаются в работе произвольного внимания, импрессивной речи, мыслительной и мнестической деятельности. Такие дети нуждаются в проведении нейропсихологической коррекции.

2. Разработанная нами нейропсихологическая коррекционная программа направлена не только на развитие нарушенных ВПФ, но и на увеличение адаптационных возможностей детей с нарушением слуха, за счет улучшения качества развития функций, связанных с активной связной речью, увеличения словарного запаса и развития эмоционального интеллекта.

3. Эффективность нейропсихологической коррекционной программы, была подтверждена при повторной нейропсихологической диагностики. У детей из экспериментальной группы было выявлено значительное улучшение в пробах: ориентирование в собственной личности и окружающего мира, улучшение динамического праксиса и праксиса поз, улучшения зрительного восприятия и понимания логико-грамматических конструкций, предложных конструкций, продуктивность запоминания, стало доступнее обобщение и решение задач.

Список литературы

1. Алехина С.В. Инклюзивное образование для детей с ограниченными возможностями здоровья // Современные образовательные технологии в работе с детьми, имеющими ограниченными возможностями здоровья: монография. Красноярск: СФУ, КГПУ им В.П.Астафьева, 2013. С.71-95.

2. Глозман Ж.М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. М.: Смысл, 2012. 270 с.

3. Индивидуализация сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья // Инклюзивное образование : материалы Всероссийской науч.-практ. конф. Челябинск, 2016. С. 349.

4. Королева И.В., Янн П.А. Дети с нарушениями слуха: Книга для родителей и педагогов. СПб.: КАРО, 2011. 51 с.

5. Михальчи Е.В. Инклюзивное образование: учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры. М.: Юрайт, 2018. 177 с.

6. Неретина Т.Г., Кружилина Т.В., Орехова Т.Ф. Проблемы и перспективы развития инклюзивного образования в России: Гуманитарно-педагогические исследования. // Образование и педагогические науки. 2018. № 1. С. 14-23.

7. Никитина Е.Л. Проблемы развития инклюзивного образования. Текст: электронный // Концепт. 2014. Т. 29. С. 31-35. URL: <https://e-koncept.ru/issue/2014> (дата обращения: 13.11.2020).

УДК 159.9.07

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ КРАСГМУ ИМ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО

А.А. Ласкина, Ж.Г. Василькова

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

Аннотация. В этом исследовании основное внимание уделяется изучению гендерных отличий проявления тревожности. Это связано с тем, что взаимосвязи гендерной принадлежности и уровня тревожности в молодом возрасте уделялось мало внимания в отечественной психологии. Различие полов в том, что касается образования, является важным направлением исследований. Это связано с расширением возможностей обучения для учащихся. Различие гендера в том, что касается образования, является важным направлением исследований. Это связано с расширением возможностей обучения для студентов. Выборка данного исследования состояла из 30 студентов (15 юношей и 15 девушек). Все участники ответили на вопросы двух методик: Тест «Исследование тревожности» Ч. Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина; «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлор. Проведенные исследования показали, что в выборке студентов преобладает высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности. При этом девушки и юноши отличаются между собой по уровням личностной и ситуативной тревожности. Так, у юношей в большей степени проявляется ситуативная, в то время как у девушек преобладает личностная тревожность. Результатом применения методики «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлор явилось преобладание среднего уровня тревожности с тенденцией к высокому как у юношей, так и у девушек. Однако у девушек чаще, чем у юношей выявляется высокий уровень тревоги.

Ключевые слова: тревожность, студенты, гендерные различия, ситуативная тревожность; личностная тревожность

Актуальность. Обучение в вузе в корне меняет социальную ситуацию развития молодого человека. По Э. Эриксону, различные изменения в жизни человека сопровождаются повышением в ней тревожности (Эриксон, 1996). Рост уровня тревожности у студентов связан со стремительным расширением круга общения, появлением новых обязанностей, стремлением соответствовать ожиданиям окружающих отмечается многими исследователями (Захаров, 1988; Тарасова, 2016). Важным и актуальным направлением исследований является изучение половых различий в становлении личности, которое дает возможность предсказывать поведение субъекта в связи с его гендерной принадлежностью. Наибольший интерес представляет изучение гендерных особенностей в молодом возрасте, когда физическое формирование либо завершено, либо значительно замедляется (Ильин, 2006)..

Постановка проблемы. Тревожность в академической среде может значительно повлиять на успеваемость учащихся. Этот особый вид проявления тревожности может возникнуть во время взаимодействия учащегося с различными элементами образовательного процесса и закрепляется в этом взаимодействии. Тревожность снижает эффективность выполнения носителем данной характеристики различных видов деятельности, мешает учебе, открытому, искреннему общению с окружающими (Коротина, 2014). Тревожность также может привести к «Бегству» в аддиктивное поведение, к избеганию контактов, нарушать социальные связи человека (Астапов, 2004)

Преодоление тревожности у студентов должно стать одним из ведущих задач психологических центров в вузе, но действительность свидетельствует, что профилактике и коррекции тревожности до сих пор не уделяется необходимого внимания и времени. Таким образом, диагностика и коррекция тревожности у студентов вузов остается актуальной проблемой.

Методы и материалы. Аналитическое исследование было проведено среди учащихся Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (КрасГМУ) в январе 2020 года. Размер выборки этого исследования составила группа студентов из 30 человек, 15 мужчин и 15 женщин. Возраст участников был от 18 до 22 лет.

Этапы и процедуры исследования:

1. Подбор психодиагностического инструментария;
2. Опрос испытуемых по каждой из методик;
3. Обработка полученных данных.

Обработка первичных данных осуществлялась с помощью количественного анализа.

Данные были собраны с помощью двух количественных измерений. Первая методика «Исследование тревожности» Ч.Д. Спилберга, Ю.Л.

Ханина, которая является надежным способом определения уровней тревожности. В данной методике есть 2 подшкалы. Во-первых, шкала тревожности как текущего состояния (СТ), она позволяет оценивать текущее состояние тревоги. Вопросы ориентированы на исследование того, как респонденты чувствуют себя «прямо сейчас». Туда включены такие пункты, которые измеряют субъективные чувства беспокойства, напряжения, нервозности, активации и возбуждения вегетативной нервной системы. Система. Шкала личностной тревожности (ЛТ) позволяет оценить относительно стабильные аспекты «склонности к тревоге», включая общие состояния спокойствия, уверенности и защищенности (Астапов, 2004; Полшкова, 2014).

Второй методикой был опросник, созданный Дж. Тейлором «Личностная шкала проявления тревоги». Опросник Дж. Тейлора был впервые разработан в 1953 году и с тех пор он используется с целью измерения тревожности как общей черты личности. Тест состоит из пятидесяти утверждений, каждое из которых необходимо оценить как истинное или ложное.

Результаты исследования. Выявление особенностей проявлений тревожности у студентов происходило путем определения наличного уровня у них различных видов тревожности, выраженности признаков тревожности в поведении. Чтобы оценить уровень тревожности студентов, мы попросили всех респондентов ответить на вопросы двух диагностических методик. Особенности уровня тревожности юношей соотносились с особенностями уровня тревожности девушек

Результаты, которые были получены с помощью методики Спилбергера-Ханина, позволяющей определить наличие и серьезность текущих симптомов тревоги и общую склонность к тревоге, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты проявления личностной и ситуативной тревожности студентов по методике Спилбергера-Ханина

Ситуативная тревожность	Количество человек	Количество человек в %	Личностная тревожность	Количество человек	Количество человек в %
Выраженная	15	50 %	Выраженная	19	63 %
Умеренная	11	37 %	Умеренная	7	24 %
Низкая	4	13 %	Низкая	4	13 %

Так, из 30 опрошенных студентов, у 15 (50%) выявлена выраженная ситуативная тревожность, у 11 (37%) умеренная, у 4 (13%) низкая.

Также удалось диагностировать выраженную личностную тревожность у 19 (63%) опрошенных студентов, умеренную у 7 (24%), низкую у 4 (13%).

В таблице 2 представлены результаты, дифференцированные по половому признаку.

Таблица 2

Результаты измерения уровней ситуативной и личностной тревожности у девушек и юношей по методике Спилберга-Ханина

Уровни тревожности учащихся	
Юноши	Девушки
Ситуативная тревожность	
Выраженная – 47%	Выраженная – 53%
Умеренная – 40%	Умеренная – 34%
Низкая – 13%	Низкая – 13%
Личностная тревожность	
Выраженная – 53%	Выраженная – 73%
Умеренная – 20%	Умеренная – 27%
Низкая – 27%	Низкая – 0%

Анализируя результаты диагностики ситуативной тревожности, видно, что у девушек чаще всего диагностируется выраженная ситуативная (53%) и личностная (73%) тревожность. Умеренный уровень ситуативной тревожности выявлен у 34% девушек, личностной у 27%. Низкий уровень ситуативной тревожности обнаружен у 13% девушек. Низкий уровень личностной тревожности не обнаружен. .

Аналогичным образом, у юношей чаще всего выявляется выраженный уровень ситуативной (47%) и личностной (53%) тревожности. Умеренный уровень ситуативной тревожности диагностируется у 40% опрошенных юношей, умеренный уровень личностной у 20%. Низкий уровень ситуативной тревожности обнаружен у 13%, личностной у 27% юношей. Более подробно результаты представлены на рисунке 1 и 2.

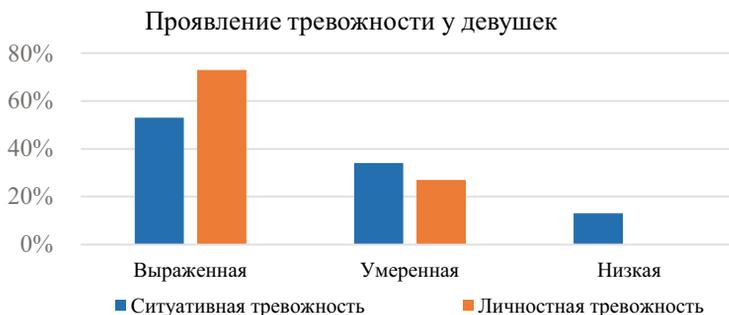


Рис. 1. Проявление личностной и ситуативной тревожности у девушек по методике Спилберга-Ханина



Рис. 2. Проявление личностной и ситуативной тревожности у юношей по методике Спилберга-Ханина

В данном исследовании мы обнаружили, что у студентов преобладает высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности. При этом девушки и юноши отличаются между собой по уровням личностной и ситуативной тревожности. У юношей чаще, чем у девушек, диагностируется ситуативная тревожность, а у девушек чаще встречается личностная тревожность. Анализируя полученные результаты, можно прийти к выводу, что общие показатели личностной и ситуативной тревожности у девушек выше, чем у юношей.

Результаты, которые были получены с помощью методики «Личностная шкала проявления тревоги» Дж. Тейлора, позволяющей определить уровень тревожности, представлены в таблице 3. Представленные результаты про дифференцированы по гендерному признаку.

Так, высокий уровень тревожности выявлен у 33% девушек; у 40% диагностирован средний, с тенденцией к высокому; у 27% средний, с

тенденцией к низкому. Низкий уровень тревожности не выявлен. У юношей высокий уровень тревожности отмечается у 20%; средний, с тенденцией к высокому 40%; средний, с тенденцией к низкому у 27%. Низкий уровень тревожности составляет 13%. Данные результаты представлены в таблице №3 и гистограмме №3.

Таблица 3

Результаты диагностики тревожности у юношей и девушек по методике Дж. Тейлора

Уровень тревожности	Юноши	Уровень тревожности	Девушки
Низкий	13%	Низкий	0%
Средний с тенденцией к низкому	27%	Средний с тенденцией к низкому	27%
Средний с тенденцией к высокому	40%	Средний с тенденцией к высокому	40%
Высокий	20%	Высокий	33%
Очень высокий	0%	Очень высокий	0%

Для удобства сравнения уровней проявления тревожности у юношей и девушек, количественные показатели переведены в процентное соотношение и представлены на рис.3.

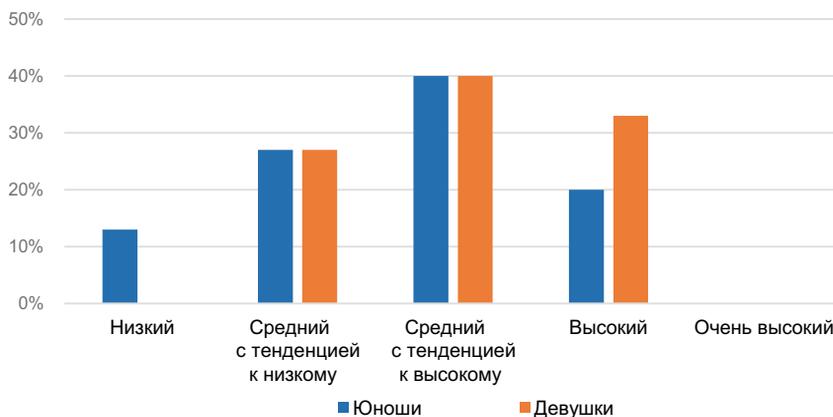


Рис. 3. Проявление уровней тревожности у юношей и девушек по методике Дж. Тейлора

Обсуждение результатов. Таким образом, у девушек и у юношей показатели среднего уровня тревожно совпадают, однако у девушек высокий уровень тревоги диагностируется чаще.

Вывод.

1. В ходе эмпирического исследования был подобран диагностический инструментарий, с помощью которого провели психодиагностическое исследование респондентов. В исследовании приняли участие 30 (15 девушек и 15 юношей) учащихся. Возраст участников был от 18 до 22 лет.

2. Анализируя результаты данного исследования, было выявлено, что в выборке студентов высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности преобладает над средним и низким. При этом девушки и юноши отличаются между собой по уровням личностной и ситуативной тревожности. Так, у юношей в большей степени проявляется ситуативная, в то время как у девушек преобладает личностная тревожность.

3. В выборке студентов чаще всего диагностируется средний с тенденцией к высокому уровень тревожности. У девушек высокий уровень тревоги диагностируется чаще.

Список литературы

1. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Тревога и тревожность: хрестоматия. СПб. : Пер Сэ, 2008. С. 151-160.
2. Кон И.С. Пол и гендер. Заметки о терминах // Андрология и генитальная хирургия. 2004. № 1–2. С. 31–35.
3. Коротина Л.Д., Горшков Е.А. Эмоциональная тревожность студентов на разных этапах обучения в педагогическом вузе // Адаптация учащихся всех ступеней образования в условиях современного образовательного процесса: материалы X Всероссийской науч.-практ. конф. с междунар. участием. Арзамас, 2014. С. 188-195.
4. Полшкова Т.А. Проблема ситуативной тревожности в психолого–педагогических исследованиях // Актуальные вопросы современной психологии : материалы II Международной научной конференции. Челябинск, 2013. С. 107-110.
5. Психологические тесты / под ред. А. А. Карелина. М.: ВЛАДОС, 2002. 312 с.
6. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. анамнез, этиология и патогенез / Л. : Медицина, 1988. 248 с.
7. Тарасова Р.Е. Проблема тревожности студентов // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 5-1. С. 46-52.
8. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчин и женщин СПб. : Питер, 2006. 554 с.
9. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М. : Прогресс, 1996. 344 с.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ
СЧАСТЬЯ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА
«КРАСНОЯРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМ. ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МЗ РФ»**

К.К. Марьясова, Е.В. Зорина

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

Аннотация. В данной статье представлено исследование уровня счастья студентов первого курса КрасГМУ, обучающихся по специальностям: клиническая психология, педиатрия, лечебное дело, стоматология. Считается, что у первых курсов возникает больше стрессогенных ситуаций из-за периода адаптации, который включает в себя много нового: систему обучения, преподавательский состав, коллектив в группе, возможную смену места жительства. В связи с этим, уровень счастья может понижаться на почве непонимания, возможных конфликтов, переоценки культурных ценностей, что может сказываться на психологическом здоровье студентов.

Целью работы явилось изучение состояния уровня счастья у студентов первых курсов КрасГМУ, в результате, которого будут получены данные, студенты какой специальности являются самыми «счастливыми».

Данное исследование ранее не проводилось в КрасГМУ. Следовательно, оно достаточно актуально и способно дать объективную оценку эмоциональному состоянию обучающихся (Родин Ю.И., Метелкина Д.С., Мишина, 2018).

Ключевые слова: психологическое здоровье, уровень счастья, студенты медицинского университета, адаптация

Актуальность. Обучение для студентов первого курса дается с определенными трудностями. Необходимость самоорганизации, внимательности, привыкание к новому месту жительства вводит некоторых из них в состояние неудовлетворенности, подавленности. Если студент совершил миграцию из села в город, то его ценностные установки могут потерпеть разочарования, что вызывает стресс. К этому добавляется постоянное недосыпание, которое приводит к ухудшению работоспособности, качества жизни, познавательной деятельности. Из-за снижения познавательной функции студент хуже усваивает пройденный материал (который обычно дается в больших объемах),

следовательно, снижается качество выполнения домашнего задания. Влияние этих элементов доводит постепенно нервную систему до истощения. Формирование новых межличностных связей также не всем студентам дается легко, что несомненно, может вызвать стресс. Взаимоотношения в группе способны повлиять на учебно-образовательный процесс первокурсника и на его эмоциональный фон. (World Happiness Report, 2018; Якупов, 2016)

Важно отметить, что выстраивание коммуникации с преподавателями также может пагубно отразиться на психологическом здоровье студента, если не удалось установить правильный контакт.

Стоит отметить, что термин «счастье» ассоциируется с абсолютной гармонией в отношениях с окружающими и является эмоционально чувственной формой идеала, поэтому его трудно держать на высоком уровне. Из-за этого, счастье постоянно может находиться на пониженном уровне, а со временем такое состояние может привести к депрессии, эмоциональному выгоранию, хронической усталости и другим проблемам со здоровьем (Габараев, 2019; Туаев, 2019).

На основании этого можно сказать, что отсутствие счастья негативно влияет на психическое здоровье студентов.

Постановка проблемы. Исследование уровня счастья у студентов-первокурсников, в связи с высоким уровнем стресса в результате процесса адаптации в университете.

Методы и материалы. Исследование проводилось на базе «Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого». В исследовании приняли участие студенты (человек): 16 -клиническая психология, 16 - лечебное дело, 15- педиатрия и 13- стоматология в возрасте от 17 до 18 лет.

Для реализации поставленной цели были использованы метод тестирования в виде «Оксфордского опросника счастья».

Эмпирический метод – опрос группы людей по данной теме с помощью тестирования.

Статистический метод – анализ полученных данных тестирования

Математический метод - составление диаграмм, согласно данным тестирования.

Результаты исследования. Показатели уровня счастья студентов первого курса специальностей: клиническая психология, стоматология, педиатрия, лечебное дело (частота на 60 опрошенных обоих полов) представлены на рисунке 1.



Рис. 1. Показатели уровня счастья студентов первого курса КрасГМУ

Обсуждение результатов. По результатам тестирования самыми счастливыми оказались студенты по специальностям: клиническая психология и педиатрия.

Возможно, у студентов на этих специальностях наиболее благоприятная обстановка, которая включает в себя: хорошие отношения в коллективе, правильная установка контактов с преподавателями, полноценный сон, умеренный объем домашнего задания, комфортное проживание, низкий уровень тревожности и эмоциональной лабильности. Из-за этого они испытывают меньше стресса и их уровень счастья выше, чем у других первокурсников. (Шукуров, Халимова, 2020)

Вывод. Исходя из этого, всего можно сделать вывод, что на уровень счастья влияет большое количество факторов. Если учитывать, что оксфордская шкала счастья достигает своего максимума в значении 100, а максимальный средний показатель в группах у испытуемых 47, то можно сказать, что уровню «счастья» есть куда расти. Для увеличения уровня счастья, прежде всего, необходимо иметь низкий уровень тревожности и эмоциональной лабильности. Достичь этого можно путем различных психологических упражнений, в крайнем случае, обратится к специалисту. Также большую роль играет обстановка в коллективе и отношения с преподавателями. Необходимо интегрироваться в новую систему обучения и адаптироваться к новому месту проживания. Следуя данным рекомендациям, можно повысить свой уровень счастья и улучшить состояние психического здоровья.

Список литературы

1. Габараев С.Н., Туаев А.А. Счастье (социологическое понимание счастья // Академическая публицистика. 2019. № 5. С. 535-539.
2. Родин Ю.И., Метелкина Д.С., Мишина А.В. Психологическое здоровье студентов младших курсов педагогического вуза // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2018. Т. 7, № 2А. С. 90-96.
3. Шукуров Ф.А., Халимова Ф.Т., Арабзода С.Н. Степень тревожности и эмоциональной лабильности у студентов в процессе их обучения // Биология и интегративная медицина. 2020. № 3 (43). С. 202-211.
4. Якупов Э.Я. Нарушения сна как междисциплинарная проблема // Медицинский совет. 2016. № 11. С. 42-47.
5. WorldHappinessReport 2018. URL: <https://worldhappiness.report>.

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Н.К. Приходько, Н.Н. Вишнякова

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

Аннотация. В статье приводится описание эмпирического исследования особенностей копинг-поведения лиц, проходящих лечение от алкогольной и наркотической зависимости. Обнаружено, что у лиц, склонных к зависимому поведению преобладает копинг-стратегия, ориентированная на решение задач. Лица, проходящие лечение от наркотической и/или алкогольной зависимости, часто используют стратегию поиска социальной поддержки, реже всего встречается стратегия избегания. Выявлена умеренная обратная связь между уровнем образования исследуемых и стратегиями совладающего поведения.

Ключевые слова: копинг-поведение, наркотическая зависимость, алкогольная зависимость, дезадаптивное поведение, псевдосовладающее поведение

Актуальность. Копинг-поведение представляет собой осознанный выбор стратегий поведения, направленного на максимально эффективное решение личностных, межличностных, профессиональных и других проблем, а также адаптацию человека к требованиям ситуации, которая вызвала стресс. Копинг позволяет овладеть ситуацией, восстановить психологическое благополучие и сохранить физическое здоровье. Выбор

стратегии совладающего поведения напрямую зависит от предпочтений субъекта и характера проблемной ситуации.

В связи с повышением темпа жизни, скорости изменения социально-экономических условий, а также ростом эмоциональных, информационных нагрузок и требований к психическим ресурсам человека остро встает проблема адаптации к условиям личностно-средового взаимодействия, профилактики стресса и поддержания необходимого для успешной деятельности уровня психического и физического здоровья. Сложная многоуровневая система организации жизнедеятельности человека обеспечивает широкие возможности для приспособления к изменяющимся условиям. Способность к адаптации является неотъемлемой характеристикой человека и отражает гибкость и относительную устойчивость биопсихосоциальной системы. Однако стресс, особенно длительно существующий, может привести к постепенному истощению адаптационных ресурсов личности и, как следствие, к нарушению психической адаптации, к срыву функциональных систем жизнедеятельности и развитию расстройств в психической и соматической сфере различной степени выраженности (Исаева, 2009).

За последние 20 лет в научной психологической и медицинской литературе появилось огромное количество зарубежных и отечественных исследований, посвященных изучению механизмов копинг-поведения. Основные положения концепции копинг-процессов были разработаны R. Lazarus в книге «Psychological Stress and the Coping Process» (1966). Во время работы над темой исследования нами были рассмотрены актуальные исследования разных авторов, выбирающих объектом исследования копинг-стратегии разных категорий граждан, а предметом исследования особенности этих копинг-стратегий, преимущественно у лиц, склонных к различным видам аддиктивного поведения. Так Кубекова А.С. в своей работе «Особенности акцентуаций характера и копинг-стратегий курящей молодежи» приходит к выводу, что среди выявленных копингов совладания со стрессом преобладающими для курящих юношей и девушек были самоконтроль и планирование решения проблемы (Кубекова, 2019). Дрыгина А.С. предположила, что существует тенденции у лиц с высоким уровнем эмоционального интеллекта к предпочтению конструктивных способов преодоления стресса (Дрыгина, 2018). Ганин Д.В. в своей работе отмечает, что некоторые копинги с возрастом перестают использоваться, происходит так называемое обеднение копинг – поведения (Ганин, 2018). Он, так же как и Кочуров М.Г., связывает это со смещением с возрастом локуса контроля. Афанасьева Ю.А. отмечает, что среди респондентов с высшим образованием реже встречается эмоционально-ориентированный способ совладания со стрессом, что свидетельствует о влиянии образования на процесс формирования копинг-поведения (Афанасьева, 2019). На основании ее выводов мы добавили в

анкеты для респондентов вопрос об уровне образования, чтобы проследить взаимосвязь уровня образования и выбора копинг-стратегий у лиц с зависимым поведением. На основании выводов Гутника Е.П. о том, что у мужчин и женщин волевая регуляция совладающего поведения различна (Гутник, 2018), мы добавили в исследование анализ связи пола и выбора совладающего поведения. Суховой А. В., Коваленко С. В., Носов Е. Н. отмечают, что факторами протекции аддиктивного поведения личности являются адекватная самооценка, высокий уровень эмпатии, «полезный» уровень тревожности, преобладание мотивации достижения успеха над мотивацией избегания неудачи, продуктивные копинг-стратегии разрешения проблем и поиска социальной поддержки (Суховой, 2018).

Методы и материалы. Исследование копинг-поведения в стрессовых ситуациях было проведено на базе наркологического центра Яр clinic. В исследовании приняли участие 19 человек, проходящих лечение от наркотической и/или алкогольной зависимости.

Для проведения исследования были выбраны следующие методики:

- 1) Индикатор стратегий преодоления стресса (The Coping Strategy Indication, CSI). Дж. Амирхан. Адаптация Н. А. Сирота, В. М. Ялтонского.
- 2) Диагностика копинг-поведения в стрессовых ситуациях. С. Норман, Д. Ф. Эндлер, Д. А. Джеймс, М. И. Паркер. Адаптация Т. А. Крюковой.

В исследовании приняли участия лица от 19 до 44 лет, средний возраст исследуемых составил 29 лет, интерпретировались результаты 9 мужчин и 7 женщин. У половины исследуемых есть высшее образование, у 1 человека ученая степень, у 2 среднее образование, у 3 средне-специальное, у 2 неоконченное высшее. Только 1 респондент оказался безработным, 13 человек работают по найму, 2 занимаются предпринимательской деятельностью.

Результаты исследования. По результатам проведения тестирования по методике «Индикатор стратегий преодоления стресса (The Coping Strategy Indication, CSI). Дж. Амирхан. Адаптация Н. А. Сирота, В. М. Ялтонского» мы выявили, что распределение использования тех или иных стратегий выглядит следующим образом.

Таблица 1

Результаты методики «Индикатор стратегий преодоления стресса»

Уровень выраженности стратегии	Стратегия разрешение проблем	Стратегия поиска социальной поддержки	Стратегия избегание проблем
Очень низкий	1	0	3
Низкий	2	4	12
Средний	11	9	0
Высокий	2	3	1

Таким образом, высокий уровень выраженности наблюдается у всех трех стратегий в небольшом количестве. Средний уровень выраженности наблюдается в большинстве случаев у стратегии разрешения проблем и стратегии поиска социальной поддержки. Низкий уровень выраженности у стратегии избегания проблем. Интерес вызывает тот факт, что высокий уровень выраженности стратегии избегания проблем и стратегии разрешения проблем по результатам анализа наблюдается у одного и того же человека.

Для анализа и интерпретации данных мы посчитали среднее значение, моду и медиану для каждой из стратегий, чтобы иметь полное представление об их выраженности.

Таблица 2

**Выраженность стратегий преодоления стресса по методике
«Индикатор стратегий преодоления стресса
(The Coping Strategy Indication, CSI).
Дж. Амирхан. Адаптация Н. А. Сирота, В. М. Ялтонского»**

Показатель	Стратегия разрешения проблем	Стратегия поиска социальной поддержки	Стратегия избегание проблем
Среднее значение	24,25	21,69	18,31
Мода	22,00	20,00	17,00
Медиана	24,50	20,00	18,00

Таким образом, среднее значение, мода и медиана стратегии разрешения проблем говорит о среднем уровне выраженности этой стратегии среди исследуемых. Такие же результаты мы видим при расчете среднего значения, мода и медианы стратегии поиска социальной поддержки. Однако, середина множества у стратегии разрешения проблем выше, чем наиболее встречающееся в данном множестве число, что говорит о большем разбросе значений показателей. У стратегии поиска социальной поддержки такого разброса значений не наблюдается. Среднее значение, мода и медиана стратегии избегания проблем попадают под низкий уровень выраженности данной стратегии среди исследуемых.

Результаты проведения тестирования по методике «Диагностика копинг-поведения в стрессовых ситуациях. С. Норман, Д. Ф. Эндлер, Д. А. Джеймс, М. И. Паркер. Адаптация Т. А. Крюковой» представляют больший интерес для анализа данных, в том числе, потому что между их результатами наблюдаются некоторые противоречия. Для удобства представим их в виде таблицы.

Результаты диагностики копинг-поведения в стрессовых ситуациях

Нормы оценки значения показателя	Копинг, ориентированный на решение задачи	Копинг, ориентированный на эмоции	Копинг, ориентированный на избегание	Субшкала отвлечения	Субшкала социального отвлечения
Низкие	0	0	0	0	0
Пониженные	0	4	0	0	0
Средние	2	8	4	7	2
Повышенные	9	2	9	7	7
Высокие	5	2	3	2	7

Таким образом, повышенные и высокие уровни выраженности мы наблюдаем у стратегий, ориентированных на решение задач и стратегий избегания. По результатам анализа данных прошлой методики такой выраженности использования копинг-стратегий избегания проблем не наблюдалось. Мы проанализировали вопросы, представленные в тесте. Мы предполагаем, что такая разница возникла из-за того, что в текущей методике стратегии социального отвлечения включены в стратегии, ориентированные на избегание, тогда как в прошлой методике они были разделены. То, что 14 из 16 человек используют стратегии социального отвлечения чаще всего, подтверждает наше предположение. Результаты субшкалы отвлечения по структуре вопросов можно сравнить с результатами в прошлой методике в графе «Стратегия избегания проблем». Между данными наблюдаются расхождения, уровни выраженности по шкале отвлечения в среднем выше. Мы предполагаем, что это связано с тем, что исследуемые были не до конца честны при прохождении тестирования, но построение вопросов в диагностике копинг-поведения в стрессовых ситуациях является более сложным, эти вопросы труднее интерпретировать, поэтому наблюдается расхождение в данных. Что касается копинг-стратегий, ориентированных на эмоции, то у большинства респондентов средние значения выраженности этой стратегии совладания. При анализе данных прошлой методики высокий уровень выраженности 2 стратегий наблюдался у одного исследуемого, по результатам тестирования по этой методике у этого исследуемого высокий уровень выраженности всех 3 стратегий, а так же высокие значения показателей по

субшкалам отвлечения и социального отвлечения. Высокий уровень выраженности использования 2 стратегий (копинг, ориентированный на решение задачи и копинг, ориентированный на избегание) наблюдается у еще 1 исследуемого.

Для анализа и интерпретации данных мы также посчитали среднее значение, моду и медиану для каждой из стратегий, чтобы иметь полное представление об их выраженности.

Таблица 4

**Выраженность стратегий преодоления стресса по методике
«Диагностика копинг-поведения в стрессовых ситуациях»**

Показатель	Копинг, ориентированный на решение задачи	Копинг, ориентированный на эмоции	Копинг, ориентированный на избегание	Субшкала отвлечения	Субшкала социального отвлечения
Среднее значение	73,13	52,89	65,78	62,03	73,25
Мода	нет данных	47,50	63,75	50,00	84,00
Медиана	74,38	48,13	65,63	60,00	72,00

Таким образом, средние значения наибольшие по стратегиям, ориентированным на решение задачи и стратегиям, связанным с социальным отвлечением. Мода и медиана копинга, ориентированного на эмоции, говорят о небольшом разбросе показателей и средней выраженности этой стратегии. Мода и медиана копинга, ориентированного на избегание, говорят о небольшом разбросе показателей и повышенной выраженности этой стратегии. Мода у субшкалы отвлечения говорит о большем разнообразии в показателях, встречаются средние, повышенные и высокие значения выраженности использования копинг-поведения, связанного с отвлечением. Середина множества по субшкале социального отвлечения ниже, чем мода, что говорит о том, что высокие и повышенные показатели встречаются у такой стратегии совладания чаще.

С помощью статистического метода – корреляционный анализ, мы попытались найти взаимосвязности между возрастом исследуемых и результатами распределения значений стратегий. Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Корреляция между возрастом исследуемых и результатами
распределения значений стратегий**

	Копинг, ориенти- рованный на решение задачи	Копинг, ориенти- рованный на эмоции	Копинг, ориенти- рованный на избегание	Субшкала отвлече- ния	Субшкала социального отвлечения
Коэффици- ент корреляции	-0,22	0,04	-0,24	-0,28	-0,12

Все значения коэффициентов корреляции укладываются в отрезке от -0,28 до +0,04, что говорит об отсутствии связи между показателями.

Для проведения статистического анализа мы также ввели фиктивные переменные для таких показателей как пол и уровень образования.

Таблица 6

**Корреляция между полом исследуемых и результатами
распределения значений стратегий**

	Копинг, ориенти- рованный на решение задачи	Копинг, ориенти- рованный на эмоции	Копинг, ориенти- рованный на избегание	Субшка- ла отвлече- ния	Субшкала социально- го отвлече- ния
Коэффициент корреляции	0,02	-0,66	0,03	0,04	-0,06

Значение коэффициента корреляции для копинг-стратегии, ориентированной на эмоции можно было бы интерпретировать как умеренную обратную связь, однако, все остальные значения коэффициентов корреляции говорят об отсутствии связи между показателями, поэтому этот коэффициент скорее говорит о статистической погрешности, чем о наличии связи.

Так же мы исследовали корреляцию между уровнем образования исследуемых и результатами распределения значений стратегий.

Корреляция между уровнем образования исследуемых и результатами распределения значений стратегий

	Копинг, ориентированный на решение задачи	Копинг, ориентированный на эмоции	Копинг, ориентированный на избегание	Субшкала отвлечения	Субшкала социального отвлечения
Коэффициент корреляции	-0,07	-0,42	-0,18	-0,41	0,13

По результатам анализа наблюдается умеренная обратная связь между уровнем образования исследуемых и результатами распределения значений копинга, ориентированного на эмоции и субшкалы отвлечения. По остальным копингам, наблюдается отсутствие связи.

Обсуждение результатов. По результатам проведенного исследования мы выявили, что высокий уровень выраженности наблюдается у всех трех стратегий в небольшом количестве. Средний уровень выраженности наблюдается в большинстве случаев у стратегии разрешения проблем и стратегии поиска социальной поддержки. Низкий уровень выраженности у стратегии избегания проблем. 14 из 16 человек используют стратегии социального отвлечения чаще всего. Что касается копинг-стратегий, ориентированных на эмоции, то у большинства респондентов средние значения выраженности этой стратегии совладания.

Результаты корреляционного анализа между возрастом исследуемых и результатами распределения значений стратегий не выявили взаимозависимости между этими показателями.

Значения коэффициентов корреляции между полом исследуемых и результатами распределения значений стратегий показали, что есть умеренная обратная связь для копинг-стратегии, ориентированной на эмоции и полом исследуемых. Эта стратегия совладающего поведения в большей степени присуща женщинам.

По результатам корреляционного анализа между уровнем образования исследуемых и результатами распределения значений стратегий наблюдается умеренная обратная связь между уровнем образования исследуемых и результатами распределения значений копинга, ориентированного на эмоции и субшкалы отвлечения. По остальным копингам, наблюдается отсутствие связи.

Вывод. Результаты анализа и интерпретации данных подтвердили гипотезу, что у лиц, склонных к зависимому поведению преобладает копинг-стратегия, ориентированная на решение задач. Они используют активную поведенческую стратегию, при которой стараются использо-

вать все имеющиеся у них личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы.

Так же мы выяснили, что лица, проходящие лечение от наркотической и/или алкогольной зависимости часто используют стратегию поиска социальной поддержки. Они используют эту активную поведенческую стратегию, при которой для эффективного разрешения проблемы обращаются за помощью и поддержкой к окружающей среде: семье, друзьям, значимым другим.

Стратегия избегания среди лиц, проходящих лечение от наркотической и/или алкогольной зависимости встречается реже всего. Возможно, такая стратегия будет встречаться среди тех, кто не имеет намерения пройти лечение и избавиться от зависимости.

Также 12,5% исследуемых использует больше одной стратегии совладания с очень высоким уровнем выраженности, что говорит о достаточной гибкости и вариантивности поведения у этих лиц, направленного на преодоления стрессовых ситуаций.

Существует умеренная обратная связь между уровнем образования исследуемых и стратегиями совладающего поведения, которую можно интерпретировать так: наличие высшего образования уменьшает вероятность использования стратегий, ориентированных на эмоции и отвлечение, не формируется дезадаптивное, псевдосовладающее поведение.

Список литературы

1. Афанасьева Ю.А. Психологическая специфика копинг-поведения мужчин и женщин // Russian Journal of Education and Psychology. 2019. Т. 10, № 4. С. 6-11.
2. Ганин Д.В. Возрастные изменения локуса контроля и копинг-стратегий поведения // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2018. Т. 7, № 2(23). С. 355-357.
3. Гутник Е.П. Волевые копинг-ресурсы личности в ситуации неопределенности // Вестник Омского университета. Серия «Психология». 2018. № 4. С. 31-34.
4. Дрыгина А.С. К вопросу о взаимосвязи эмоционального интеллекта и копинг-поведения // Северо-Кавказский психологический вестник. 2018. № 16-2. С. 5-12.
5. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. Санкт-Петербург : Издательство СПбГМУ, 2009. 136 с.
6. Суховой А.В., Коваленко С.В., Носов Е.Н. Копинг-ресурсы и копинг-стратегии как единая система воздействия в поведении личности // Проблемы современного педагогического образования. 2018. № 58. С. 363-367.
7. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Т. 10, № 1. С. 82-118.
8. Кочуров М.Г. Связь копинг-стратегий с локусом контроля. Психологические науки. 2020. № 1(91). С. 40-43. DOI: 10.23670/IRJ.2020.91.1.029
9. Кубекова А.С. Особенности акцентуаций характера и копинг-стратегий курящей молодежи // Общество: социология, психология, педагогика. 2019. № 10. С. 98-101.

10. Овчаренко А.Г., Богданова М.А. Особенности поведенческих копинг-стратегий лиц, страдающих алкогольной зависимостью, и влияние алкоголя на синдром эмоционального выгорания // Наука и социум : материалы конференции. Новосибирск, 2020. С. 92-94.

11. Пронин С.В., Чухрова М.Г. Трансдиагностические биомаркеры в оценке суицидальной predisпозиции у наркотических аддиктов // Суицидология. 2018. № (33). С. 109-117.

12. Chen Y., Peng Y., Xu H., O'Brien W. H. Age Differences in Stress and Coping: Problem-Focused Strategies Mediate the Relationship Between Age and Positive // Affect. Int. J. Aging. Hum. Dev. 2018. Vol. 86, № 4. P. 347-363. DOI: 10. 1177/0091415017720890

УДК 159.923-053.6

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВОВ

М.М. Рассвет, Е.И. Стоянова, Ю.В. Живаева

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

Аннотация. В данной статье представлены результаты исследования психологического благополучия пациентов госпиталя ВОВ. Показаны итоги первичной диагностики и программа тренинга для оптимизации показателей психологического благополучия пациентов. Представлены результаты первичной диагностики пациентов. Показано краткое описание тренинга по оптимизации полученных результатов.

Ключевые слова: психологическое благополучие, пожилой возраст, госпиталь ветеранов войн

Актуальность. Проблема изучения психологического благополучия важна для решения значимых вопросов развития и функционирования личности, но также имеется проблема, такая как – нехватка теоретической и эмпирической составляющей в данной области науки. Проблема психологического благополучия личности - одна из основных проблем психологической науки, потому, можно сказать, что актуальность к ней прослеживается и по сей день. Психологическое благополучие стало предметом исследования лишь во второй половине XX века. В отечественной психологии всплеск интереса к этой проблеме приходится на последнее десятилетие прошлого века. Интерес к проблеме психологического благополучия со стороны отечественных

исследователей во многом обусловлен тенденциями, происходящими в нашем обществе. По данным Института мозга человека РАН, проблемы с психическим здоровьем имеют 15% детей, 25% подростков и до 40% призывников. Каждый третий взрослый нуждается в психологической поддержке, чтобы противостоять стрессу. Свыше 70% населения России живет в состоянии затяжного психоэмоционального стресса, вызывающего рост депрессий, реактивных психозов.

Постановка проблемы. Среди пожилых людей, проблема психологического благополучия изучается в зарубежной психологии. Физиологические границы между этапами зрелости и началом старости индивидуальны и зачастую трудноуловимы, а также во многом зависят от субъективных биологических специфик организма, климата, этнических особенностей, образа жизни, интеллекта, влечения к вредным привычкам, характера того или иного индивидуума и т. д. Автором термина «психологическое благополучие» является Н. Бредберн (1969), который считал, что структура психологического благополучия состоит из 2 компонентов: позитивного и негативного аффекта. Э. Динер (1984) добавил к данной структуре ещё одну составляющую - «удовлетворенность жизнью», как более эмоциональный и когнитивный компонент и назвал благополучие субъективным, делая акцент на том, что субъективное благополучие является компонентом психологического благополучия. К. Рифф (1989) в свою очередь получила более подробную структуру психологического благополучия.

Зарубежные авторы акцентируют внимание на онтогенетические и социокультурные факторы психологического благополучия. Изменения, свойственные для уровня психологического благополучия, рассматриваются в зависимости от социальных условий, урбанизации, духовности и многих других факторов (Крайг, 2000; Стюарт-Гамильтон, 2002; Ryff, Keyes, 1995; Ryff, 1996; Ryff, Singer, 2000; Ryffetal., 2004; Frazier, Mintz, Mobley, 2005; Miquelon, Vallerand, 2008; Hermalin, 2010); предопределяются траектории развития, которые приводят к улучшению или ухудшению эмоционального благополучия с возрастом (Charles, 2010). По убеждению L.L.Carstensen и его соавторов, старость обуславливается существенным улучшением в регуляции эмоций, увеличением удовлетворенности межличностными взаимоотношениями и сохранением психологического благополучия (Carstensen, Charles, 1998; Carstensenetal., 2003). Эти исследователи полагают, что компенсаторные способности в более старшем возрасте связаны с изменением восприятия времени и переключением ресурсов на эмоционально важные социальные отношения, которые, по их мнению, являются адаптивными. Весомый вклад, в изучение психологического благополучия, сделала амери-

канская исследовательница К. Рифф. Опираясь на исследования Н. Бредберна, она разработала собственную структуру благополучия. К. Рифф выделила шесть основных компонентов психологического благополучия: самопринятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цель в жизни и личностный рост.

Методы и материалы. Выборка: мы провели исследование на 20 испытуемых из числа пациентов госпиталя ВОВ, среди которых, лица мужского и женского пола. Возраст исследуемых от 40 до 75 лет.

Методы исследования:

1) Теоретический анализ психологических исследований в сфере медицинской психологии.

2) Методы сбора эмпирических данных: беседа, наблюдение, анкетирование (опросник «Шкалы психологического благополучия» Кэрл Рифф);

3) Методы количественной и качественной обработки результатов.

Цель: исследование и оптимизация психологического благополучия пациентов госпиталя ветеранов ВОВ.

База исследования: Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн, Центр медико-психологической реабилитации и терапевтическое отделение.

Задачи:

Исследовать современные методы в изучении проблемы психологического благополучия у пациентов госпиталя ВОВ;

Подобрать психодиагностические инструменты и провести психодиагностическое исследование психологического благополучия пациентов госпиталя ВОВ;

Реализовать качественную и количественную обработку результатов.

Изложить выводы по проведенному исследованию. Разработать программу тренинга психологического благополучия.

Результаты исследования. С целью исследования критериев психологического благополучия пациентов госпиталя ВОВ, нами было реализовано эмпирическое исследование. Исследование было организовано и проведено с пациентами госпиталя ВОВ, терапевтического отделения. Количество выборки – 20 человек (12 – мужчин, 8 - женщин).

В целях исследования структурной и информативной оценки психологического благополучия была использована методика К. Рифф «Шкалы психологического благополучия».

Позитивные отношения

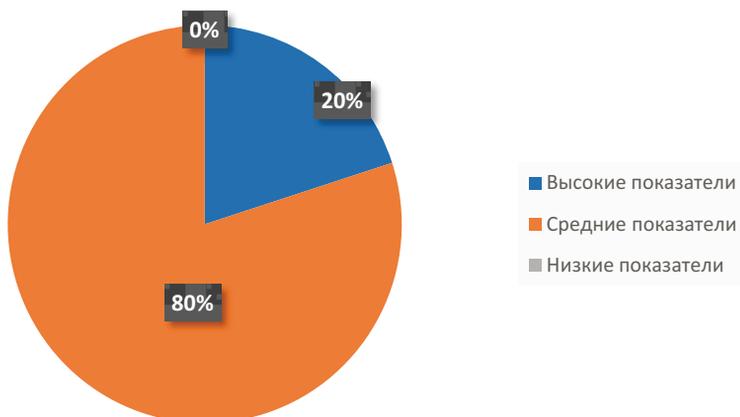


Рис. 1 – Показатели по шкале «Позитивные отношения»

По данным шкалы «Позитивные отношения», высокие (80%) и средние показатели (20%) указывают на то, что у испытуемых близкие, приятные, доверительные взаимоотношения с окружающими; стремление проявлять заботу о других людях; способность к состраданию; наличие навыков, помогающие установить и поддерживать контакт с другими. В конце концов, каждый человек исключителен и проходит определенные этапы в своем развитии, извлекая уроки из своих ошибок и перенимая опыт прошлых поколений. Но исходя из собственной внутренней силы и умения отслеживать проявление негативных импульсов, принимая себя и других исключительно как цель, можно говорить о единой целостной составляющей взаимопомощи и заинтересованности человека в себе и своем окружении. Кроме того, в эту характеристику входит желание быть гибким во взаимодействии с окружающими, возможность идти на компромиссы. Низкие баллы по данной шкале не наблюдались, что свидетельствовало бы об одиночестве, неготовности установить и поддерживать доверительные отношения, нежелании искать компромиссы, изолированности. Довольно редко одинокие люди проявляют положительные качества и испытывают удовольствие. Большинство приятных и неприятных моментов в жизни человека связаны с другими людьми с другими людьми. Люди, у которых есть кто-то, кто звонит в четыре утра, чтобы рассказать о своих неприятностях, зная, что это не приведет к чувству дискомфорта, живут обычно дольше, чем те, у кого таких знакомых нет.

Автономия

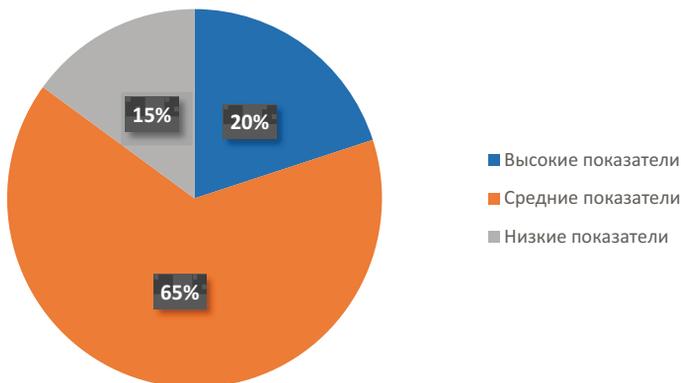


Рис. 2 – Показатели по шкале «Автономия»

Исходя из результатов, полученных по шкале «Автономия», можно сказать, что 20% испытуемых имеют высокие показатели, а 65% - средние. Анализируя, можно сказать, что испытуемые обладают такими качествами, как независимость, способность противодействовать социальному давлению в своих идеях и действиях, а также способны регулировать собственное поведение и анализировать себя, исходя из собственных стандартов.

Обеспокоенность ожиданиями и оценке со стороны окружающих, ориентация на мнение других людей при принятии значимых решений и неспособность противостоять социальному давлению в идеях и действиях свойственны для людей с низкими показателями по этой шкале – 15% испытуемых.

Управление средой

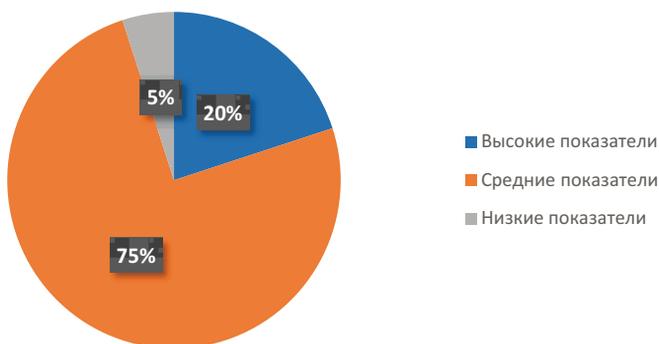


Рис. 3 – Показатели по шкале «Управление средой»

Изучив полученные результаты по шкале «Управление средой», можно сделать следующие выводы: субъекты обладают чувством уверенности и компетентности в управлении повседневными делами, способны продуктивно использовать всевозможные жизненные обстоятельства, способны выбирать и создавать соответствующий контекст для реализации персональных потребностей и ценностей, а также способность осуществлять различные виды деятельности. Данные качества присущи 75% респондентам, причём у 20% испытуемых эти качества располагаются на более высоком уровне. Низкие показатели (5%): сложности в управлении повседневными делами, чувство неспособности нормализовать или изменить окружающие обстоятельства, отсутствие чувства контроля над внешним миром.

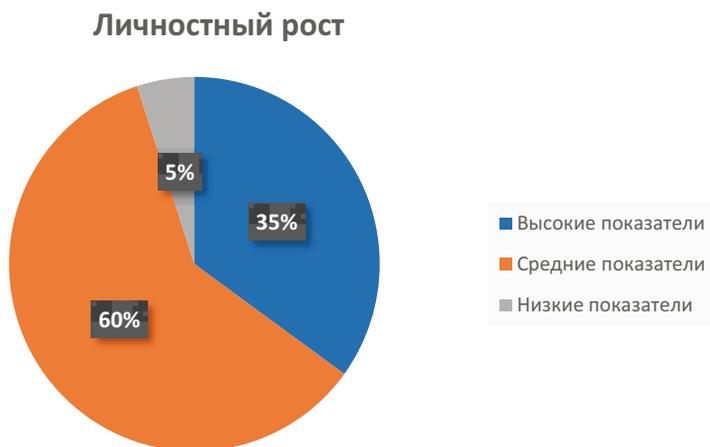


Рис. 4 – Показатели по шкале «Личностный рост»

По шкале «Личностный рост» у 35% респондентов высокие и у 60% средние значения. Из этого следует, что испытуемые обладают чувством продолжающегося развития и реализации своего потенциала, видят свой рост и экспансию, открыты новому опыту, наблюдают все большее совершенствование себя и своего поведения с протяжением времени. Личность, демонстрирующая высокий уровень личностного смысла, стремится не только к своему собственному благополучию, но и к достижению благополучия для всего человечества. Даже при отсутствии положительных эмоций и активной субъектной позиции, можно достичь определенного уровня психологического благополучия, основываясь на смысле, добродетелях и духовности. Удовольствие само по себе не имеет значения. Оно является лишь побочным продуктом, сопровождающим достижение

достойной цели. Личностный смысл управляет внутренней жизнью личности, ее чувствами, желаниями, ощущениями, мыслями и атрибуцией полученного жизненного опыта. У 5% исследуемых этот фактор психологического благополучия находится на низком уровне, что может говорить о переживании личностной стагнации. Отсутствует ощущение личностного прогресса с течением времени. Ощущается скука и незаинтересованность жизнью. Ощущение несостоятельности усваивать новые навыки.

Цели в жизни

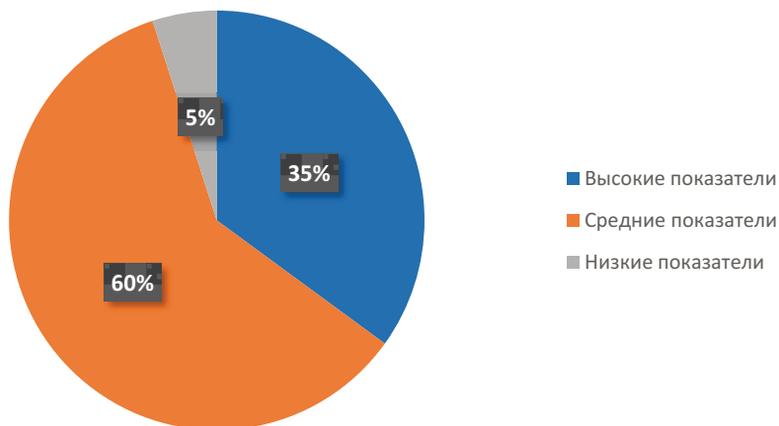


Рис. 5 – Показатели по шкале «Цели в жизни»

Результаты, полученные по шкале «Цели в жизни», свидетельствуют о высоком уровне психологического благополучия у 35% респондентов и в среднем у 60%. Отсюда следует, что им присущи наличие жизненных целей и чувство осмысленности их прошлого и настоящего. Они сформировали убеждения, которые дают цель жизни, а также имеют основания и причины для жизни. Часть испытуемых (5%) характеризуется низкими баллами по этой шкале, что подразумевает, что им не свойственно: чувство важности жизни и чувство направленности. Нет недостатка в целях, нет взглядов и убеждений, которые приносят смысл жизни. Они не видят цели и в своем прошлом. Зрелая личность обладает развитым миропониманием и субъективно для индивида участвует как «Я-концепция» - система представлений о себе, гарантирующая единство и тождественность его личности и обнаруживающая себя в самооценке, уверенности в себе и т.д. По Леонтьеву, зрелая личность трактуется широкой системой связей с миром, высокой степенью иерархии мотивов деятельности

и общей структурой, под которой понимается стабильная конструкция основных мотивационных линий.

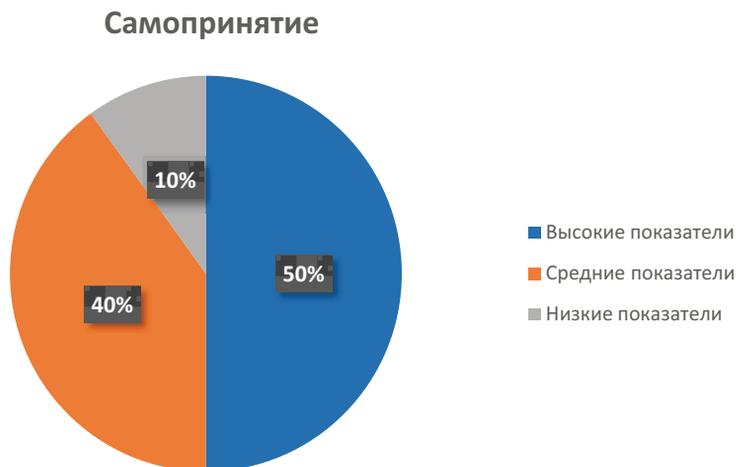


Рис. 6 – Показатели по шкале «Самопринятие»

Результаты по шкале «Самопринятие». Высокие 50% и средние 40% значения. Это означает, что исследуемые позитивно относятся к себе и своему прошлому, они понимают и принимают различные стороны своего «Я», включая как положительные, так и отрицательные качества. Для 10% людей, исследованных нами в этой выборке, присущи низкие баллы по данной шкале, а это значит, что им не свойственны: неудовлетворённость собой, разочарование в собственном прошлом, беспокойство по поводу некоторых особенностей собственной личности, не принимают себя такими, какие они есть. Им свойственно желание отличиться от остальных. Анализ литературных источников по проблеме исследования показал, что исследование психологического благополучия в пожилом возрасте является важной областью теоретического и практического исследования и требует своего дальнейшего изучения. Проведенный теоретический анализ продемонстрировал формирующуюся тенденцию исследования позитивных аспектов старения, основанную, в том числе, и на использовании понятия психологического благополучия.

Обсуждение результатов. Таким образом, на основании полученных в процессе исследования данных, можно говорить о том, что только высокие и средние показатели наблюдались в шкале «позитивные отношения». В шкалах «автономия» и «самопринятие» были смешанные показатели. Что касается низких показателей (5%), они выявились в шкалах

«личностный рост», «управление средой» и «цели в жизни». Максимальный процент высоких показателей наблюдался в шкале «самопринятие».

Рекомендации, которые можно дать для сохранения психологического благополучия, следующие:

1. поддержание социальной значимости, востребованности;
2. психическое и физическое здоровье на высоком уровне;
3. постоянное наличие контактов по интересам, общение;
4. умеренная рабочая деятельность, физическая активность.

При наличии и удовлетворенности вышеперечисленных пунктов, психологическое благополучие личности будет достигать высокого уровня, что будет свидетельствовать об отличном здоровье человека в целом. С целью оптимизации показателей психологического благополучия у испытуемых, нами была разработана тренинговая программа.

Краткое описание тренинга.

Цель тренинга: развитие и формирование компонентов психологического благополучия.

Задачи, решаемые на тренинге:

1. Формирование автономии личности.
2. Обозначение целей в жизни.
3. Проработка тревог, страхов и внутренних конфликтов.
4. Раскрытие всевозможных сторон личности.
5. Развитие позитивного мышления.

Критерий включения в тренинговую группу: Удовлетворительное состояние пациентов; Высокие показатели психической ригидности; Мотивация к занятиям; Критерий исключения: Тяжелое состояние пациентов; Отсутствие мотивации к занятиям.

При выборе стратегии старения как личности происходит ряд изменений личности старика: снижение интересов, эгоцентризма, снижение эмоционального контроля, акцент на определенных чертах личности, размытие пола. профиль. Ограниченность интересов к себе, невозможность что-то сделать для других провоцирует чувство вины, гнев.

При выборе стратегии старения как личности ведущей деятельностью старика становится структурирование (разделение опыта) и передача опыта, что связано с осмыслением его жизненного пути. Творчество увеличивает продолжительность и качество жизни. Он отвлекает от мыслей о смерти, помогает сохранить личные связи.

Вывод. В пожилом возрасте показатель психологического благополучия снижается, но не по всем параметрам. Это говорит об огромном компенсаторном ресурсе пожилых людей и подтверждает предположение о том, что старение – это глубоко индивидуальный и очень изменчивый процесс, и возраст не является основным фактором, определяющим, будет ли человек психологически благополучным.

Список литературы

1. Бондаренко Я.А. Изучение осведомленности в семейной истории: психологическое благополучие и девиантное поведение. Текст: электронный // Психолого-педагогические исследования. 2020. Том 12. № 1. С. 72-85. DOI: 10.17759/psyedu.2020120106
2. Галяпина В.Н., Лебедева Н.М. Трансмиссия ценностей и психологическое благополучие подростков: трехпоколенное исследование русских и осетин в Республике Северная Осетия – Алания // Культурно-историческая психология. 2019. Т. 15, № 2. С. 43-53. DOI: 10.17759/chp.2019150205
3. Головей Л.А., Петраш М.Д., Стрижицкая О.Ю., Савеньшева С.С., Муртазина И.Р. Роль психологического благополучия и удовлетворенности жизнью в восприятии повседневных стрессоров // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26, № 4. С. 8-26. DOI: 10.17759/cpp.2018260402
4. Злобина Д.С., Стоянова Е.И. Возможности использования психосинтеза в работе со смысловой сферой личности с диагнозом ПТСР // Современные проблемы охраны психического здоровья населения Сибири. Томск ; Красноярск, Иван Федоров, 2016. С. 72-76.
5. Стоянова Е.И., Козырева О.А., Живаева Ю.В. Психолого-педагогическое сопровождение формирования готовности к осуществлению студентами выбора в образовательной среде вуза: монография. Красноярск : КГПУ им. В.П.Астафьева, 2018. 324 с.

УДК 159.9:616.89

ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЭТАП В РАБОТЕ С НАРКОЗАВИСИМЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

А.В. Рупека, О.В. Волкова

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

Аннотация. Совершенствование системы помощи наркозависимым является одной из приоритетных задач наркологии, а также задействованных в этом процессе прочих дисциплин: медицинской психологии, социологии и других. Существует немало исследований, выделяющих этап постреабилитационного сопровождения пациентов, как фактор, повышающий качество ремиссии выпускников реабилитационных программ. Однако, именно этот этап остаётся наименее разработанным методологически. В своём исследовании мы хотим обозначить сущность понятия «постреабилитационное сопровождение», а также выявить перспективы развития данного направления работы с наркозависимыми пациентами.

Ключевые слова: наркозависимость, зависимое поведение, реабилитация, постреабилитационное сопровождение, ресоциализация, социальная адаптация

Актуальность. Реабилитация пациентов наркологического профиля, в частности, наркозависимых, остаётся на сегодняшний день трудоёмким и зачастую непредсказуемым процессом, когда затраченные усилия, время и ресурсы могут пройти впустую. Согласно статистике, эффективность реабилитационных мероприятий по преодолению химической зависимости варьируется от 5 до 30 %. В такой ситуации сложно переоценить важность повышения даже нескольких процентов эффективности реабилитационных программ. Очевидным становится необходимость совершенствования системы помощи наркозависимым не только со стороны методологии и технологий терапевтической деятельности, но и организации, и даже законодательства.

Постановка проблемы. Вернувшись к цифрам статистики важно пояснить такой большой разбег между показателями эффективности: дело в том, что различные подходы к помощи человеку при наркозависимости сильно отличаются. Так, например, в рамках государственных стационаров лечение пациента с диагнозом «наркомания» в большинстве своём сводится к дезинтоксикационной терапии, которая занимает в среднем от 10 дней до месяца и подразумевает под собой использование, в первую очередь, медикаментозных методов. Психологическая помощь на данном этапе включает в себя мотивационное консультирование и группы поддержки. Показатели эффективности такого краткосрочного лечения, когда не идёт речь об активном психокоррекционном вмешательстве, являются самыми низкими в представленной статистике. После такого проведенного лечения пациенту предлагается пройти реабилитацию, где подразумевается психотерапевтическая и психокоррекционная работа с участником программы. Она занимает еще около 2х месяцев, однако, менее половины пациентов решаются на этот шаг. Но уже на этом этапе можно увидеть повышение продолжительности ремиссий у пациентов – до 50% выпускников программ медицинской реабилитации формируют установку на отказ от потребления ПАВ (Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля, ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского», 2015). При этом процент годовых ремиссий среди данной группы не превышает 15% (Кулаков, 2014). Существуют и более продолжительные варианты стационарной реабилитации, которые в нашей стране представлены преимущественно в секторе частных услуг - реабилитационные центры, клиники, оказывающие услуги по медицинской и немедицинской реабилитации наркозависимых. Возможность длительного стационарного пребывания наркозависимого в закрытой среде существует и среди духовно ориентированных объединений, которые обычно представляют собой религиозные общины, а также так называемые «трудовые» реабилитационные центры, которые нахо-

дятся на самообеспечении. Отдельные исследования отражают более высокую эффективность частных вариантов реабилитационных программ, более продолжительных по времени. Но такие исследования охватывают единичные примеры и недостаточно широкие выборки.

Отдельной проблемой для решения вопроса об эффективности терапии наркозависимости является невозможность отслеживания перспективы личностных изменений выпускников реабилитационных программ в долгосрочном периоде. Хорошо организованная система постреабилитационного сопровождения наркозависимых позволяет решить эту проблему. О необходимости организации такого этапа лечения говорят и современные исследования: среди факторов, провоцирующих срыв ремиссии, выделяются отсутствие изменений социальной ситуации жизни и отсутствие дальнейшей работы с выпускником реабилитационной программы после завершения стационарного курса (Кутянова, Щекатурова, 2015). Зарубежные исследователи также приходят к выводу о том, что постреабилитационный период является важнейшим этапом для успешной ресоциализации наркозависимых. Он позволяет стабилизировать личностные качества и навыки, сформированные на предыдущих ступенях. Более того, Дж. Де Леон описывает феномен, который обозначает, как «лучше, чем хорошо». В своих исследованиях он приводит данные того, как наркозависимые в устойчивой ремиссии (более 3х лет) реализуют свой личностный потенциал успешнее, чем условно независимые люди, за счет гиперкомпенсации своих психологических качеств (Дж. Де Леон, 2010). На сегодняшний день программы постреабилитационного сопровождения пациентов с наркозависимостью остаются наименее разработаны методологически, при этом развитие данного направления очевидно является перспективным для повышения качества терапии зависимого поведения.

В некоторых моделях помощи наркозависимым выделяют отдельным этапом «ресоциализацию» или «социальную адаптацию», которые проходят после основного, стационарного курса реабилитации. Важно заметить, что эти понятия не тождественны друг другу (Евтушенко, Рудик, 2015). Также важно разграничить понятия «ресоциализация» и «постреабилитационное сопровождение». Процесс ресоциализации происходит с первого дня поступления пациента на реабилитацию и включает в себя первичную ресоциализацию в рамках закрытого микросоциума. После выписки из стационара, наступает переходная фаза ресоциализации, а в рамках постреабилитационного сопровождения происходит первичная и переходная фазы, и далее, при успешном личностном развитии, наступает устойчивая адаптация наркозависимого (Козьяков, 2017). Таким образом, социальная адаптация является одной из задач постреабилитационного этапа лечения.

Р.В. Козьяков с соавторами также выделяют понятие «постреабилитационный социальный патронат». Он подразумевает под собой оказание содействия зависимому человеку в реализации программы постреабилитационного периода, направленного на полноценную социальную реинтеграцию, формирование устойчивых личностных и социальных связей, возвращение к полноценной жизни, включая систематическое наблюдение для своевременного выявления степени социальной дезадаптации, а также оказания, при необходимости, социальной и психологической помощи (Козьяков и др., 2017). Как видно из определения, в первую очередь, это касается создания комплексной системы – от экономических аспектов до методологических, которые бы включали в себя стандарты оказания помощи, организации материально технических условий.

На сегодняшний день устройство такого патроната происходит локально и не имеет чётких критериев и методологической базы. Однако, существует опыт некоммерческих, духовно-ориентированных организаций, частных случаев организации поддерживающих терапевтических сообществ, в том числе и государственных, который может быть систематизирован для облегчения формулирования общих положений необходимой теории.

Если рассматривать частный случай создания этапа постреабилитационного сопровождения выпускников наркологического центра, мы сможем выделить проблемы, которые необходимо учитывать в дальнейшей работе по совершенствованию общей реабилитационной системы.

Методы и материалы. Базой для проведения исследования мы выбрали реабилитационный центр «Сибирский центр здорового образа жизни Ермак», созданный на базе благотворительного фонда «Ермак», где на сегодняшний день практикуется постреабилитационное сопровождения пациентов по типу социального патроната – предоставление проживания, психологической помощи, содействия в социальной адаптации. В течение года мы проводили опрос и анкетирование выпускников стационарного курса с целью изучения запроса на постреабилитационное сопровождение и потребностей его участников. Методы исследования были представлены анкетой с перечисленными проблемами в различных жизненных сферах, которые респондентам предлагалось обозначить, как «да, у меня присутствует такая проблема» или «нет, такой проблемы у себя я не отмечаю», а также индивидуального опроса в форме нестандартизированного интервью. Всего было опрошено 79 выпускников стационарной реабилитационной программы, обратившихся с проблемой «употребление ПАВ», в возрасте от 18 до 49 лет, среди которых 21 женщина и 58 мужчин.

Результаты исследования. Первый аспект нашего исследования касался мотивации на продолжение участия в терапии зависимости по

завершению стационарного курса: из 79 выпускников базовой программы, устойчивая мотивация продолжить участие в программе постреабилитационного сопровождения наблюдалась у 21 человека. В эту группу входили те, кто принял решение самостоятельно, придерживаясь его на протяжении курса. 35 человек согласились на продолжение лечения после мотивационного консультирования и (или) семейной психотерапии. Из них досрочно прервали курс 11 человек. Таким образом, всего 57% выпускников оказались мотивированы на постреабилитационное сопровождение. Анализируя ответы, полученные в рамках мотивационного интервью, мы пришли к выводу, что основная причина отказа от продолжения терапии – отсутствие понимания целей этого этапа, несформированность представлений о возможной полезной перспективе для себя. Так, многие из отказывающихся, считали, что на постреабилитационном периоде впустую потратят время, упустят возможности заработка, тяготились необходимостью соблюдать режим. Среди согласившихся же преобладали установки изменения ценностей в сторону собственной трезвости, приоритет её сохранения, а также привязанность к социальному кругу, сформированному в процессе реабилитации. На наш взгляд, это является показателем важности формирования в процессе реабилитации необходимой идеологии, философии выздоровления, жизненной идеи, где образ «здорового себя» встанет в ряд главных ценностей.

На втором этапе мы проводили анкетирование, среди участников, прошедших полный курс постреабилитационного сопровождения – 45 человек, среди которых 19 женщин и 26 мужчин. Мы предлагали оценить выраженность проблем в той или иной сфере жизни у респондентов на первом месяце курса и на завершающем этапе (в среднем, от 3 до 5 месяцев постреабилитационного сопровождения).

На начало курса мишени для работы выделялись практически во всех сферах жизни наркозависимых. Проблемы с саморегуляцией психоэмоционального состояния у себя отмечали 25 человек (55%), страх срыва – 19 человек (42%), проблемы с общением в среде условно независимых людей – 10 человек (22%). Проблемы в семье: потеря доверия, необходимость восстанавливать утраченные отношения – 24 человека (53%), необходимость восстанавливать или приобретать бытовые навыки – 2 человека (4%), трудности в восстановлении трудового статуса – 27 человек (60%), материальные проблемы – 41 человек (91%), среди которых имеющих непогашенные кредиты/долговые обязательства – 28 человек (62%). Также среди вариантов, где респонденту предлагалось обозначить свои собственные проблемы, отмечались такие формулировки, как «не знаю, чем хочу заниматься», «не могу найти себя» (9 формулировок подобного плана), что ставит перед постреабилитационным этапом задачу содействия в самоопределении, в том числе, профориентации. Также, в

рамках опросов участниками исследования высказывались запросы на помощь в организации досуга, расширении конструктивных социальных контактов.

По окончании пострелиабилитационного этапа мы также провели анкету с указанием тех же проблем и соответствующий опрос. Данные показывают, что наиболее успешны в коррекции сферы саморегуляции (соответствующие проблемы отмечали у себя 5 человек, что составляет 11%), а также проблемы семейного плана (оптимизацию отношений с близкими в той или иной степени отмечают все участники опроса, сохранение напряжения в этой сфере остаётся у 3 человек (6%). Страх срыва сохраняется у более, чем половины опрошенных и по окончании пострелиабилитационного этапа, однако, можно предположить, что это является следствием отношения наркозависимых к своему заболеванию, как к рецидивирующему и смертельно опасному.

Наименее же подвержены коррекции проблемы с работой и достижением удовлетворяющего материального положения, по данным последнего анкетирования устроится на стабильную работу смогли 11 человек из 27 (40%) испытывавших в этом проблемы. Удовлетворенных своими финансовыми возможностями отмечалось еще меньше – 8 человек из 41 (19,5%). Такой показатель связан с тем, что достижение результата в данных сферах требует больше временных затрат, а программа пострелиабилитационного сопровождения направлена в основном на преобразование личности, формирование качеств, которые помогут выпускнику проявить твёрдость и настойчивость в достижении личного успеха. Тем не менее, по результатам опроса, мы увидели группу ответов, которые свидетельствуют о переоценке некоторыми респондентами ценности материальных благ. Например, в нестандартизированном интервью встречались ответы, где выпускники признавали, что «стал понимать, что мне нужно не так много для жизни», «научилась радоваться простым вещам», «перестал гоняться за материальным». Исходя из этого, можно предположить, что у некоторых выпускников в процессе переоценки ценностей изменилась выраженность фрустрации, связанной с проблемами в материальной сфере.

Важно учитывать, что полученных нами данных недостаточно для того, чтобы сделать выводы об эффективности пострелиабилитационного сопровождения в отдельно взятой системе, так как они представляют собой субъективную оценку своего состояния, в проведения соответствующих психодиагностических методик возможно только при дальнейшем развитии исследования.

Однако, уже сейчас можно судить о необходимости дальнейшего развития данного направления исследований, так как в целом существует запрос на помощь и поддержку выпускников стационарных программ реабилита-

ции. Также, наш вывод опирается на многочисленные исследования, которые выделяют этапу постреабилитационного сопровождения важнейшую роль в формировании устойчивой ремиссии наркозависимых.

Вывод. На данном этапе развития реабилитации в нашей стране, необходимыми задачами являются систематизация и обобщения опыта различных структур помощи наркозависимым в рамках постреабилитационного сопровождения, формулирование общих принципов создания эффективной системы такой помощи. При этом, первостепенно важным аспектом нужно считать мотивационный, так как именно устойчивую внутреннюю мотивацию на трезвость большинство авторов выделяют ведущим предиктором сохранения ремиссии пациентов наркологического профиля. Также необходимы более детальные исследования, которые бы обозначили потребности и терапевтические мишени в работе с наркозависимыми на постреабилитационном этапе. Реализация этих задач позволит вывести на новый уровень систему помощи зависимым людям не только в рамках регионов и страны, но и, возможно, в масштабах всего мира, и станет достойным ответом на глобальную проблему наркомании.

Список литературы

1. Белоколов В.В., Декало Е.Э. Мотивация к лечению и реабилитации у наркозависимых на различных этапах стационарного лечения. Текст: электронный // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2017. Т. 5, № 2(16). URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 08.11.2020).
2. Бонкало Т.И. Сущность и содержание полидисциплинарного подхода к разработке программ комплексной реабилитации наркозависимых и профилактики их рецидивов // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2014. Т. 2, № 4 (127). С. 126-131.
3. Евушенко И.И., Рудик М.В. Вопросы социальной адаптации лиц, освобожденных досрочно из мест лишения свободы. Текст: электронный // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1-1. URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=18586> (дата обращения: 08.11.2020).
4. Кутянова И.П., Щекатурова О.М. Социальные и личностные факторы устойчивости ремиссии наркозависимых // Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». М., 2015. С. 404
5. Кулаков С.А., Береза Ж.В., Корчагина Е.К. Комплексная медицинская (психотерапевтическая) модель реабилитации пациентов с химическими и нехимическими формами аддикций, расстройствами личности, а также членов их семей // Психическое здоровье. 2014. Т. 12, № 1(92). С. 16-22.
6. Козьяков Р.В., Кутянова И.П., Панюков Д.В. [и др.]. Постреабилитационные сообщества как основа организации процессов ресоциализации потребителей наркотиков: монография. М. : Директ-медиа, 2017. 358 с.
7. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля / Научно-исследовательский институт наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.

П. Сербского» Минздрава России ГБУ города Москвы, «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы». М., 2015. 123 с.

8. Jian-feng Liu Drug addiction: a curable mental disorder? // Acta Pharmacologica Sinica. 2018. Vol. 39, P. 1823-1829. DOI: 10.1038/s41401-018-0180-x

9. Kozyakov R.V. Petrova E.A., Potashova I.I. Modern technologies of working with families of children with disabilities // Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2016. Vol. 233. P. 231-235.

УДК 159.99

ПРОЯВЛЕНИЕ БУЛЛИНГА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

О.А. Сластихина, Н.В. Басалаева

*Лесосибирский педагогический институт – филиал
Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск, Россия*

Аннотация. В статье проанализирована проблема буллинга среди подростков. Проблема буллинга как проявление агрессии в образовательной сфере становится все более значимой. Условия современного общества способствуют образованию и развитию насилия и жестокости в отношениях между людьми. Буллинг может возникать в любом возрасте, но существуют периоды, в которых проявление буллинга наиболее вероятно. Таким возрастным периодом является подростковый возраст. Подростковый возраст считается наиболее трудным для обучения и воспитания, так как связан с серьезной перестройкой психики и ломкой старых, сложившихся форм взаимоотношений с людьми, изменением условий жизни и деятельности, преобразованием всей структуры сознания, именно по этой причине буллинг в этом возрастном этапе наиболее вероятен. С точки зрения зарубежных психологов, буллинга – это негативные объективные действия учащегося-агрессора, которые чаще всего направлены против определенного человека. Слухи и сплетни об отдельных учащихся, присутствие людей, не вписывающихся в коллектив, их высмеивание и неоднократная критика – это те явления, которые могут говорить о присутствии буллинга в коллективе подростков. Участниками буллинга являются обидчики, жертвы, свидетели. Выделяются как первичные признаки буллинга (наличие следов избиения и т.п.), так и вторичные признаки (нет друзей, нет желания идти в школу и др.). Авторами организовано экспериментальное исследование в одной из школ г. Лесосибирска с подростками 5-8 классов. В качестве диагностического инструментария использованы Опросник риска буллинга (ОРБ) (авторы – А.А. Бочавер, В.Б. Кузнецова, Е.М. Бианки, П.В. Дмитриевский, М.А.

Завалишина, Н.А. Капорская, К.Д. Хломов); анкета «В нашем классе\ школе» (автор - С.В. Кривцова). Показано, что в каждом исследуемом классе оказались дети, которые часто или постоянно сталкиваются с проявлением разных видов агрессии по отношению к себе со стороны своих одноклассников. Обобщая результаты исследования, мы пришли к выводу, что проблема буллинга является актуальной в подростковом возрасте и требует реализации профилактических мероприятий.

Ключевые слова: буллинг, подростковый возраст, обидчик, жертва

Актуальность. Проблема буллинга как выражение агрессии по отношению друг другу становится все более значимой в образовательной сфере. Иное внешнее различие от общего количества подростков может послужить толчком для возникновения данного феномена. Известен тот факт, что некоторые подростки жестоки и несправедливы, а если кто-то нацелит свое негативное отношение на определенного учащегося, то смогут причинить серьезные психологические или физические травмы объекту собственных издевательств.

Буллинг в подростковом коллективе требует повышенного внимания, поскольку определение дальнейшего развития и становления личности подростков определяется ситуацией их в школе. При освоении таких ролей как «буллер», «жертва» подросток вероятней всего будет следовать им всю дальнейшую жизнь.

Постановка проблемы. Подростковый возраст, согласно Д. Б. Эльконину, имеет следующие возрастные границы: 12-17 лет и делится на младший подростковый возраст (12-15 лет) и старший подростковый возраст (15-17 лет) (Эльконин, 2008).

Подростковый возраст отличается стремительным развитием чувств и эмоций, эмоциональными переживаниями, чрезмерным интересом к своей личности. Важным индикатором принадлежности к группе сверстников, в которой есть возможность продемонстрировать свою уникальность, является самооценка подростка. К сожалению, сверстники и общество в целом, изредка готовы принимать «уникального» человека в свой круг общения. Причинами могут стать всевозможные параметры поведения данной группы, в которые «уникальный» человек просто не вписывается. В таких случаях возникают разные методы прессинга, которые смогут понизить самооценку со стороны группы сверстников на подростка. И одним из таких методов, который мы отметили выше, является буллинг (Степченко, 2018).

С развитием интернета, буллинг распространяется за пределы школы в социальные сети, где позиция данного явления крепнет и приобретает новое название – кибербуллинг. Показать свое истинное отношение объекту буллинга, высказать свое мнение в социальных сетях несравненно

удобнее и проще. Стоит отметить, что в стенах школы наблюдатели безмолвно могут смотреть на то, как унижают жертву, а сети интернет вероятней всего начнут проявлять себя как смелого и раскованного в своих действиях и негативно отзываться о жертве. Скорее всего, это связано с отсутствием прямого зрительного контакта (Степченко, 2018).

Постоянная «атака» в социальных сетях, которая строится на запугивании, публичном высмеивании, в некоторых случаях подростки прибегают к шантажу, приводит жертву в трудное положение. В сети интернет аудитория значительно больше, чем в классном коллективе, и данный фактор отражается на психическом здоровье жертвы, наблюдаются значительные отклонения в поведении и мысли о суициде (Степченко, 2018).

Чаще всего, подросток закрывается от всех и считает зазорным рассказать о своей проблеме взрослым, а значит, лишает возможности найти пути решения данной проблемы (Степченко, 2018).

А.А. Костальцова выделила психологические портреты буллеров и жертв школьной травли. По ее мнению, буллеры – это дети с недостатком воспитания. Автор выделяет следующие категории подростков – буллеров:

- подростки, которые неуверенны в себе. Они занимаются буллингом для самоутверждения.

- подростки, которые физически сильны. У них отмечается высокий уровень агрессии и самомнением.

- подростки, у которых выражена тяга к насилию.

Также А.А. Костальцова выделяет следующие причины девиантного поведения подростков–буллеров: семейные и школьные причины.

1. Семейные причины:

Агрессия закрепляется при условии, если к ребенку часто применяются физические наказания, тем самым приходя в школу, буллеры изливают злобу на других.

Если у родителей отсутствует сердечность и теплота к ребенку, то и у ребенка она будет отсутствовать по отношению к другим.

Исдержки воспитания в семье: излишняя свобода или излишний контроль над ребенком; повышенный интерес к делам ребенка.

2. Девиантному поведению в свою очередь способствуют школьные факторы:

а) организационные факторы:

- класс часто работает по группам, и у педагога нет возможности организовать индивидуальную творческую работу из-за большого количества детей в классе;

- стрессогенные источники для учащихся (плохое освещение, шум и т.д.)

б) педагогические факторы:

- педагоги или психолог не проводят тренинги по конструктивному разрешению конфликтов, не пресекают агрессивное поведение учеников;

– учителями применяются агрессивные способы общения с учениками (критика, унижение, высмеивание или не замечание достижений учеников);

– отсутствие правил школьной жизни.

в) психологические факторы:

– неумение подростка выражать и переживать отрицательные эмоции;

– низкий уровень таких чувств, как значимость и достоинство у подростка;

– многократные показы сцен агрессии в СМИ (Костальцова, 2015).

З.Р. Хайрова и В.И. Повалев раскрыли тактики взаимодействия «сторонников» по отношению к агрессорам, жертвам и таким же наблюдателям данного процесса.

Так, «сторонник» в отношении к «жертвы» вероятней всего испытывает следующее:

– удовольствие от увиденного процесса;

– учится на ошибках «жертвы», чтобы не попасть в подобную ситуацию;

– отстраняется от ситуации, для того чтобы не быть участником буллинга;

– понимает, что «жертве» нужна помощь и пытается ее защитить в том случае, когда осознает всю серьезность сложившейся ситуации;

– проявление испуга.

«Сторонник» по отношению к «буллеру» ведет себя так, чтобы привлечь к внимания, в то же время может поддерживать агрессора. Сторонники друг с другом обсуждают окружающую их действительность, разносят сплетни о сложившейся ситуации, но они понимают, что они тоже участники буллинга и скрывают о данной ситуации (Хайрова, 2015).

Важно отметить, что буллинг во многих случаях остается латентным, так как агрессор и жертва хотят скрыть свои проблемы от взрослых.

Родителям следует обращать внимание на поведение и состояние подростка. В связи с этим отечественные психологи выделили признаки того, что подросток стал жертвой буллинга со стороны своих одноклассников:

– свободное от учебы время проводит в одиночестве (ни с кем не гуляет, не разговаривает, не посещает развлекательные комплексы);

– из школы домой подросток приходит в порванной одежде или с испорченными учебными принадлежностями;

– возникает страх посещать учебное заведение, придумываются отговорки, чтобы там не появляться;

– замечаются следы на теле или одежде подростка, которые не поясняются падением, игрой (синяки, порезы, шрамы);

– никого не зовет на свой день рождения или вообще отказывается его отмечать, считая, что никто к нему не придет;

- тинейджер не посещает праздники/вечеринки;
- выбирает длинный или неудобный путь в школу и из школы;
- из-за потери интереса, а затем и мотивации учиться, у подростка стремительно падает успеваемость;
- отмечаются также следующие изменения в поведении: перемены настроения, раздражительность, проявление агрессии, которые ранее могли не проявляться (Селифанова, 2015).

Таким образом, присутствие тех, над кем издеваются, отрицательно влияет на психологическую среду в классном коллективе. Процесс, который сопровождается унижением, насмешками и травлей осуществляется в присутствии других, а это приводит к возникновению злобности и жестокости у одной половины подростков, а у второй половины появляются признаки депрессии и страха. В конце концов, сложившаяся ситуация приводит к следующему: первая половина подростков следует за буллерами, опасаясь стать жертвой, а оставшаяся половина подростков вынуждена находиться под нажимом, следя за тем, как оскорбляют и принижают их одноклассников.

Стоит заметить, что ситуации буллинга страдать может и педагог, который не способен конструктивно решить эту проблему в одиночку. Если педагогом будет пресечены попытки буллинга в стенах школы, то у агрессоров есть возможность отыграться над жертвой после школы. Сильнее в данной ситуации страдают жертвы подросткового насилия в школе, которым, в первую очередь, должна быть оказана психолого-педагогическая помощь.

Методы и материалы. В связи с актуальностью проблемы мы организовали экспериментальное исследование в одной из школ г. Лесосибирска. Выборка представлена обучающимися 5-8 классов в количестве 77 человек.

В качестве диагностического инструментария мы использовали: Опросник риска буллинга (ОРБ) (авторы – А.А. Бочавер, В.Б. Кузнецова, Е.М. Бианки, П.В. Дмитриевский, М.А. Завалишина, Н.А. Капорская, К.Д. Хломов); анкета «В нашем классе\школе» (автор - С.В. Кривцова)

Результаты исследования. Анализируя результаты исследования, полученные с помощью методики «Опросник риска буллинга», мы пришли к выводу, что проблема буллинга в 5 классе касается только мальчиков и всех шестиклассников, что свидетельствует об усилении субъективного ощущения небезопасности у участников данных групп. Однако, и в 5, и в 6 классах выявлены высокие показатели по шкале благополучия, указывающие на реализацию ценности уважения в коллективе. Наименее подвержены буллингу семиклассники, а в 8 классе проблема буллинга актуальна среди девочек, что говорит нам о негативных аспектах психологической атмосферы.

**Результаты диагностики подростков по анкете
«В нашем классе\школе» (автор С.В. Кривцова)**

Класс	5	6	7	8
Количество человек	15	19	20	23
% буллинга	34	48	39	35

Проанализировав результаты анкетирования, мы отмечаем, что в каждом исследуемом классе оказались дети, которые часто или постоянно сталкиваются с проявлением разных видов агрессии по отношению к себе со стороны своих одноклассников.

Обсуждение результатов. Обобщая результаты исследования, мы пришли к выводу, что проблема буллинга является актуальной в подростковом возрасте и требует реализации профилактических мероприятий.

Своевременная систематическая профилактическая работа позволит предупредить развитие буллинга у школьников подросткового возраста. Проведение качественного анализа ситуации с подростками и правильный подбор профилактических мероприятий при работе может стать предпосылкой к предотвращению буллинга на ранних этапах его возникновения. Профилактическая работа должна быть направлена на выстраивание отношений между подростками на основе взаимопомощи в классе, объединение подростков в ходе совместной коллективно–лично значимой деятельности, устранение противоречий между индивидуальным и групповым факторами. Результатом данной работы должны стать оптимизация межличностных взаимоотношений подростков, сокращение воздействия внешних и внутренних факторов возникновения и распространения буллинга.

Вывод. Таким образом, буллинг – это продолжительные издевательства учащегося-агрессора со сторонниками по отношению к другому человеку, который может отличаться от остальных. Издевательства носят не только физический характер, который проявляется в форме ударов, толчков и т.д., но и психологический характер, который проявляется в форме оскорблений, угроз, насмешек и т.д. В современном мире, который строится на демонстрации своего превосходства над другими, буллинг обозначился как острая проблема, следовательно, целесообразно у подрастающего поколения прекратить попытки издевательств над другими, более слабыми.

Список литературы

1. Костальцова А. А. Проблемы подросткового буллинга в школьной среде / А. А. Костальцова // Социально-психологические проблемы современного общества и человека: пути решения : материалы Междунар. науч.-практ. конф. М., 2015. С. 185-187.

2. Селифанова А. И., Мартиросян Л.А., Захарова О.В., Абдулина Е.К. Буллинг в подростковой среде // Перспективы развития науки и образования: материалы Междунар. науч.-практ. конф. М., 2017. С. 104-105.

3. Степченко Я.О. Моббинг как причина суицидального поведения подростков // Стратегии развития дошкольного и начального образования в эпоху модернизации: материалы Всерос. науч.-практ. конф. М., 2018. С. 186-189.

4. Хайрова З.Р., Поваляев В.И. Актуальность проблемы буллинга среди подростков в образовательном учреждении // Психологическая культура и психологическое здоровье личности в современных социокультурных условиях: материалы Региональной науч.-практ. конф. Тольятти, 2015. С. 223-227.

5. Шалагинова К.С. Игры и упражнения для профилактики буллинга в подростковом возрасте // Справочник педагога-психолога. Школа. 2016. № 12. С. 56-66.

6. Эльконин Б. Д. Психология развития. М. : Академия, 2008. 141 с.

УДК 159.9.07

СВЯЗЬ КОМПОНЕНТОВ РАСЩЕПЛЕННОЙ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ

О.К. Таусинова

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

Аннотация. В научной статье анализируется проблема домашнего насилия по отношению к женщинам. Поскольку домашнее насилие является процессом, а не отдельным событием, постепенно психика женщины начинает деформироваться. В первую очередь страдает самооценка, затем искажения происходят в когнитивной сфере (меняются осознанные приоритеты, ожидания, установки, точка зрения на многие сферы жизни и взаимоотношения), затем начинает страдать мотивационно-волевая сфера, теряется смысл жизни. Женщина все беспомощнее чувствует себя в сложившейся ситуации и в жизни вообще. Собственное бессилие делает женщину все более зависимой от партнера-тирана.

Рассмотрено понятие домашнего насилия. В статье поставлена цель установить достоверную связь между компонентами расщепленной личности у женщин, переживших насилие в семье. В настоящее время обнаруживается противоречие между высокой актуальностью исследуемого вопроса, и отсутствием прикладной психологической модели реабилитации женщин, перенесших насилие в семье. Подобраны методики исследования с точки зрения механизма расщепления личности. Проанализированы результаты исследования связи расщепленных сторон у женщин, переживших ситуацию домашнего насилия. В статье приводятся резуль-

таты корреляционного анализа, с точки зрения личностного расщепления у женщин, перенесших насилие в семье. В результате, делается вывод, что раненая часть влияет на выжившую часть, что ведёт к понижению её здоровых показателей. Чем более проявлена раненная часть, тем более робкими зависимыми и замкнутыми ощущают себя респонденты. При этом развитые копинг-механизмы связанные с принятием ситуации, планированием и стремлением к взаимодействию с внешним миром, социальным контактом, значительной степени повышают различные виды мотивации на исправление ситуации и своего состояния. Раненая и здоровая часть практически не взаимодействуют напрямую, и используют выжившую часть как «буфер», что отмечалось ранее теоретических подходах используемых их разработке критериев отбора методик.

Ключевые слова: домашнее насилие, насилие в семье, психологическая травма, личность

Актуальность. Тема насилия остается актуальной длительное время, внимание к ней повышено, что позволяет более четко дифференцировать специфику некоторых феноменов, связанных с насилием. Насилие, проявляется во всех жизненных сферах, там, где есть социум и возможны отношения между людьми в любой их форме. Насилие часто имеет культуральную, социальную и контекстную обусловленность, и сложность трактовки заключается в том что до сих пор существуют сложности в трактовке понятий насилие и ненавсилье, и каким именно образом их разграничивать (Краснухина, 2016).

В социальном контексте, изучение насилия заключается в анализе личностной деструктивности, как комплекса причин, обуславливающих насилие в принципе. Социальный аспект рассматривает личность, и то что толкает ее к агрессивным насильническим действиям по отношению к другому. Исследования, при этом в большом количества концентрируются вокруг жертвы насилия и личностных последствий связанных с пережитым. Сложившиеся традиции исследования феномена насилия (Т. Гоббс, Ф. Ницше, К. Маркс, З. Фрейд, Э. Фромм и др.) свидетельствуют о том, что оно является неизменным спутником всех социальных, эволюционных и революционных изменений.

Levendosky AA, Bogat GA, von Eye A отмечают, что домашнее насилие, относится к любому злоупотреблению, включая физическое, эмоциональное, сексуальное, или финансовое - между половыми партнерами и родственниками, часто живущими в одном доме. (Levendosky, 2018).

Buss C, Davis EP, Muftuler LT определяют насилие в семье как образец оскорбительного поведения в отношениях, которые используются одним человеком, чтобы получить или сохранить власть и контроль над другим близким партнером или родственником. (Buss ,2010).

В настоящее время насилие в отношении женщин является одним из основополагающих социальных механизмов, при помощи которого женщин принуждают занимать подчиненное положение по сравнению с мужчинами. Насилие, обращенное на женщину, отражает структуру подчинения и власти, всю глубину различий между полами.

Женщины-жертвы не имеют четкого представления, как другие люди должны к ним относиться, не уделяют внимание своим чувствам и потребностям, живут в предвкушении отрицательной реакции мужа и окружающих (Елизаров, 2016).

Именно страх как один из главных мотивов поведения женщин, являющихся жертвами домашнего насилия, делает их хорошей мишенью для манипуляций.

Такая характерная черта, как пассивность, присуща особенностям виктимного поведения женщин-жертв: женщина часто остается бездеятельной, она не умеет действовать решительно. По мнению опытных психотерапевтов, зачастую женщины-жертвы останавливаются после первой встречи, на которой они жалуется и «выпускает пар» (Blazhevska, 2017).

Немецкий психотерапевт Франц Рупперт описал механизм расщепления личности на три части. «Полагаю, что реальность раскола идентичности является ключом к пониманию человеческой души и психических нарушений», – пишет он в своей книге.

На основе своего терапевтического опыта Рупперт разработал 3-факторную модель для иллюстрации раскола личности после перенесенной травмы. (Ruppert, 2018),

Выжившая часть — это тот набор качеств, который формируется под воздействием травмирующих обстоятельств. Выживающая часть защищает травмированную с помощью комплекса психологических защит.

Травмированная или отсеченная часть — часть, мало доступная или недоступная для принятия. Отсеченная часть критикуется, не принимается, обозначается уничижительными словами, часто подается как то, с чем нужно бороться или вообще вытесняется.

Здоровая часть — часть, которая страдает от дисбаланса, слышит свои потребности и свою боль (Harsey, 2020).

Женщины, жертвы насилия находятся в постоянном стрессе, на почве формирования созависимого поведения, так же формируется выраженная виктимность и переживается состояние жертвы. Личность меняется, и так же наблюдаются клинические последствия насилия такие как постравматическое расстройство личности (Малкина–Пых, 2006).

Постановка проблемы. В настоящее время обнаруживается противоречие между высокой актуальностью исследуемого вопроса, и отсутствием прикладной психологической модели реабилитации женщин, перенесших насилие в семье.

Методы и материалы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие *методы*: анализ научных литературных источников по проблеме исследования, анкетирование респондентов, экспериментально-психологический метод, включающий набор психодиагностических методик.

Мы провели сопоставительный анализ компонентов травмированной личности и характеристик методик в таблице 1.

Таблица 1

Соответствие компонентов психологической травматизации, характеристик и методик исследования

Части личности	Методики	Возможности методики
Выжившая часть	Опросник Кеттела 16 PF	В рамках исследования нас интересуют шкалы которые можно отнести к индивидуальным различиям, направленным на способы взаимодействия с собой и с окружающими, такими как открытость, мораль, комфортность и т.д.
	“Q-сортировка” В.Стефансон	Изучение представлений о себе, и своих способов взаимодействия.
	Методика COPE. Ч. Карвер, М. Шайер, Дж. К. Вайнтрауб. Перевод с англ. яз. Р. С. Шилко	Методика предоставляют возможность тестировать продуктивные и непродуктивные копинг-стратегий, а также стремление опираться на социальную поддержку в двух ее формах – инструментальной и эмоциональной.
Травмированная или отсеченная часть	Клинический опросник К.К. Яхин, Д.М. Менделевич	Позволяет выявить основные синдромы невротических состояний, в связи с тем что психологическая травма может находить отражение в негативных эмоциональных состояниях, невротических симптомах
	Тест нервно-психической адаптации (И.Н. Гурвич), НИИ им. В. М. Бехтерева	Изучение склонности респондентов к нервным срывам, и возможные нарушения развития личности
	Тест «Пять травм» (Лиз Бурбо)	Методика направлена на выяснение доминирующей травмы

	Симптоматический опросник SCL-90-R	Использована нами как инструмент определения актуального, присутствующего на данный момент, психологического симптоматического статуса
Здоровая часть	Модификация теста — опросника А. Махрабиана	Диагностика здоровой части, здоровая часть, которая продолжает ходить на работу и выполнять семейные и общественные обязанности и справляться с трудностями
	Опросник для изучения отношения к болезни и лечению	Диагностика выраженности здоровой части на момент начала и окончания психотерапии

В исследовании участвовало три группы респондентов, 90 человек. Средний возраст респондентов от 29 до 34 лет. Большинство респондентов всех групп находятся в браке около трёх-пяти лет. Все респонденты переживали в браке физическое, экономическое и психологическое насилие.

Результаты исследования. Корреляционный анализ в этом исследовании, позволил увидеть особенности, связей компонентов расщепленной личности у женщин, переживших насилие в семье, согласно классификации Франца Рупперта. Корреляционный анализ не устанавливает причинно-следственные связи и говорит, только о ссылках, которые могут быть расположены в одном из знаков внутри и снаружи показателей. Благодаря этой форме статистического анализа удалось выявить сильные и обратные связи между числом переменных.

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа среди всех переменных

	Истерический тип	Вегетати	РНОВ	Q3	Зависимость	Достиж улучшения	Вторичный выигрыш»	Иная мотивация	Избегание успеха
Травма униженного				,298	-0,218	0,02	0,196	,269	0,196
Травма отвергнутого				-,356	0,208	0,125	-0,089	-,461	-0,089
G	-0,202	-0,191	-0,217			-0,067	0,218	,405	0,218
H	-,347	-,246	-0,116			-,242	,247	,500	,247
M	-0,136	-,349	-,261			-0,134	0,142	,323	0,142

Необщи-тельность	-,222	0,044	0,012			,398	-0,004	-0,072	-0,004
Принятие борьбы	-0,03	-,463	-0,18			-0,154	,449	,382	,449
Избегание Борьбы	-0,008	-,330	0,055			-0,167	,405	0,206	,405
Замкну-тость	0,192	0,15	-,416			-0,104	0,016	-0,083	0,016
Планирова-ние	0,023	0,126	0,187			0,165	-,282	-0,132	-,282
Зависи-мость	,381	,444	,261			-0,035	-,343	-,469	-,343

Рассмотрим более подробно полученные результаты на рисунке изображающем корреляционную плеяду. При этом важно заметить, что в рамках заданных нами критериев анализ связей происходил между блоками методик, соответствующих расщепленным частям личности.

Необходимо было проанализировать взаимовлияние частей личности друг на друга, обнаружить и указать центральные узлы, особенно явно влияющие на структурный процесс личности женщин, переживших насилие в семье.

Обсуждение результатов. Полученные нами данные свидетельствуют, что согласно проведенному корреляционному анализу мы можем заметить преимущественно положительные связи между переменными выжившей части и переменными здоровой части, большинство связей раненной части являются отрицательными.

Большинство корреляций находится на среднем или высоком уровне значимости. Рассмотрим основные узловые переменные, которые могут определять общую структуру.

Необходимо также заметить, что раненая и здоровая часть имеют наименьшее количество взаимных связей, при этом выжившая часть имеет наибольшее количество связей с двумя блоками.

При этом раненую и здоровую часть связывает только одна связь, отрицательного характера показывающая что чем более выражена травма отвергнутого, тем меньше иного типа мотивации для лечения используют клиенты.

Большинство связей раненой части, являются отрицательными и связаны с выжившей частью. В целом распределение связей по указанным переменам данной части достаточно равномерно.

Отдельно необходимо обратить внимание на отрицательную связь между вегетативным типом реагирования и переменной принятия борьбы. Переменная принятия борьбы является достаточно высокозначимый, её положительные и высокие значения связаны с увеличением показа-

телей по таким мотивационным установкам как установка на получение вторичного выигрыша, получения симптоматического улучшения, иного вида мотивации, или избегание неудачи.

Необходимо заметить, что в данном случае несмотря на то что принятие необходимости борьбы с одной стороны формируют мотивацию у респондентов, при этом названные виды мотивации далеко не всегда являются достаточно здоровыми. Любопытно что избегание борьбы также формирует мотивацию, однако в большей степени направлена на получение вторичного выигрыша. Необходимо заметить достаточно важную связь между высоким уровнем планирования и установкой на достижение инсайта, как самой продуктивной формы работы.

При этом различные установки на получение выигрыша, симптоматического улучшения или иного вида мотивации в работе, связаны с характерологическими чертами личности такими как робость или смелость, и практичность или мечтательность.

Также интересным нам видится связь положительного характера между вегетативным типом реагирования и зависимостью, переменная зависимость в свою очередь связана с понижением мотивации к успеху, или других видов мотивации в работе психологом. Вегетативный тип реагирования также связан с практичностью или мечтательностью.

Вывод. Обобщая результаты исследования мы можем наблюдать что раненая часть таким образом влияет на выжившую часть, что ведёт к понижению её здоровых показателей. Чем более проявлена раненая часть, тем более робкими зависимыми и замкнутыми ощущают себя респонденты. При этом развитые копинг-механизмы связанные с принятием ситуации, планированием и стремлением к взаимодействию с внешним миром, социальным контактом, значительной степени повышают различные виды мотивации на исправление ситуации и своего состояния. Мы можем заключить что раненая и здоровая часть практически не взаимодействует напрямую, действительно используют выжившую часть как некоторый буфер, что отмечалось ранее теоретических подходах используемых их разработке критериев отбора методик.

Список литературы

1. Елизаров А.Н. Социально-психологическая помощь семье, страдающей от насилия // Психология зрелости и старения. 2016. № 4 (36). С. 56-59.
2. Краснухина Е.К. Политическая философия свободы и насилия // Приволжский научный вестник. 2016. № 1 (53). С. 85-87.
3. Малкина-Пых И.Г. Экспериментальные ситуации: справочник практического психолога. М.: ЭКСМО, 2006. 352 с.
4. Blazhevska V., Stoimenovska K. Personality profile differences among women victims of domestic violence and women who are not victims of domestic violence // Международный научно-исследовательский журнал. 2017. № 9-2 (63). P. 62-64.

5. Buss C., Davis E.P., Muftuler L.T. High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old children // Psychoneuroendocrinology. 2010. Vol. 35, № 1. P. 141-153.
6. Levendosky A.A., Bogat G.A., Eye A. New Directions for Research on Intimate Partner Violence and Children // European Psychologist. 2018. Vol. 12, № 1. P. 1-5.
7. Ruppert F. Heilung und Prävention früher Traumata // Inés Brock. Wie die Geburtserfahrung unser Leben prägt. Perspektiven für Geburtshilfe, Entwicklungspsychologie und die Prävention früher Störungen. Gießen : Psychosozial-Verlag, 2018. P. 127–139.
8. Harsey S. Jennifer J. Deny, Attack, and Reverse Victim and Offender (DARVO): What Is the Influence on Perceived Perpetrator and Victim Credibility? // Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 2020. Vol. 34. P. 897-916. DOI: 10.1080/10926771.2020.1774695

УДК 159.99

САМОРЕАЛИЗАЦИЯ КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС ЛИЧНОСТИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА

О.А. Цветкова¹, О.В. Волкова²

¹Омский государственный технический университет, г. Омск, Россия

*²Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия*

Аннотация. В статье представлено становление процесса самореализации на разных этапах онтогенеза, выделены основные формы самореализации, актуальные для каждого этапа: самоутверждение - для дошкольного периода, самоопределение для подросткового периода, самоактуализация и саморазвитие для юношеского возраста и, собственно, самореализация для взрослости. Показано, что на каждом этапе онтогенеза самореализация выступает жизненным ресурсом становления благополучной и здоровой личности.

Ключевые слова: Самореализация, формы самореализации, самоутверждение, самоопределение, самоактуализация, развитие личности, онтогенез

Актуальность. В сложных и постоянно меняющихся условиях современного мира все больше возрастает интерес к здоровью человека и здоровьесберегающим технологиям. Понятие здоровья оказывается настолько всеобъемлющим, что выходит далеко за рамки физического благополучия. И если раньше приоритет отдавался лечению человека, то в настоящее время акцент сместился в сторону профилактики различных заболеваний и формирования культуры активного долголетия. Всемирная организация здравоохранения декларирует это через многогранное

определение здоровья и норм здоровой жизни. В данном определении большую часть занимает определение психического здоровья и психологического благополучия человека. Здесь же содержатся и основные сферы, в которых благополучие должно проявляться: физическое здоровье (уровень тела), психическое здоровье (уровень психики отдельного индивида) и социальное здоровье (включение индивида в социум как зрелого члена общества). Это находит отражение в различных исследованиях, посвященных характеристикам поведения, связанного со здоровьем (Dosedlová, 2016). Социальное здоровье предполагает не только сформированные процессы адаптации и социализации, но и деятельность на благо других людей и общества. Это возможно, когда человек выступает активным субъектом трудовой деятельности и собственной жизни. Здоровая личность (на уровне тела, души и социума) в настоящее время не мыслима без самореализации. Это уже не просто ценность, высшая в иерархии потребностей, а необходимость, затруднения в реализации которой порождают фрустрацию и даже болезнь (в широком смысле этого слова). Негативными последствиями неудовлетворенности этой высшей потребности являются «болезни нашего века»: деструктивное поведение, аддиктивное поведение, асоциальное поведение, феномен выученной беспомощности. Все эти формы можно отнести к нарушениям процесса адаптации и девиациям, которые остро переживаются ребенком и его ближайшим окружением на ранних этапах онтогенеза и становления (Волкова, 2016, 2020).

Однако в настоящее время, несмотря на большой исследовательский интерес к процессу самоактуализации и самореализации, остается до конца не изученным процесс формирования этой сущностной потребности в онтогенезе. Наше исследование посвящено рассмотрению становления процесса самореализации в онтогенезе, через выделение различных форм самореализации, оказывающихся актуальными на разных этапах становления человека как личности. Важным, на наш взгляд, является понимание того, что данная потребность предстает в разных формах на разных этапах онтогенеза, порождая и запуская процесс дальнейшего формирования личности по пути психологического благополучия, то есть, выступая важным жизненным ресурсом формирования человека и зрелой личности. Рассмотрение самореализации как жизненного ресурса особенно актуально в случае искажения процесса формирования личности, например в ситуации деструктивного поведения, асоциального поведения и даже физического заболевания (на примере детей с ДЦП) (Kantora, 2014). Актуализация данного жизненного ресурса поможет, на наш взгляд, сделать более эффективным процесс коррекционной работы, повышая адаптационные механизмы личности и позволяя ей находить более продуктивные пути реализации жизни.

Постановка проблемы. Самореализация как процесс предполагает включение сущностных сил человека, раскрытие и реализацию своих потенциалов и возможностей, постоянное осознание себя как действующего субъекта жизни, продолжение себя в результатах своего труда и других людях на благо общества.

Авторы, изучающие становление понятия самореализации, раскрывают достаточно обширную историю обращения к этому понятию (Коростылева, 2005). Однако в большей степени это понятие как синонимичное самоактуализации связывают с именем А. Маслоу. В своей работе он (Маслоу, 2011) рассматривает основные характеристики самоактуализирующейся личности. По мнению автора, такого полного раскрытия и реализации своего потенциала достигают очень немногие. Стремление к самореализации можно обнаружить в каждом человеке, но как о свершившемся факте – только у одаренных людей. Одной из характеристик самореализации является общественный интерес – желание сделать мир и жизнь окружающих людей лучше, единение с человечеством. Именно поэтому, проводя свое исследование, А. Маслоу в первую очередь исследовал людей, оставивших свой след в истории, то есть уже свершившихся. Таким образом, исторически о процессе самореализации говорили только применительно к взрослому и даже зрелому человеку, который уже реализовал себя, и плоды его реализации ощутимы другим.

Рассмотрение самореализации как процесса позволяет ставить вопросы об онтогенетически более ранних формах проявления самореализации. В литературе (Егорычева, 2007) можно встретить исследование становления процесса самореализации в подростковом возрасте. Егорычева И.Д. убедительно показывает в своем исследовании, что, опираясь на те возможности, которые формируются у личности к этому периоду, подросток не просто готовится, а реально включается в процесс самореализации.

Если обратиться к вопросу о формах самореализации, таких как самоутверждение, самоопределение, самоактуализация, то становится понятным, что в своих более простых и первичных формах процесс самореализации начинается гораздо раньше. Соотношение этих понятий во многом дискуссионный вопрос. Так, например, В.Г. Маралов (Маралов, 2015) рассматривает все указанные понятия, включая самореализацию, как формы саморазвития и, исходя из этого, определяет основные потребности, ведущие мотивы и стратегии каждого из рассматриваемых элементов. И.О. Логинова (Логинова, 2009) рассматривает данные феномены как формы жизненного самоосуществления, которое является более широким понятием, поскольку оно раскрывает сущность и духовную составляющую развития человека. В нашем исследовании мы будем рассматривать понятия «самоутверждение», «самоопределение» и

«самоактуализация» как формы самореализации, последовательно дополняющие друг друга в процессе онтогенетического развития человека и приводящие к самореализации, как целостному феномену в период зрелости – психологической и социальной.

В отечественной возрастной психологии широко используется периодизация психического развития Д.Б. Эльконина. В данной периодизации выделяются такие возрастные периоды, как: эпоха раннего детства, представленная двумя периодами: младенчество и раннее детство; эпоха детства, в которую входят периоды дошкольного и младшего школьного возраста и эпоха подростничества, состоящая также из двух периодов – младшего подросткового возраста и старшего подросткового возраста. Каждый период разделяется между собой возрастным кризисом, который завершает период и знаменует переход в другой возраст. Уже в кризисе первого года жизни проявляется тенденция ребенка физически отделиться от родителей, что связано с обретением возможности ходить самостоятельно. Кризис трех лет характеризуется психологическим отделением и началом проявления личности растущего человека. Именно позиция «Я сам» и отстаивание своего права на отдельное самостоятельное существование проявляется в признаках кризиса трех лет. Начиная с этого периода, можно говорить о появлении первичной формы самореализации – самоутверждении. Период дошкольного детства является начальным в становлении «Я», в формировании позиции «Я и другие», «Я и общество». Именно в этот период понимание взрослыми (родителями, педагогами), что самореализация ребенка в форме самоутверждения является жизненным ресурсом будущего человека, позволяет правильно формировать становящееся самоощущение Я, обеспечивая тем самым благоприятное личностное развитие в целом. Самоутверждение понимается как процесс определения своего положения в системе социальных отношений. У дошкольника можно выделить две такие системы – «Я и Взрослый» и «Я и Другой ребенок». По мнению И.Ю. Запорожец (Запорожец, 2010), процесс самоутверждения претерпевает существенные изменения на протяжении всего дошкольного детства. Она выделяет три этапа этого процесса: подражательный (возраст от 3 до 4 лет), конкурентный (возраст от 4 до 5 лет) и самооценочный (возраст от 5 до 6 лет). На первом этапе ребенок самоутверждается через другого, отзеркаливая его действия – «Я сам», «Я могу». На втором этапе самоутверждение происходит в сравнении с другим ребенком – «Я лучший» (по каким-то основаниям). На третьем этапе самоутверждение происходит уже не за счет другого, а за счет желания проявить себя, сделать правильно. Очень важно на этом этапе помочь ребенку выработать адекватные и конструктивные способы самоутверждения. И здесь большую роль играют семейные отношения, умение выстраивать отношения сотрудничества между

родителями и педагогами, сопроводить родителей в процессе воспитания дошкольника.

Подростковый возраст, как новый этап формирования самореализации, является, переломный во многих отношениях. В этот период не только активно оформляются все структуры самосознания, но и начинается собственно активность субъекта деятельности, в том числе в первую очередь направленной на самого себя. Помимо самоутверждения на этом этапе появляется такая форма самореализации как самоопределение. Самоопределение понимается как выбор и формирование собственной позиции относительно собственной жизни, путей ее реализации. В ходе самоопределения личность формирует устойчивую систему обязательств по отношению к себе и другим и реализует эти обязательства в процессе жизнедеятельности. То есть, результатом самоопределения является формирование ответственности перед собой и другими, что обязательно проявляется во вне – в различных формах деятельности. Наиболее важной характеристикой, в данном случае, является индивидуальный выбор целей и способов в оцениваемых определенным образом условиях и ситуациях жизни. Однако самоопределение невозможно без становления устойчивой системы представлений о собственном «Я» и самоидентификации. Это проявляется в такой возрастной особенности подростков, как активный поиск идеалов – образцов для подражания и идентификации с одной стороны, и обостренное желания быть независимым от других, желание отстаивать свою индивидуальность и непохожесть, с другой. Другим результатом самоопределения является формирование направленности личности, которая выступает одной из базовых детерминант процесса самореализации. Становление мировоззрения в подростковом возрасте проявляется не только в формировании устойчивых мотивов поведения, но и основных систем жизненных ценностей. Это отражается в феномене направленности личности. Однако, несмотря на обостренное стремление к взрослости, подросток не может в полной мере выступать сформированным субъектом деятельности. В этот возрастной период можно утверждать пластичность и динамичность всех процессов. Роль взрослого в лице родителей и педагогов не только не снижается, а наоборот возрастает. Задача взрослого правильно организовать условия становления личности подростка, особенно понимая те сложности, которые преодолевает он в этом процессе. И вновь хочется подчеркнуть, что при понимании процесса формирования самореализации как жизненного ресурса становящегося человека такое сопровождение просто необходимо. Подросток, с одной стороны, еще не обладает достаточно сформированными критериями различения правильного-неправильного, с другой стороны, неправильные педагогические воздействия со стороны взрослого усугубляют те трудности, которые необходимо преодолеть ему на пути

становления. Они становятся неразрешимыми проблемами, которые волнуют подростка, но с которыми ему не к кому обратиться в силу непонимания его взрослыми, подросток ощущает всю остроту одиночества и находит деструктивные формы снятия такого невыносимого напряжения. Учитывая все вышесказанное, необходимо отметить, что именно в подростковом возрасте важно оснащать родителей и педагогов знанием об особенностях становления процесса самореализации и ее основных форм. Подчеркнем, что на этапе подростничества такой формой является самоопределение.

Следующим онтогенетическим этапом, на котором происходит появлением новых форм самореализации, является юношеский возраст. Здесь основными формами становятся самоактуализация и саморазвитие. Если процесс формирования личности идет по благополучному сценарию, то в период юношества происходит осознание своих возможностей и согласование своих целей с целями общества. В случае понимания недостаточности своих возможностей юноша способен активно формировать их, создавая условия для поступательного движения по пути совершенствования себя. В отличие от предыдущих периодов онтогенеза, здесь роль «сопровождающего взрослого» максимально минимизирована. Значимый взрослый выступает скорее как наставник, который расширяет с помощью обучения собственным средствам арсенал возможностей юноши. На данном этапе самореализация уже должна внутренне ощущаться как жизненный ресурс, быть осознанным стремлением. Интересным представляется феноменологическое изучение содержания самореализации у юношей. О.И. Крушельницкой и М.В. Полевой было проведено исследование (Крушельницкая О.И., 2020) наполнения студентами первых и четвертых курсов понятия «самореализация». Авторам удалось выделить основные группы ответов, содержательно раскрывающих этот процесс. Несмотря на широкое использование данного понятия, как оказалось, истинное понимание самореализации присутствует лишь у части студентов. Остальные включают сюда содержание, которое не может быть обозначено данным понятием. Это говорит о необходимости психологического сопровождения самого юноши в формировании у него позиции в отношении самореализации как жизненного ресурса и неотъемлемой части психологического благополучия и здоровья, активизации у него ценностей здорового образа жизни в том самом всеобъемлющем понимании, о котором мы говорили, обсуждая определение Всемирной организации здравоохранения.

И лишь во взрослости проявляется такое системное свойство как самореализация, которое не снимает, а надстраивается над более ранними своими формами, раскрываясь во всей полноте и позволяя проявлять свои сущностные силы на благо других, что отражено в большинстве

определений самореализации. В период взрослости человек выступает как оспособленный субъект деятельности и собственной жизнедеятельности. Однако, несмотря на позитивное определение самореализации, стоит обратить внимание, что это не столько состояние, сколько динамичный процесс, который требует сформированные способы саморегуляции и воли. Еще А. Маслоу (Маслоу, 2011) указывал, что самореализация всегда предполагает затруднение и волю, что жизнь самореализующегося человека похожа на постоянные искания и лишь иногда полное удовлетворение и счастье, которое он называет «пиковыми переживаниями». Самореализующаяся личность имеет в своем опыте проживание подобных состояний и это обогащает ее и заставляет двигаться дальше по пути преодоления и становления.

Вывод. Таким образом, понимание самореализации как жизненного ресурса становящейся личности, затребованном на различных этапах онтогенеза делает необходимым разработку путей психологического сопровождения родителей, педагогов, людей, включенных в работу с ребенком, подростком, юношей и взрослым человеком для оптимизации этого процесса. Оно перекладывает вектор ответственности с самого формирующегося человека на взрослого, сопровождающего этот процесс, как необходимым условии здорового становления. Взрослый должен понимать, что создание условий для благополучного формирования личности – это не дело случая, а его обязанность, которая связана с витальной необходимостью ребенка становиться самореализующимся человеком. В данной работе мы только вскользь остановились на искажениях процесса самореализации, однако понимание этапов становления самореализации и основных факторов ее становления позволяют в дальнейшем поднять вопрос о тех трудностях, которые может встречать личность на своем пути к самореализации. Также позволяет диагностировать искажение процесса самореализации и формирование деструктивных стратегий на различных этапах онтогенеза, а значит более эффективно определять «мишени» коррекционной работы и помощи людям, испытывающим затруднения в конструктивной реализации себя.

Список литературы

1. Волкова О.В. Особенности развития личности, характеризующейся состоянием выученной беспомощности, на разных этапах онтогенеза // Вестник Кемеровского государственного университета. 2020. Т. 22, № 2. С. 397-408. DOI: <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2020-22-2-397-408>
2. Волкова О.В. Перспективы применения комплексной модели исследования в разработке программы, направленной на диагностику, коррекцию и профилактику выученной беспомощности в онтогенезе // Сибирский психологический журнал. 2016. № 61. С. 47-63.

3. Егорычева И.Д. Самореализация подростка: квазифеномен развития или норма возраста // Мир психологии. 2007. № 4. С. 37-48.
4. Запорожец И.Ю. самоутверждение в дошкольном возрасте как начальная форма самореализации растущего человека // Мир психологии. 2010. № 3. С. 231-240.
5. Коростылева Л.А. Психология самореализации личности: затруднения в профессиональной сфере: монография. СПб. : Речь, 2005. 222 с.
6. Крушельницкая О.И., Полевая М.В. Самореализация в понимании российских студентов // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2020. Т. 8, № 1 (28). С. 81-90. DOI: 10.23888/humJ2020179-90
7. Логинова И.О. Жизненное самоосуществление человека как предмет психологического познания // Известия ВПГУ. 2009. № 6. С. 184-187.
8. Маралов В.Г. Диалектическая взаимосвязь форм саморазвития в контексте решения проблем психологического сопровождения личности // Integration of education, 2015. Vol. 19, № 2. С. 117-125. DOI: 10.15507/Inted.079.019.201502.117
9. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. М.: Альпина нон-фикшн, 2011. 496 с.
10. Dosedlová J., Klimusová H., Burešová I. Health-related Behavior over the Course of Life in the Czech Republic // Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2016. Vol. 217. P. 1167-1175. DOI: 10.1016/j.sbspro.2016.02.137
11. Kantora J. Ludíková L. Opportunities for self-realization of pupils with severe cerebral palsy in an educational context // Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014. Vol. 128. P. 234-239.

УДК 159.974.2

К ВОПРОСУ ОБ ИПОХОНДРИЧЕСКОМ ТИПЕ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

А.Ю. Шадрина, О.В. Волкова

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

Аннотация. В статье представлен теоретический анализ исследований, посвященных изучению особенностей ипохондрического типа отношения к болезни у пациентов с точки зрения современных и классических методологических школ. Благоприятный результат терапии зависит от успешности взаимодействия врача и пациента. То, насколько участливо будет относиться пациент к своему выздоровлению, напрямую влияет на сам процесс выздоровления. Ипохондрический тип отношения к болезни не предполагает значительного вклада в рабочий альянс между пациентом и врачом со стороны пациента, что значительно осложняет процесс лечения и тормозит процесс выздоровления. Новизна данной работы заключается в комплексном рассмотрении факторов, составляющих ипохондрический синдром, и их сравнительном сопоставлении со

структурой синдрома выученной беспомощности. Теоретико-методологический анализ позволяет сделать вывод о том, что синдром выученной беспомощности тесно взаимосвязан с ипохондрическим типом отношения к болезни.

Ключевые слова: тип отношения к болезни, ипохондрическое расстройство личности, ипохондрический тип отношения к болезни, рабочий альянс, выученная беспомощность, тревожность, пациент

Актуальность. Современная медицина в целях достижения наиболее успешного результата лечения значительное внимание уделяет психологическим составляющим. Лечение является двусторонним процессом, в котором принимают участие врач и пациент. Вклад обеих сторон является одинаково ценным, и в совокупности эффективность рабочего альянса «пациент – врач» определяет успех терапии. Цель данной работы - рассмотреть один из значимых факторов, определяющих успешность лечения – тип отношения пациента к болезни.

Когда пациенты обращаются в поликлинику за помощью, врач ставит диагноз, основываясь на жалобах больного, которые, как правило, носят субъективный характер. Существуют эмпирические данные, опровергающие тот факт, что доверие врача, в ответ на жалобы пациента, совершенно оправданно, так как показатели клинических исследований идут вразрез с жалобами больного (Рассказова, 2013). Обращение пациента в поликлинику может быть мотивировано не столько тяжестью состояния и болезнью, сколько тревогой за свое здоровье.

Новые грани феномена психики раскрываются в личной истории каждого человека совершенно по-разному. Отталкиваясь от этого, особенно интересным представляется факт рассмотрения индивидуальной истории определенного пациента, а не касательно всей проблемы в целом (Якимасова, Балашова, Габбасова, Габбасова, 2019).

А.Е. Личко и Н.Я. Иванов выделили 12 типов отношения к болезни: гармоничный, эргопатический, анозогностический, тревожный, обсессивно-фобический, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический.

В основании этой классификации лежат такие компоненты, как природа заболевания, тип личности (определяемый видом акцентуации характера) и отношение к заболеванию окружения пациента.

Постановка проблемы. В рамках данного исследования особого внимания заслуживает ипохондрический тип отношения к болезни. Его проявления заключаются в сосредоточенности пациента на субъективных ощущениях, которые выражаются болезненностью, преувеличением страданий, связанных с заболеванием, активным повествованием о

своем состоянии и недуге окружающим. Кроме того, типичной является специфическая амбивалентность в плане мотивации на выздоровление, заключающаяся в следующей формуле: с одной стороны, есть желание лечиться, с другой стороны ярко выражено неверие в положительный результат лечения.

Как правило, к возникновению ипохондрического синдрома предрасполагают такие особенности личности как депрессивность, тревожность, мнительность.

Упоминания об ипохондрии появились еще в XIX веке, когда, чаще всего, мужчинам ставился диагноз «ипохондрия». Данное заболевание сопровождалось тревожностью и множеством соматических жалоб и не имело четкого начала. Так же ипохондрию не связывали с получением «первичной выгоды» в форме психической защиты от осознания травматических переживаний (Рассказова, 2013).

Диагностика ипохондрического синдрома основывается на триаде компонентов: когнитивный (телесные ощущения интерпретируются пациентом ошибочно, что в итоге приводит к убежденности в наличии заболевания), аффективный (чувство страха, что заболевание имеет место быть) и поведенческий (наличие состояния стресса, определенных убеждений, и, на фоне этого, отрицательных эмоций, возникающие нарушения в социуме). Благодаря данным компонентам, предоставляется возможным отличить ипохондрическое расстройство от других. Симптомокомплекс, присущий ипохондрическому расстройству (тревога за состояние здоровья и боязнь смерти), возможно не учитывать, так как он не является необходимым или достаточным для постановки диагноза (Рассказова, 2013). Так же необходимо отметить, что ключевым критерием диагностики ипохондрического расстройства является такой показатель, как тревога в отношении здоровья, которая определяет поведение пациента (Hiller, Janca, 2003).

В этой связи мы считаем целесообразным проведение сравнительного анализа между состоянием выученной беспомощности и ипохондрическим типом отношения к болезни относительно их структурной организованности.

Выученная беспомощность возникает под воздействием долговременных неподконтрольных событий, преодолеть которые, приложив усилия, невозможно. Учитывая, что соматическое заболевание всегда напрямую связано с кратковременным или хроническим пребыванием в состоянии стресса, а болезнь выступает в качестве неподконтрольного (зачастую) события, нам видится важным рассмотреть структуру выучено беспомощного состояния для более глубокого понимания внутренней картины ипохондрического типа отношения к болезни.

Состояние выученной беспомощности характеризуется дефицитом в четырех личностных сферах:

- эмоциональной (паника, тревога, агрессия, отчаяние, фрустрация, неопределенность как реакция на соматическое нарушение);
- мотивационной (сдвиг фокусировки доминирующей мотивации с классических жизненных ценностей на мотивацию по поддержанию неадаптивных форм «сохранения» здоровья в ипохондрическом стиле);
- волевой (уровень самоконтроля как проявления воли значительно снижается, что проявляется в неспособности «держаться в руках» и демонстрации ярко выраженных аффективных состояний);
- когнитивной (возникает острая проблема избирательности в плане поглощения информации, имеющей отношение к заболеванию, его возможном течении, а также методах терапии и потенциальных исходах болезни) (Волкова, 2018).

В процессе формирования симптомов ипохондрического расстройства можно выделить несколько ключевых факторов, к которым относятся соматосенсорное усиление или амплификация, мотивационные, личностные, социальные факторы, тревога за здоровье, а также поведение пациента в болезни (Рассказова, 2013).

Особый когнитивный стиль восприятия телесных ощущений, рассматриваемый в качестве важной детерминанты соматоформных нарушений, обозначенный А. Барским термином «соматосенсорное усиление или амплификация» (Barsky, Wyshak, 1990).

Именно так рассматривалось ипохондрическое расстройство, когда пациент становится чувствителен ко всем телесным ощущениям, тем самым пытаясь доказать наличие соматического заболевания, но, на самом деле, интерпретируя данные ощущения ошибочно.

Несколько позже структура соматосенсорной амплификации стала основываться на трех факторах: внимание к телу становится особенно повышенным, и выборочно фиксированным на слабовыраженных и достаточно редких ощущениях, тем самым, определяя данные ощущения к категории опасных и доказывающих, что заболевание серьезно (Рассказова, 2013).

Когнитивный уровень отличается усилением симптомов, на фотексикации внимания на тех симптомах, которые соответствуют гипотетическому заболеванию, замыкая круг, таким образом. На эмоциональном уровне подобный круг формируется благодаря тревожности, которая возникает в совокупности с телесными ощущениями. Данные симптомы и являются первичными для ипохондрического расстройства в данной теории.

А. Барски и Дж. Вышек наряду с соматосенсорной амплификацией эмпирически подтвердили и предположения о механизмах хронификации. Ученые установили, что ипохондрики, относительно здоровых людей, все ощущения воспринимают более остро и в отрицательном ключе.

Интерпретируя данные ощущения как показатели заболевания, пациенты не фиксируют дополнительного внимания на бытовых аспектах жизнедеятельности, к которым можно отнести не установленные режимы дня, питания и двигательной активности, а так же многие другие факторы (Barsky, Wyshak, 1990).

Как отмечает Е.И. Рассказова, реакция на эмоциональном уровне, ее особенности в ответ на раздражители, которые связаны с заболеванием и состоянием здоровья, а так же их значимость для индивида, вполне могут быть рассмотрены, как компоненты, связанные с развитием и хронификацией ипохондрического расстройства. Но важно отметить, что совокупность компонентов, стимулирующих реакцию на эмоциональном уровне на фоне ипохондрического расстройства, значительно больше, учитывая то, что возможно включение раздражителей, связанных не только с тревогой, но так же и с паникой. Наряду с тревогой в отношении здоровья, как фактор хронификации ипохондрического расстройства может рассматриваться и поведенческий фактор пациента в состоянии болезни, но рассматривать его в качестве характерного для ипохондрического расстройства невозможно, так как данные свойства могут соответствовать широкому спектру заболеваний (Рассказова, 2013).

Поводом для рассмотрения личностных, мотивационных и смысловых факторов ипохондрического расстройства является связь между проживанием соматических ощущений, симптоматики заболевания и личностно-смысловая переработка данного процесса.

В качестве одного из важных направлений в изучении данного вопроса необходимо выделить исследование осмысления пережитого телесного опыта и его особенностей, фиксируя внимание скорее на искажении его смысла, чем на искажении пережитых ощущений.

Другим направлением исследования возможно определение особенностей личности и самосознания через определение отношения к телесному опыту. Отмечается, что пациентам присущи эгоцентрические и конверсионные характеристики, если в синдроме прослеживаются истерические элементы. Результаты многих эмпирических исследований утверждают, что у пациентов, для которых характерно ипохондрическое расстройство, наблюдаются статические изменения Я-образа на телесном и категориальном уровнях самосознания, а также нарушение саморегуляции деятельности подструктур ценностно-смыслового уровня (Рассказова, 2013).

Проявления ипохондрического синдрома напрямую зависят от запланированных и воплощенных целей, касательно здоровья, что говорит о важности контроля смысловой регуляции.

В сложностях в интерпретации и проявлении эмоций пациента в процессе коммуникации и, в целом, в межличностных отношениях при со-

матоформных расстройств, предположительно, имеют большое значение подавленные эмоции и алекситимия в формировании симптомов, но первоочередно данная гипотеза относится к соматическим жалобам, а также является третьим направлением исследования (Рассказова, 2013).

Существует мнение, что возникновение ипохондрического расстройства обусловлено патологически измененными убеждениями пациента, на основании которых формируются определенные предположения, установки. Подобные представления в искаженном виде могут возникнуть на фоне перенесенного заболевания или наблюдением за течением заболевания у другого человека. При возникновении провоцирующих компонентов, к которым можно отнести соматические проявления, происходит активация убеждений пациента, влекущая за собой самопроизвольные негативные мысли.

В соответствии с МКБ-10, ипохондрия относится к психическим расстройствам. Ее можно разделить на первичную и вторичную. Первичная относится к расстройствам соматоформного типа и называется «ипохондрическим расстройством». Учитывая это, первичная ипохондрия является соматизированным расстройством, сопровождающимся изменениями в работе физиологических механизмов. Так же необходимо отметить, что бывает и вторичная ипохондрия, которая возникает на фоне аффективных расстройств.

Вывод. Медико-психологическое сопровождение пациентов с ипохондрическими расстройствами вызывает много противоречий в современной медицине и клинической психологии. Неоднократно поднимался вопрос о том, что у пациентов, обращающихся за помощью в поликлиники, в процессе детального обследования обнаруживается, что, ориентировочно половина, имеет ряд непсихотических психических расстройств. Следовательно, подразумевая, что ведение данных пациентов должны на себя взять врачи общесоматической сети, контролируемые специалистами психиатрической обрести. Подобные идеи встречаются у многих авторов, что наталкивает на преобладающее отношение по такому типу к нервно-психическим расстройствам в российской медицине.

Как отмечает Д.Г. Платонов, нарастающая дискретизация нозологии не позволяет сосредоточиться на продолжительности психического расстройства, а видит множество отдельных нозологических единиц, в то время когда идет пролонгированный процесс формирования и развития одного расстройства (Платонов, 2016).

Успех лечения в формате современного лечебно-диагностического процесса может быть достигнут при соблюдении комплексного подхода, в основе которого лежит принцип отечественной медицинской школы, призывающий «лечить больного, а не болезнь» (Е. В. Ефремова, И. А. Сабитов, 2015).

Изменения, характерные для ипохондрического расстройства, происходят в когнитивной, поведенческой, соматической сферах. Данные изменения стимулируют тревожное состояние пациента, провоцирующее постоянное повышение отрицательных изменений в психике, тем самым, снижая мотивацию на выздоровление и угнетая волевые характеристики. Данный симптомокомплекс позволяет нам предположить, что ипохондрический тип отношения к болезни стимулирует у пациентов возникновение состояния выученной беспомощности и требует более глубокого анализа.

Список литературы

1. Волкова О. В. Выученная беспомощность: технология исследования генеза: монография. Новосибирск: СО РАН, 2018. 229 с.
2. Ефремова Е.В., Сабитов И.А. Коморбидность и клиничко-психологическое функционирование больных хронической сердечной недостаточностью // Журнал сердечная недостаточность. 2015. Т. 16, № 2 (89). С. 111-117.
3. Платонов Д.Г. Проблемы классификации ипохондрических и аффективных расстройств в клинике пограничных состояний // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 2 (91). С. 48-50.
4. Рассказова Е.И. Психологические и поведенческие факторы ипохондрических расстройств // Вестник Московского университета. Сер. 14: Психология. 2013. № 3. С. 83-101.
5. Якиманская И.С., Балашова С.В., Габбасова Э.Р., Габбасова А.В. Отношение к болезни и характер детских травматических воспоминаний // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2019. Т. 8, № 1 (26). С. 397-400.
6. Barsky, A.J., Wyshak, G. Hypochondriasis and somatosensory amplification // British Journal of Psychiatry. 1990. Vol. 157. P. 404-409.
7. Hiller W., Janca A. Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments // Acta Neuropsychiatrica. 2003. Vol. 15. P. 167-179.

Подписано в печать 08.04.2021 г.
Бумага офс. 80 г/м².
Усл. печ. л. 29,5. Тираж 20 экз. Заказ № 254.

Отпечатано в ООО «Версо».
660079, г. Красноярск, ул. А. Матросова, 30к.
Тел.: 235-04-89, 235-05-89, e-mail: versona24@yandex.ru

