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

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

**Материалы Всероссийской
научно-практической конференции
с международным участием
(Красноярск, 22-23 ноября 2013 года)**

Красноярск
2013

УДК 616. 89
ББК 88. 46
П 86

Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. уч./ гл. ред. И. О. Логинова. – Красноярск: Версо, 2013. – 420 с.

Редакционная коллегия:

И. О. Логинова – главный редактор,

О. В. Волкова – редактор,

Ж. Г. Дусказиева – редактор,

О. А. Сидоренко – редактор,

Е. И. Чернова – редактор,

В. Б. Чупина – редактор,

Н. Н. Вишнякова – технический редактор,

Г. В. Сенченко – технический редактор

Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» содержит статьи ученых, специалистов в области психологического здоровья, студентов психологических факультетов. Представленные материалы посвящены актуальным вопросам ценностного отношения к здоровью как жизненному ресурсу и жизненному потенциалу человека, медико-психолого-педагогическим аспектам здоровья и здорового образа жизни, психологическому обеспечению здоровьесберегающих и здоровьеформирующих технологий.

© КрасГМУ, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. **ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ** 8

К вопросу об аксиологических критериях психологического здоровья
Т. А. Баранова, С. А. Никипелова 8

Психологическое здоровье в поиске новых эталонов и патология «нормального человека» в зеркале повседневности
Н. И. Нелюбин 13

Формирование здорового образа жизни у детей дошкольного возраста
Т. Г. Пичугина 20

Ценностное отношение к здоровью как профессионально значимая характеристика личности будущих педагогов
О. А. Сидоренко, Т. И. Петрова, О. В. Александрова 26

Проблема психологического здоровья человека на ранних этапах онтогенеза: теоретико-методологический аспект
О. А. Скорлупина 31

Раздел 2. **ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ** 38

Психоэмоциональное состояние как здоровьесберегающий ресурс у беременных женщин готовых и неготовых к материнству
Е. Г. Грищенко 38

Исследование устойчивости жизненного мира человека
И. О. Логинова 44

Стремление к самоопределению как основа психологического здоровья в юношеском возрасте
Н. И. Трубникова, В. Е. Трубников 54

Возможности оптимизации жизненных ресурсов будущих врачей
В. Б. Чупина, Ю. В. Живаева 60

Раздел 3. **ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ** 66

Creating a secure ambiance within an educational institution a system-defined approach
L. Moshinsky, Y. Shacham 66

Здоровьесберегающее пространство – залог формирования здоровой личности
В. Л. Богатенкова 73

Об организации деятельности педагога-психолога по сохранению, поддержанию и обогащению психического здоровья педагогического состава дошкольного учреждения
Г. Н. Гайнулина 80

Внутренняя картина здоровья специалистов помогающих профессий как фактор развития их профессиональной компетентности
К. С. Карташова, Е. Ю. Федоренко, Е. В. Потапова 86

Охрана психологического здоровья преподавателей в медицинском университете
М. А. Лисняк, М. А. Машукова 94

Психологическое просвещение как превентивная практика здоровьесбережения
Н. В. Лукьянченко, В. Э. Пахальян 101

Рациональная организация учебного процеса по физической культуре как вариант здоровьесберегающей технологии
О. Л. Мазова, Ю. В. Живаева 105

Сохранение психологического здоровья ребенка в условиях организации психологической службы в образовательном учреждении
И. С. Морозова 111

К вопросу реализации здоровьесберегающих образовательных технологий в учебном процессе
С. И. Почекуева, Ю. В. Живаева 118

Возможности методов и технологий имитационного моделирования в развитии стрессоустойчивости студентов – будущих психологов
О. А. Сидоренко, К. А. Купцова 126

Инклюзивное образование как фактор социализации детей с ограниченными возможностями развития
М. В. Сокольская, О. О. Олифер 130

Раздел 4. **МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ** 138

Children's language disorders and development of fatigue to follow
Julija Andrejeva 138

Puppeteers and medical experiences of joint projects in lithuanian
Salomeja Burneikaite 144

Сравнительный анализ самооценки здоровья и уровня субъективного контроля в области здоровья у представителей различных групп диспансерного учета
Н. Н. Вишнякова, Н. И. Дьякова, Г. В. Сенченко 153

Соматический статус ребенка как фактор, детерминирующий предпосылки к формированию выученной беспомощности
О. В. Волкова 160

Использование музыкотерапевтических техник в работе психолога с детьми
О. С. Размахова 170

Раздел 5. **ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ** 179

Особенности агрессивного поведения детей дошкольного возраста
С. Г. Авхадеева, Ю. В. Живаева 179

Профилактика суицидального поведения старших подростков
Н. В. Басалаева, А. В. Измайлова 188

Анализ психологических факторов здоровья
Ж. Г. Дусказиева 195

Необходимость психологической реабилитации у больных, страдающих ИБС
Е. В. Зорина, Н. Н. Вишнякова 200

Девиантное поведение как проблема психологии здоровья
Д. В. Каширский 204

Профессиональные деформации педагога
Е. Э. Кригер 211

Влияние стиля родительского отношения на формирование девиантного поведения в подростковом возрасте
И. О. Кононенко, Е. В. Зорина, Н. Н. Вишнякова, Л. В.Зазворка 217

Медико-социальные проблемы дальнего востока
Е. А. Левкова, Е. Л. Мотрич, Н. Э. Косых, С. З. Савин, М. В. Сокольская 221

Способность к саморегуляции как составляющая психологического здоровья
Ж. А. Левшунова, А. С. Левшунов 226

Психологическое здоровье в условиях профессиональной деятельности на примере молодых педагогов
В. В. Матушкина 233

Переживание собственного несовершенства как фактор эффективного развития личности
К. С. Познанская 237

Самореализация и личностные особенности работающих и неработающих женщин как проявление психологического здоровья
А. Н. Свиридова 246

Социально-психологические аспекты в комплексном подходе к реабилитации пожилых пациентов
Н. В. Тихонова, Ж. Е. Турчина, В. М. Ильюшенко 253

Иерархия стрессогенных факторов – предпосылок эмоционального выгорания у студентов-выпускников медицинских университетов
Т. В. Черникова 258

Контрастно-частотные характеристики зрительного восприятия у больных шизофренией
И. И. Шошина[1,2], Ю. Е. Шелепин[2], К. О. Новикова[1] *264*

Раздел 6. **СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ** 271

Застенчивость: особенности проявления
и причины возникновения в дошкольном возрасте
Я. В. Ануфриева 271

Теоретический аспект изучения проблемы психологического времени
И. В. Белкова 278

Проблема вич и спида как следствие девиантого поведения
Л. А. Блинова, Н. В. Басалаева 285

Подростковая безнадзорность как фактор,
влияющий на психологическое здоровье
О. С. Боровко, А. Н. Свиридова 291

Методы коррекции страхов у детей старшего дошкольного возраста
О. В. Гаврилица 296

Анализ качества жизни пациентов с хроническими
облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей
В. А. Гейль 303

Исследование проблематики психологии здоровья
А. Голов, Ю. В. Живаева 309

Особенности совладающего поведения студентов первого года обучения
Ю. А. Горлова, Т. В. Казакова 313

Исследование ценности здоровья у студентов медицинского вуза
Д. С. Злобина, Е. И. Чернова 322

Психолого-образовательное сопровождение здоровьесбережения
вич-инфицированных людей
А. В. Измайлова, Н. В. Басалаева. 327

Одиночество как фактор влияющий на психологическое
здоровье подростков (на примере подростков разной
степени асоциальной направленности)
К. Г. Котова, А. Н. Свиридова 333

Использование изотерапии при работе с детьми-инвалидами
А. А. Макарова, Н. В. Басалаева 339

Использование арт-терапии в работе психолога
для развития коммуникативных способностей подростков
А. С. Малютина, Н. В. Басалаева 345

Частота встречаемости нарушений пищевого поведения у подростков
и старших школьников с разными уронями тревожности
В. А. Осадчая, Ю. В. Живаева 352

Факторы, определяющие эффективность
адаптации студентов первокурсников
К. В. Рахманова, Ю. В. Живаева 358

Специфика коррекционно-развивающей работы
с детьми с ограниченными возможностями здоровья
Е. И. Ростовых 362

Особенности этнической идентичности подростков
из числа коренных малочисленных народов севера эвенков
М. Ю. Румянцева 370

Психологическое консультирование женщин,
планирующих отказ от ребенка в родильном доме
как средство профилактики социального сиротства
М. А. Скоробогатова 376

Техники психологического консультирования женщин,
планирующих отказ от ребенка в родильном доме
М. А. Скоробогатова 384

Гендерное исследование соотношения представления
о счастье и темперамента
Ю. М. Смирнова, Ю. В. Живаева 391

Суверенность личности как основание психологического здоровья
Р. А. Сурвила 396

Синдром дефицита внимания – гиперактивности как специфическая
особенность детей младшего школьного возраста
Е. В. Ткачева, Ю. В. Живаева 403

Жизнестойкость как базовая характеристика людей
больных онкологическими заболеваниями
И. Ю. Ткачук, Ю. В. Живаева 409

Гуманистические ценности как показатель наивысших
общечеловеческих нравственных качеств студентов
М. П. Федоренко, С. М. Колкова 414

Раздел 1

ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

К ВОПРОСУ ОБ АКСИОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Т. А. Баранова, С. А. Никипелова

Нижегородский госуниверситет им. Н. И. Лобачевского

Перемены, происходящие в современном российском обществе на протяжении последних двадцати лет, трансформация его базисных основ, динамичное обновление среды обитания, изменение отношения к себе, другим и окружающей среде необходимо приводят к осмыслению (переосмыслению) механизмов жизнедеятельности человека. В связи с этим актуализация проблемы психологического здоровья в период разворачивания третьего этапа развития психологической науки – постнеклассическим – становится очевидной, так как внимание к человеку, его сущностным характеристикам, поиск средств и условий становления человека как субъекта собственной жизни, анализ человеческих проявлений в реальных отношениях, поведении, деятельности.

Осмысление современными исследователями феномена психологического здоровья пока не привело к появлению общепринятого унифицированного толкования, оно имеет синкретичный характер в силу многозначности и неоднородности состава. В рамках научных школ, занимающихся проблемами психологического здоровья, разработаны многообразные методологические подходы к анализу и оценке данного феномена: личностно-ориентированный (клиент-центрированный) подход К.Роджерса, антропологический подход (Б.С. Братусь, В.И. Слободчиков), концепция психического и психологического здоровья (И.В. Дубровина) и др. К настоящему времени в науке сформировалось общее понимание содержания теории психологического здоровья, включающее в себя такие проблемы, как понятие психологического здоровья, проблема психологического здоровья, основа психологического здоровья, критерии психологического здоровья (Шувалов А.В., 2009, с.89).

Так, основными, определяющими критериями психологического здоровья называются направленность развития человека и характер актуализации человеческого в человеке. Развитию человеческой субъективности, лежащей в основе психологического здоровья, могут препятствовать многочисленные факторы, не обязательно отмеченные самим человеком как отклонения от нормы. «Коварство» феномена психологического здоровья заключается в том, что человек чувствует себя «в норме»,

он довольно легко и успешно адаптируется в новых условиях, производит благоприятное впечатление на окружающих, преуспевает в делах, избегает поводов для внутриличностных конфликтов, не допускает дискомфортных состояний.

Одним из важных показателей психологического здоровья, его ослабления или отсутствия являются культурные ценности, разрушение которых необходимо приводит к формированию новых поведенческих моделей и мировоззренческих трансформаций. Сохранение же ценностей, их охрана и развитие есть продукт человеческой деятельности, есть норма жизнедеятельности, есть основа психологического здоровья. Действия же, направленные на разрушение культуры (от которых приходится охранять культуру) называются вандализмом (Рождественский Ю. В., 1996).

Вандализм как модель человеческого поведения проявляется в трех типах:

Физическое уничтожение фактов культуры. Наиболее известный тип вандализма, множество примеров которого всем знакомо. Уничтожение памятников зодчества и архитектуры, исскуства, природных памятников и т.д. длится в течение веков и тысячелетий и связано чаще всего с конфликтами (военными, этническими, конфессиональными). Этот вид вандализма рассматривается в правовом поле, социально осуждаем. За сохранение памятников культуры несут ответственность многочисленные институты государства. Именно этот вид вандализма подразумевается при описании термина в словарях. Сравним две дефиниции: в словаре русского языка вандализм определяется как «беспощадное разрушение и уничтожение памятников культуры и искусств» (Словарь русского языка в 4-х тт., 1985. – Т. 1, с. 136); в словаре иностранных слов «вандализм (фр.vandalisme, от лат. vandali – древнегерманские племена, подвергшие в 445 г. разгрому и разграблению Рим) – беспощадное разрушение памятников культуры и искусства, бессмысленное уничтожение материальных ценностей» (Булыко А.Н., 2005, с.137).

Разрушение систематизации, классификации и кодификации фактов культуры, и, на этом основании, невозможность культуропользования. На определенном этапе развития государства и общества ослабевает внимание к проблеме сохранения культурных фактов, а институты прикладного культуроведения не справляются с задачами систематизации своевременно, не отражают современной структуры культуры.

Падение образования или недостаточно современный уровень образования. Этот тип вандализма уничтожает запросы культуропользователей, делает культуру невостребованной и потому постепенно разрушающейся.

Все три типа вандализма, перечисленные выше, – физический, систематизаторский и образовательный – ярко проявляются в те моменты, когда большая масса людей быстро включается в новую для себя культуру или переходит к освоению нового страта культуры. Освоение нового

страта культуры мы наблюдаем в настоящее время, напимер, в связи с введением информационной техники и информатики.

Проведенный нами опрос студентов показал, что большинство респондентов (91,7 %) считают вандализмом физический, о систематизаторском и образовательном вандализме никогда не слышали и не задумывались. Остальные респонденты (8,3%) помимо физического слышали о двух других, но ничего конкретного об этом не смогли сообщить. Что касается причин разрушительного поведения человека, ответы распределились следующим образом: 54,2% основной причиной считают агрессивность человека, 32,4% назвали самоутверждение, 13,4% указали безделие. На вопрос «Отражается ли на психологическом здоровье человека разрушительное поведение?» 27,8% респондентов ответили утвердительно, 63,3% считают, что вандалы больше наносят вред другим людям и культуре, чем себе, 8,9% затруднились ответить на вопрос. Опрос проводился среди студентов на факультете международных отношений Нижегородского государственного университета им.Н.И. Лобачевского. Общее количество респондентов – 174 студента 1-3 курсов. Опрос выявил, на наш взгляд, несколько важных аспектов: 1) низкий уровень осмысления и критического отношения к явлению, которое, к сожалению, нельзя отнести к редким, уникальным. В средствах массовой информации, как федеральных, так и региональных, часто поднимается эта тема. Нет недостатка в информационных поводах, но нет и должного интереса и последующего обсуждения в обществе; 2) поверхностное понимание проблемы психологического здоровья, в первую очередь, своего собственного; 3) необходимость разъяснительной, просветительской деятельности специалистов с молодым поколением в сфере формирования, развития и коррекции психологического здоровья, приобщения к культурным ценностям как базовым конструктам и показателям психологического благополучия.

В содержании этой работы, на наш взгляд, ее ядром должно быть понимание и осознание необходимости опираться на достижения духовной культуры и возможности включать в свою повседневную практику готовность быть активным культуропользователем и культуростроителем.

Так, в структуре психологического здоровья, помимо прочего, необходима и опора на осмысление важнейших категорий духовной культуры, которые позволяют определять мотивы поведения человека, понимать выбор принятого им решения и т.д.

Категории духовной культуры огут быть представлены в трехмерном измерении – в соотношении и взаимосвязи дистинктивных, носительских и содержательных. Так называемая дистинктивная класификация способствует определению духовного культурного уровня отдельных лиц, организаций и целых обществ, исходя из ценностей, которые даны данным уровнем духовной культуры. В ее основе области духовной

культуры мораль, позитивное знание, эстетическая культура. Дистинктивные категории относятся к установлению ценностей. Они объединяют содержательные и носительские категории культуры. Через носительские категории, которые связывают между собой понятие прекрасного, его отношение к морали, позитивному знанию, имеется возможность оценок характера культуры личности. Содержательные категории духовной культуры позволяют оценить образование, принятое в данной семье, обществе и конкретную образованность личности.

Смысл обращения к категориям духовной культуры при анализе критериев и показателей психологического здоровья человека заключается в том, что в мировоззрении, поведении, в жизнедеятльности человека должны отражаться культурные ценности, восходящие к различным стадиям развития культуры, где каждый новый слой (страт), качественно отличаясь от предыдущего, сосуществует с ним. Новыми достижениями культуры человек пользуется, прежние подвергаются переосмыслению, но не уничтожаются. В этом (идеальном) смысле культура – это всегда прирост, приумножение, обогащение. В результате приобщения к ценностям культуры, пользования ими и приумножения их обогащается, развивается человек. Так, в аспекте базовых категорий духовной культуры в человеке как пользователе культуры необходимо присутствуют четыре ипостаси, вложенных в него богатой историей культурных ценностей: 1) «родовой человек», «фольклорный человек», придерживается практической морали, которая способствуют выбору в пользу богатства семьи и рода, даже принесения себя в жертву интересам семьи и рода: выбор при вступлении в брак, выбор между жизнью и смертью в критической ситуации. Этот моральный выбор не зависит от физического развития человека и от владения им современной техникой; 2) «личность», «духовный человек», духовная мораль, способствующая выбору в пользу ценности жизни и имущества людей. В их семейной традиции нанесение ущерба своему родственнику или иноплеменнику – одинаковый грех. Они опасаются возмездия от мирового разума в этой и будущей жизни. Они не делают материальные приобретения главным критерием жизни. Ценности духовной морали существуют как продукт семейного воспитания. Если такие люди не знакомы с профессиональной моралью, но им предложена экологическая мораль, то они примут ее на словах, но с трудом осуществляют ее в практическом плане, то есть не могут «действовать локально при том, чтобы мыслить глобально». Они станут сочувствовать экологической морали, общей теории безопасности, но не примут сознательно идеи честной конкуренции; 3) «индивид», «человек договора», идея общественного договора, в соответствии с которой, независимо от того, знают ли люди философию, моральный выбор их будет основываться на личных обязательствах. Жизнь воспринимается как личные обязательства, в которые человек вступает добровольно.

Поэтому такой человек считает самым важным свободу выбора при вступлении в договор. Такой человек или сообщество склонно верить специалистам-профессионалам и сам более всего ценит свои профессиональные возможности и обязательства. Если в семье религиозно-догматическое сознание развито слабо, то мерой общественного престижа он считает состояние, заработанное честным (т.е. договорным) трудом. Слабость религиозного воспитания сближает его с фольклорным человеком. В социальном осознании человек полагает, что общество как система общественных договоров развивается независимо от его воли. Ему нужно так устроить свою жизнь, чтобы угадать направление общественного развития и занять на основе этих предположений наиболее выгодную позицию, которая сама сделает его популярным и состоятельным, благодаря честному следованию профессиональной морали. Чувствуя связанность свою со стихийно развивающимся обществом, человек не задумывается над цельностью своей личности и в зависимости от типа договора с другими людьми может быть разным по поступкам и темпераменту в разной ситуации; 4) «персональность», когда человек в принципе совмещает практическую, духовную и профессиональную мораль, умеет найти их связи при совершении морального выбора, считает, что его личные поступки в состоянии изменить состояние общества, изменить направление его развития. Ищет коалиции с другими людьми для проведения в жизнь какой-либо идеи, склонен пропагандировать их своими поступками и речами. Является проводником идеи честной конкуренции, безопасности и экологических действий. Если фольклорные нравственные знания усвоены недостаточно, может не заботиться о родственниках и страдает от отсутствия семейной эмоции, прибегает к психотерапевтической помощи. Если религиозные догматические знания недостаточны – склонен образовывать коалиции с людьми нестандартного поведения (движения гомосексуалистов с публичным показом своего интимного поведения, движения феминистские с разрывом связей между поколениями и др. подобное). Если идеи общественного договора усвоены недостаточно – склонен отвергать знания и навыки профессионалов (например, не прибегать к помощи медицины и обращаться к колдунам и экстрасенсам) и легко меняет профессию, выступает как дилетант.

Таким образом, в жизнедеятельности современного человека необходимо проявляется все многообразие накопленного опыта: во-первых, это традиции и обычаи, которые складываются веками и живут долго, а если это традиции и обычаи, связанные с религиями, то они живут тысячелетия; во-вторых, ценности и руководящие принципы стран и народов также являются долгожитлями, хотя подлежат эрозии, изменениям трактовок, отношения к ним, но в целом они тоже живут века и тысячелетия; в-третьих, миссии, ценности и руководящие принципы институтов (коллективов) меняются более быстро, желательно, чтобы срок

их жизни был сравним со сроком жизни самих институтов (коллективов). Хотя реально они живут десятилетия, иногда полстолетия, крайне редко – столетия; в-четвертых, стереотипы поведения, привычки, стили живут годами, в-пятых, навыки тоже годами, для приобретения глубоких новых навыков нужно 2-3 года; в-шестых, знания приобретаются в зависимости от их серьезности в течение от месяца до 2-3-х лет; в-седьмых, правила, которые устанавливает институт (коллектив), могут иметь разную продолжительность, но когда нужно, можно менять их довольно быстро – за несколько месяцев. Скорость изменения приказов может измеряться днями, а действия люди совершают ежедневно и ежечасно.

Перечисленные выше аспекты жизнедеятельности современного человека так или иначе проявляются в характере его поступков, в развитии направленности личности, в развитии субъективности. Какие из них оказывают существенное влияние на формирование психологического здоровья, каким образом формируются отклонения от нормы – под воздействием внешних или внутренних факторов? Какой должна быть эффективная политика поддержания психологоческого здоровья современного человека? Осмысление проблемы продолжается, поиск ответов на поставленные вопросы, возможно, породит перспективу последующих изысканий.

Список литературы:

1. Булыко А.Н. Современный словарь иностранных слов [Текст]. – М.: Мартин, 2005. – 848 с.
2. Рождественский Ю.В. Введение в культуроведение [Текст]. – М.: ЧеРо, 1996. – 288 с.
3. Словарь русского языка в 4-х тт. // Под ред. А.П. Евгеньевой – М.: Русский язык, 1985.
4. Шувалов А.В. Психологическое здоровье человека [Текст]. // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика, Психология. – Вып.4 (15). – 2009. – С.87-101.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В ПОИСКЕ НОВЫХ ЭТАЛОНОВ И ПАТОЛОГИЯ «НОРМАЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА» В ЗЕРКАЛЕ ПОВСЕДНЕВНОСТИ

Н. И. Нелюбин

Омский государственный педагогический университет

Возрастание интереса профессионального сообщества к пересмотру проблемы психологического здоровья, связано с включением этой проблемы в более широкий, – антропологический контекст обсуждения, с попыткой преодоления элементаризма и симптоматического принципа в ее дальнейшей разработке. Эта тенденция является следствием смены эталонов научного познания в психологической науке, которая синхронно влечет за собой смену эталонов психологического здоровья. В рамках

классического типа рациональности психологическое здоровье описывалось и по инерции продолжает описываться в категориях адаптации, отражения, гомеостаза с ориентацией на принцип детерминизма, «постулат сообразности» и «универсализм» в поиске его всеобщих критериев. В рамках неклассического типа рациональности психологическое здоровье признается производной от процесса встраивания отдельного индивида в определенную социальную ситуацию развития, «каталог деятельностей», культурно-исторический контекст (которые включают в себя фактор неопределенности) и его способности преодолевать конфликт «индивидуальное – общественное», «индивидуация – персонализация». Проблема начинает описываться в категориях гетеростаза, активности, творческого напряжения, с опорой на телеологический детерминизм.

В контексте постнеклассической психологии психологическое здоровье окончательно выводится за рубежи адаптивных, равновесных состояний индивида, встроенного в предуготовленные общественные отношения и деятельности. Оно становится выражением состояния «человеческого бытия», что требует в его изучении выхода за рамки деятельностного опосредования психики субъекта, обращению к категории «существование» и ценностно-смысловым контекстам человеческого бытия (Знаков, 2005). Сам человек полагается как сверхсложная многомерная система, продленная в мир, и формирующая «… через эту продленность свое жизненное пространство, в котором (и через которое) происходит его самоосуществление» (Клочко, 2005, С. 151). В качестве главного критерия психологического здоровья рассматривается способность человека порождать, переживать и делать предметом рефлексивного постижения опыт, имеющий для него самого жизненный смысл. Поэтому обсуждаемая проблема сегодня все чаще становится предметом феноменологической герменевтики (Л. Бинсвангер, М.К. Мамардашвили, П. Рикёр, М. Хайдеггер) как центрального метода анализа человеческого бытия, хотя на страницах одноименных сборников, могут вполне сосуществовать как концепции, явно тяготеющие к одному из трех эталонов познания, так и построенные по эклектическому принципу.

Психологическое здоровье недостаточно рассматривать лишь как производное от различных психических свойств, состояний и функций среднестатистического человека, которые могут выражаться количественно. Сам по себе такой угол рассмотрения ведет к неминуемому тупику, который заключается в бесконечном перечислении многочисленных критериев и показателей, подлежащих внешнему наблюдению, экспериментальной психометрии и психодиагностическим измерениям. На наш взгляд, психологическое здоровье человека не должно сводиться к корреляту адаптивно-отражательных и регулятивных функций психики, «стоящих на страже» субъективно воспринимаемого индивидом благополучия. В качестве первого аргумента следует отметить, что зачастую

«объективные» критерии и показатели психологического здоровья бывают сформулированы в контексте достаточно обыденной картины мира и человека: «Если вы посмотрите на язык представлений «здоровье – болезнь», «отклонение от нормы – норма», или, как иногда социологи выражаются «комфортное – дискомфортное», «адаптивное неадаптивное» состояние, вы сами можете легко понять, что все эти слова возникают в мире тех представлений, в мире тех скрытых посылок, существенных скрытых ниточек, которые лежат за самыми простыми, казалось бы, банальными и несложными мыслями и мысленными ходами» (Мамардашвили, 2012, С. 349). Так многие «рецепты» психологического здоровья (например: «необходимо 16-20 раз смеяться в течение дня»; «записывайте свои желания левой рукой»; «избегайте чрезмерного самоанализа») оказываются производными от упрощающих схем мира «… которые не есть продукт исследования мира, а есть просто исполнение желания самосохранения в мире» (Там же, С. 331).

Чтобы не впасть в подобное упрощение столь сложного и неоднозначного феномена, необходимо отталкиваться от идеи человека и, собственно человеческого. Такие углы рассмотрения вопроса сегодня начинают появляться в научных публикациях: «категория «психологическое здоровье» фиксирует антропологический эталон здоровья, определяет направленность развития и характер актуализации собственно человеческого в человеке» (Шувалов, 2009, С. 14). Этот тезис вполне вписывается в смысловой контекст базового постулата экзистенциальной психологии, сформулированного Ж.-П. Сартром: «Человек существует лишь настолько, насколько себя осуществляет». Схожую мысль высказал и М.К. Мамардашвили, подчеркнув, что человек есть «существо далекого» или «состояние определенного усилия быть человеком» (Мамардашвили, 2012, С. 262).

Основным же постулатом инерционной, гомеостатической идеи человека является тезис, в котором утверждается, что «… человек есть адаптируемое, контролируемое существо, которое гармонически должно быть вписано в существующие общественные отношения, в культурный и так далее строй и должно своим поведением, своими состояниями сознания, своей деятельностью воспроизводить существующие, заставаемые им готовые отношения» (Там же, С. 374). Гносеологической «обителью» этого упования является достаточно наивное сознание, которое по мысли С.Л. Рубинштейна «… признает объективным миром, бытием окружающий нас мир вещей, потому что, данный в чувственном восприятии, он представляется нам, когда, живя и действуя, мы сталкиваемся с ним, готовым без нас и независимо от нас: он дан нам, а не создан нами; мы его как опыт испытываем, он нами воспринимается, т. е. как будто пассивно приемлется, а не конструируется, – словом, он независим от нас». При этом упускается из виду собственно конституирующая

функция субъекта, который «… в своих деяниях, в актах своей творческой самодеятельности не только обнаруживается и проявляется; он в них созидается и определяется» (Рубинштейн, 1986, С. 106).

Таким образом, постановка проблемы психологического здоровья человека (в контексте современной психологической антропологии) требует преодоления нормоцентрической установки в профессиональном мышлении, которая зачастую базируется на утилитарно-прагматических, наивных схемах мира. Статистический нормоцентризм, элиминирует понимание человека как «проекта», в направлении которого каждый индивидуум реализует путь самоосуществления, «напряженную возможность» приобщения к вечно длящимся актам, вопросам и предельным беспокойствам, в общем-то, весьма неадаптивным состояниям. Подобная элиминация уже приводила западное общество к тому, что В. Франкл называл «ноогенным неврозом», а А. Маслоу «психапатологией обычного»: «Конечно, все более и более очевидным кажется то, что мы называем «нормальным» в психологии на самом деле является психопатологией обычного, такой недраматичной и настолько широко распространенной, что мы обычно даже не замечаем этого» (Маслоу, 2001).

Отдельная трудность в разработке вопроса заключается смешении критериев психологического и психического здоровья. Б.С. Братусь указывал на неправомерность заимствования критериев психического здоровья при определении границ психологическом здоровье личности: «Поэтому человек может быть вполне психически здоровым (хорошо запоминать и мыслить, ставить сложные цели, быть деятельным, руководствоваться осознанными мотивами, достигать успехов, избегать неудач и т.п.) и одновременно быть личностно ущербным, больным (не координировать, не направлять свою жизнь к достижению человеческой сущности, разобщаться с ней, удовлетворяться суррогатами и т.п.). Кстати, если говорить о тенденциях современного общества, то надо признать, что для всё большего количества людей становится характерным именно этот диагноз: *психически здоров, но личностно болен»* (Братусь, 1997, С. 9-10). Обыденное сознание «массового человека», вполне адаптированного и успешного (в плоскости вещного бытия) является лишь ширмой, прикрывающей глубокий раскол между мнимым и аутентичным, между персоной и сущностью человека: «Болезни (*обыденного – Н.Н*) сознания – это деформации опыта, упрочивающие себя в качестве нормы» (Молчанов, 2007, С. 197).

Таким образом, вопрос психологического здоровья, – это скорее вопрос состояния человеческого духа. Историческая динамика духовного кризиса современного человека сопровождается сменой типов индивидуальности: «… современность перешла через период «аутентичной» индивидуальности в период «ироничной» индивидуальности и далее в современную культуру, которую можно назвать «ассоциативной

индивидуальностью» – постоянной утратой связи между внутренней душой и внешней формой социальных отношений...» (Бауман, 2008, С. 96). ««Ассоциативный» статус идентичности, возможность, «покупать», принимать и избавляться от своего истинного «я», «быть в движении (*как модно сегодня говорить о себе – Н.Н.*)» стали в современном потребительском обществе признаками свободы» (Там же). Проблема заключается в том, что формы внешних отношений, которые «примеряет» и которыми «обрастает» человек не становятся в действительности превращенными формами его сознания, не прорабатываются во «времени смысла и понимания» (Мамардашвили, 2012).

Современный человек все чаще в качестве своего атрибута манифестирует некоторый образ или даже целый коллаж образов, пришедших извне, навеянных героями «медийных комиксов». В качестве типичного примера можно привести рекламный слоган, сошедший недавно в массовое сознание с уст американской актрисы Г. Пэлтроу: «Твой образ – твое высказывание», – который можно переформулировать в теневой тональности таким образом: «Кажимость – оправдывает паралич языка самости». Многочисленные и столь популярные телевизионные «шоу искренности и публичного покаяния», достраивают картину «общественно генерируемого отсутствия аутентичности» (Бауман, 2008). Так план публичного выражения переживания, в русле оценочных акцентов ведущего, экспертов и массовки, опережает, маскирует и вытесняет само переживание или экзистенциально-феноменологическую изнанку события, о котором так «искренне на публику» говорит тот или иной персонаж ток-шоу. Быть зрителем, пользователем, мобильным репортером, оголтелым болельщиком, становится настолько привычным занятием, что сознание современного нормального человека «... больше не может питаться...» – как отмечал в свое время французский писатель Поль Валерии, – ничем кроме стремительных изменений и постоянно обновляющихся стимулов... Мы больше не можем сносить ничего длящегося. Мы больше не знаем, как сделать скуку плодотворной» (Цит. по Бауман, 2008, С. 7). Сенсорная булимия становится настолько привычным психическим состоянием, что человек оказывается не в силах распорядиться редкими моментами рефлексивного одиночества, когда он предоставлен сам себе перед лицом Другого (себя возможного) в акте самоосмысления, когда он «… должен осознать сам себя как событие, а осуществляющееся в нем событие – как другого индивида, как бы привитого к нему» (Делез, 2011, С. 232-234).

В пределе же «Человеку ценно только то, что он из себя и на себе, оплачивая собой, может иметь или производить» (Мамардашвили, 1991, С. 45). Другими словами: «… экзистенция – это всегда особый и всегда индивидуальный опыт человека, который выбирает одну из двух фундаментальных возможностей: заимствовать структуры своего бытия

из многообразных сфер «несоразмерного» с самим собой сущего (не собственное бытие) или же, наоборот, искать основу своего бытия в себе самом (Молчанов, 2007, С. 135).

Если возвращаться к состоянию благополучия, как к генеральному субъективному индикатору психического здоровья (по версии Всемирной организации здравоохранения), то вся сложность заключается в том, от какого рефлексивного центра отправляется умозаключение человека о собственном благополучии и преодолевается ли «постулат непосредственности» в таком вердикте. Следуя размышлениям М.К. Мамардашвили о человеке, необходимо признать, что самое редуцируемое (упрощенное, подмененное, заимствованное) знание, это знание человека о самом себе. Представление человека о своем Я в потоке идентификаций, по замечанию выдающегося мыслителя, является не чем иным, как смертельной болезнью, основным симптомом которой выражается в уверенном знании человека о самом себе, и о мире, в котором бы выполнялся его редуцированный образ. Все, что может знать человек о собственном Я чаще всего «… есть некоторая особая конструкция, которая сама может быть вещью, через которую или в которой закрепились другие, эмотивные состояния, которые теперь, закрепившись на образе «Я», реализуются через «Я» или, иными словами, что само «Я» может быть иллюзией» (Мамардашвили, 2012, С. 362).

Наиболее незаметной и опасной угрозой, расшатывающей саму идею человека, о которой было сказано выше, является стирание границ суверенности жизненного пространства, притупление способности человека протестовать абсурдному, ежедневно вторгающемуся в его жизненный мир. Современный «нормальный человек» становится «сверхтолерантным» к абсурдному, которое занимает теперь уже значительное место в его повседневности. Он все больше утрачивает «… осмысленный мир и то Я, которое жило в этом мире смыслов, исходящих из духовного центра» (Тиллих, 1995, С. 99). Более того, навязчивая и извращенная форма обращения к человеку как к потребителю, уже не вызывает у него чувства протеста по поводу осквернения образа человеческого. Наиболее типичным примером является недавняя реклама противогрибкового средства «Экзодерил», персонажами которой являются персонифицированные фаланги пальцев, встроенные авторами рекламного ролика в сюжеты человеческого взаимодействия. Возможно, ее «авторы» не подозревают, что создали самую ужасающую метафору современного деперсонифицированного человека «без лица», с эго, локализованным лишь в зонах физического комфорта – дискомфорта, стремящегося к жизни без страдания, к этакому анонимному и безболезненному гомеостазу. Ногтевая фаланга в ролике становится абсолютной антропоморфной фигурой, «стягивая» все экзистенциальные дилеммы и предельные беспокойства современного человека к вопросу избавления от зуда.

Незаметная патология так называемого «нормального человека», заключается в том, что он становится продуктом техногенной, социальной, политической, маркетинговой инженерии. Распадаясь на ролевые и потребительские функции, вплетаясь в готовые сценарии вариантов жизни, он в конечном итоге все больше децентрируется, забывая о том, что «… путь к собственному бытию сопряжен с «решимостью», модифицирующей повседневность в экзистенциальность (Молчанов, 2007, С. 143). Выбирая повседневность в качестве единственного, и вместе с тем ложного онтологического пространства, «нормальный человек» стягивает временную транспективу в пучок стремительных стимульных, ситуативных состояний, совершая тем самым «… бегство от предстоящего, … как стремление удержаться «при» наличном, настоящем, обратить настоящее в единственную временную ориентацию» (Молчанов, 2007, С. 145).

Путь спасение от этой регрессивной тенденции в той или иной форме уже был намечен философами экзистенциалистами. По мысли Г. Марселя, он заключается в исполнении человеком особого предназначения: «… каждый из нас как бы призван … прояснить очертания какого-то мира, не наложенного извне на наш мир и являющегося, наверное, этим же самым нашим миром, только взятым в такой многомерности, которую обычно мы даже отдаленно не улавливаем. Речь идет о мире …, как он задевает те глубины нашего существа, куда самый лучший психоаналитик лишь приоткрывает доступ» (Марсель, 1988, С. 419).

Список литературы:

1. Бауман З. Текучая современность / Пер. с англ. под ред. Ю.В. Асачкова. – Спб.: Питер, 2008. – 240 с.
2. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии // Вопросы психологии. – № 5. – 1997. – С. 3-19.
3. Знаков В.В. Субъект, личность и психология человеческого бытия / Под ред. В.В. Знакова и З.И. Рябикиной. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. – С. 9-44.
4. Делез Ж. Логика смысла / Пер. с. фр. Я.И. Свирского. – М.: Академический Проек, 2011. – 472 с.
5. Клочко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в транспективный анализ). – Томск: Изд-во ТГУ, 2005. – 174 с.
6. Мамардашвили М.К. Беседы о мышлении // Мысль изреченная. М.: ИФАН, 1991, с. 13-52.
7. Мамардашвили М.К. Очерк современной европейской философии. – Спб.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2012. – 608 с.
8. Марсель Г. К трагической мудрости и за ее пределы / Проблемы человека в западной философии. – М., 1988. – С 404-419.
9. Маслоу А. Экзистенциальная психология – что в ней для нас? / Экзистенциальная психология / Под ред. Р. Мэя. М.: Апрель Пресс & ЭКСМО-Пресс, 2001.

8. Молчанов В.И. Исследования по феноменологии сознания. – М.: Издательский дом «Территория будущего», 2007. (Серия «Университетская библиотека Александра Погорельсого»). – 456 с.
9. Рубинштейн С.Л. Принцип творческой самодеятельности // Вопросы психологии, 1986. – №4. – С. 101-108.
10. Тиллих П. Избранное. Теология культуры. – М.: Юрист, 1995. – 380 с.
11. Шувалов А.В. Антрополонически аспекты психологии здоровья / Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: материалы Международной научно-практической конференции. 19–20 ноября 2009 г. / сост. : И. А. Еремицкая. – Астрахань : Издательский дом «Астраханский университет», 2009. – С. 14-26.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Т. Г. Пичугина

МБДОУ «Детский сад № 54 «Золушка», г. Лесосибирск

Здоровье – это большой дар, без которого трудно сделать жизнь счастливой, интересной и долгой. Здоровье потерять легко, вернуть же его очень трудно. Ребенок должен расти здоровым. Здорового ребенка легче растить, учить и воспитывать. У него быстрее формируются необходимые умения и навыки. Он лучше приспосабливается к смене условий и адекватно воспринимает все предъявленные к нему требования. Здоровье – важнейшая предпосылка правильного формирования детского характера, развития воли, природных способностей. Одним из важнейших условий воспитания здорового поколения является культура здоровья человека, привитая с детства. Важность формирования здорового образа жизни у детей обусловлена пониманием того, что только с раннего детства можно прививать основные знания, навыки и привычки по здоровьесбережению, которые со временем превратятся в важный компонент общей культуры человека и повлияют на формирование здорового образа жизни всего общества. Дошкольный возраст считают наиболее важным для физического и умственного развития ребенка. В этот период закладываются основы его здоровья, формируются главные черты характера.

Для нас, педагогов дошкольного образования, главной задачей является: выработать у детей разумное отношение к своему организму, прививать необходимые культурно – гигиенические навыки, научиться вести здоровый образ жизни с раннего детства. Для того, чтобы эта работа стала нормой оздоровления, она должна приносить удовлетворение. Алгоритм формирования потребности здорового образа жизни для ребенка таков: от удовольствия – к привычке, от привычки – к потребности. В любых оздоровительных практиках нельзя идти через принуждение, иначе получим обратный результат. Надо, чтобы ребенок хотел сделать

сам, глядя на увлеченность, радость и удовольствие других детей и педагога. Радостное состояние – естественное состояние здорового ребенка. Для формирования представлений о здоровом образе жизни, особое внимание уделяется следующим компонентам:

- занятия физкультурой, прогулки;
- рациональное питание, соблюдение правил личной гигиены: закаливание, создание условий для полноценного сна;
- дружелюбное отношение друг к другу, развитие умения слушать и говорить, умения отличать ложь от правды;
- бережное отношение к окружающей среде, к природе;
- медицинское воспитание, выполнение различных рекомендаций;
- формирование понятия «не навреди себе сам».

В настоящее время одной из главных задач, поставленных перед дошкольными учреждениями, является укрепление здоровья детей. Эта проблема наиболее успешно решается при комплексном подходе: во время совместной работы медицинского персонала с инструктором по физической культуре, с воспитателями, с родителями.

Компонентами здорового образа жизни дошкольника (ЗОЖ) являются:

- двигательная активность
- медицинская активность
- режим дня
- рациональное, сбалансированное питание
- психоэмоциональная реакция

Ведение здорового образа жизни напрямую зависит от:

- наличие образца поведения
- наличие желания
- отношение к ЗОЖ

В этом направлении разработана система педагогических, социально-гигиенических, медицинских мероприятий: связь с родителями, комплексное обследование ребенка (медицинское, педагогическое, психологическое), разработка новых форм и способов физкультурно-оздоровительной работы, составление рекомендаций по организации режима дня в ДОУ и самостоятельной двигательной деятельности детей.

Большая работа по формированию у дошкольников ЗОЖ проводится непосредственно с педагогами. Организуются консультации: «Осуществление интегрированного подхода в процессе сохранения и укрепления здоровья дошкольника», «Использование игр и физических упражнений для формирования навыков психорегуляции у дошкольников», «Адаптация функциональных систем организма ребенка в условиях реализации инновационных педагогических программ в ДОУ», теоретические семинары «Организация предметно-развивающей среды в группах», педагогические ринги, дискуссии «Формы и характер взаимодействия с семьями по вопросам ЗОЖ».

Такая углубленная работа помогает понять сущность и важность проблемы формирования основ здорового образа жизни у дошкольников.

Формы организации физкультурно - оздоровительных мероприятий:

– физкультурно-оздоровительная гимнастика
– физкультурные занятия
– элементы ритмики
– спортивные досуги, праздники, прогулки, походы
– закаливание по разработанной схеме, гимнастика (упражнения) после сна.

Необходимо уделять внимание реализации организационно-педагогических условий формирования основ здорового образа жизни у дошкольников.

Первое условие – это организация и насыщение видов деятельности информацией об ОБЖ и формирование на этой основе положительного эмоционально-оценочного отношения к данному процессу.

Второе условие – это расширение предметно-пространственной среды в целях освоения детьми способов ведения основ здорового образа жизни.

Третье условие - это сотрудничество дошкольного образовательного учреждения и семьи, которое основано на единстве воспитательного взаимодействия, что нашло отражение в значительном росте показателей готовности родителей к поддержке данной работы с детьми.

Все эти условия дополняют друг друга и в совокупности обеспечивают эффективность формирования основ здорового образа жизни у детей дошкольного возраста.

Этапы формирования здорового образа жизни у дошкольников:

На первом этапе необходимо формировать правильное отношение к действиям и предметам. Ребенку нужен образец для подражания. Им может стать не только родитель, но и воспитатель, друг, а так же герой мультфильма.

Второй этап характерен формированием у детей мотивов ЗОЖ:

– самосохранения;
– подчинение этнокультурным требованиям;
– получения удовольствия от самосовершенствования;
– желание самосовершенствования.

Третий этап заключается в формировании знаний и представлений о здоровом образе жизни. Дошкольники в совместной деятельности получают начальные знания о здоровом образе жизни. Затем наступает этап формирования умений и навыков ЗОЖ.

И на последнем этапе у детей формируется привычка к здоровому образу жизни. Привычка к здоровому образу жизни – это главная, основная, жизненно важная привычка.

В современном сложном мире умение быть здоровым не приходит само. Необходимо охватывающая всех людей в течение их жизни система обучения. Эта система должна основываться на положительной мотивации, строиться на быстрых и убедительных обратных связях между действием позитивных и негативных факторов и реакциями организма, предусматривать специальное обучение мерах сохранения здоровья, начиная с детства до старческого возраста.

Работая с дошкольниками, мы формируем у них потребность в здоровом образе жизни. Одним из важных направлений в решении основных навыков по формированию здорового образа жизни является экспериментально – исследовательская деятельность.

Работая по этой теме, ДОУ ставит перед собой следующие задачи:

1. Содействовать сохранению здоровья каждого дошкольника, показать многогранную его природу на основе естественнонаучных знаний.
2. Обеспечить детей необходимой информацией, позволяющей сохранять и укреплять здоровье. Путём исследовательских действий и экспериментирования, учить находить разные способы решения одной задачи.
3. Расширить и разнообразить взаимодействие детского сада и родителей в целях укрепления здоровья детей.

В ДОУ применяется опытно-экспериментальная мини-среда, которая стимулирует исследовательскую и познавательную деятельность, удовлетворяет потребности ребёнка в освоении окружающего мира, познании себя, как человека.

В процессе проведения экспериментальной детской деятельности придерживаемся структуры, которая включает: постановку проблемы, отбор способов её решения, проверку гипотез предложенных детьми, формулировку выводов, фиксацию результатов. Такой алгоритм работы позволяет активизировать мыслительную деятельность дошкольников, побуждает их к самостоятельным исследованиям. Ведь основной функцией педагога является, не трансляция информации, а рациональная организация исследовательской деятельности по её усвоению, решению выявленных проблем.

Исследовательско-поисковую работу проводим в игровой и свободной повседневной деятельности детей, при нерегламентированном общении взрослого с ребёнком.

Тематика мероприятий, разработанных по данной проблеме, позволяет:

- осуществить познавательное развитие детей,
- закрепить гигиенические навыки,
- сформировать мотивацию на здоровый образ жизни и соблюдение основных принципов жизнеобеспечения,
- развить логическое мышление, поощрить стремление к самостоятельности в поведении и приобретении знаний.

Работу по формированию привычки к здоровому образу жизни на основе исследовательской деятельности, начинаем со своими воспитанниками со средней группы. Проводим простейшие опыты и наблюдения в игровой форме, учим детей различать и называть части тела, уточняем, для чего нужны те или иные органы. Постепенно подводим детей к выводу: все органы и части тела человека выполняют какую-то важную функцию, ненужных органов нет, поэтому свой организм надо беречь.

Старшие дошкольники более активно приобщаются к нормам здорового образа жизни. В увлекательной наглядно-практической форме обогащаем представления детей о здоровье, об организме, его потребностях, способах закаливания, о предупреждении травматизма и различных заболеваний. В этом возрасте объём изучаемого материала значительно увеличивается, тематика детских исследований становится более обширной.

Для исследовательской деятельности важен метод самообследования, так, при ознакомлении по теме: «Скелет – наша опора», дети выясняют, сколько костей входит в состав отдельных частей скелета, а при ярком свете настольной лампы внимательно рассматривают кисти рук, сравнивают их с предложенными картинками строения конечностей человека и животного. Исследовательские действия помогают детям понять, что скелет – это основа человека, он поддерживает и защищает все органы. Дети не только усваивают важность его для здоровья, но и придумывают свой комплекс упражнений для разных частей тела, изображают его в рисунках и теперь этот комплекс используется в качестве физминутки на занятиях.

При изучении темы «Здоровая кожа», дети с интересом проводят опыты, рассматривают кожу в лупу, изучают пальцевые рисунки, проверяют кожную чувствительность. В процессе работы ребята понимают важность гигиенических процедур для своего здоровья.

Игры-конкурсы с элементами исследования: «Сколькими способами можно напиться?», «Какими способами можно очистить свою кожу?» дают детям возможность убедиться в том, что путём исследовательских действий выполнение любого задания можно варьировать, помогают закрепить гигиенические навыки, развивают воображение, умение мыслить нестандартно.

Мы используем в своей работе ежедневный комплекс закаливающих мероприятий, пальчиковую гимнастику, гимнастику после сна, подвижные и спортивные игры. В группе имеются картотеки стихотворений, сопровождающих упражнения. Наряду с традиционными формами работы проводим с детьми самомассаж от простуды. Все знают, что у человека на теле имеются особые точки, которые регулируют деятельность внутренних органов. Массаж этих точек повышает защитные силы организма в целом.

Для формирования представлений о том, что полезно, что вредно для организма создан альбом «Правила поведения для малышей», в котором подобраны иллюстрации и стихотворения к положительному и негативному воздействию на организм человека. Особое внимание обращаем на значение для организма сна, прогулки, принятия пищи.

Для укрепления зрения используем следующие моменты: зрительные паузы, в любое время дня дети закрывают глаза и открывают; коррекционные минутки. В течение дня чтобы доставить детям удовольствие, выполняются следующие упражнения: потянуться как кошка, покачаться как неваляшка, поползать как змея. Это очень важно для развития и укрепления опорно – мышечной системы рук. Имеется «сухой бассейн». «Купаясь» в нем, дети радуются, восхищаются и получают не только общий массаж, но и массу удовольствий, положительный, эмоциональный эффект.

Данные формы работы интересны дошкольникам, позволяют постепенно приобщить к здоровому образу жизни, стабилизировать здоровье детей, снизить заболеваемость. Они направлены на передачу педагогом ребенку двигательных умений и навыков, формируют знания о пользе игр и упражнений, развивают выносливость, внимание, самостоятельность, что в дальнейшем способствует эффективному обучению в школе. Стимулирует не только двигательную, но и познавательную активность.

Большое значение в развитии познавательной активности ребенка-дошкольника имеет семейное воспитание, поэтому наше ДОУ работает в тесном сотрудничестве с родителями. Темами заседаний стали: «Способы получения ребёнком знаний», «Лечим простуду народными средствами». Родители обмениваются своим опытом, выработанным путём экспериментирования, проб и ошибок. В традиционных мероприятиях «Днях открытых дверей» родители имеют возможность «погружения» в жизнь нашего дошкольного учреждения, непосредственного участия в играх, исследовательской деятельности. Длительное наблюдение ребёнка в новой обстановке, позволяет родителям иначе взглянуть на него и на воспитание в домашних условиях.

Таким образом, в процессе совместной исследовательской деятельности педагогов, детей и родителей успешно решаются задачи формирования у дошкольников умений и навыков самостоятельной познавательной и творческой работы, появления и усиления интереса у детей к здоровому образу жизни, повышения уровня знаний по культуре здоровья, навыков взаимодействия с взрослыми и сверстниками, становления личности, способной в рамках своего возраста принимать адекватные решения.

Список литературы:

1. Брехман И.И. Человек и биологически активные вещества – М., Наука, 1980.
2. Князева О. Мои помощники. Дошкольное воспитание, 2002.
3. Обухова Л. А., Лемяскина Н. А. Тридцать уроков здоровья. Методическое пособие – М.: ТЦ «Сфера», 2001.

ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ

О. А. Сидоренко, Т. И. Петрова, О. В. Александрова

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

Важным показателем жизни общества и государства, отражающим не только настоящую ситуацию, но формирующим прогноз на ее развитие в будущем, является качество здоровья подрастающего поколения. Будущее нашего государства напрямую зависит от потенциала здоровья детей, подростков и молодежи. По мнению большинства исследователей данной проблемы, именно в этом отношении ситуация в современной России вызывает наибольшие тревоги и опасения. В настоящее время в России менее 10% выпускников школ могут считаться здоровыми.

Сегодня уже осознано, что эффекты образовательного процесса лежат не только в предметных областях, но в том числе и в сфере здоровья ребенка. Есть понимание, что в процессе получения образования у выпускников должны быть сформированы ценностное отношение к здоровью, культура здоровья и соответствующие компетенции, позволяющие им самостоятельно заботиться о безопасности жизни, сохранении и развитии своего здоровья.

Формирование культуры здоровья школьников связывается с созданием специальных условий в образовательном пространстве школы, реализацией здоровьесберегающих технологий, но в то же время есть понимание, что здоровьесберегающие технологии не оздоровят кардинально школьную среду и школьников, если вне поля зрения останется здоровье учителя и его отношение к ценности здоровья. Здоровье педагога сегодня – социальная необходимость, базовая личностная ценность, ресурс и фактор профессиональной деятельности, обеспечивающей формирование соответствующих ценностей и компетенций у учеников.

Рассматривая здоровье педагога и отношение к нему как предпосылку формирования у учеников ценности и культуры здоровья мы предприняли попытку изучения ценностного отношения к здоровью у студентов – будущих учителей. Однако прежде обратимся к понятиям «здоровье», «отношение к здоровью», «ценностное отношение к здоровью».

Ценность здоровья - это уникальное свойство человека иметь наивысшее и абсолютное значение для него, семьи, общества, государства, обеспечивающее их культуру на основе осмысления биологических, социальных, экономических, эстетических, этических, этнических и религиозных отношений [3].

По А.Я. Иванушкину, здоровье является естественной, абсолютной ценностью [2]. Здоровье как ценность определяет диапазон возможностей,

способностей, склонностей человека, направленность его личности. Здоровье – важнейший компонент человеческого счастья, неотъемлемое право человеческой личности, одно из ведущих условий успешного анатомо-физиологического, психосоциального и духовно-нравственного развития отдельного индивида и общества в целом. Ученые предлагают 3 уровня для описания ценности здоровья: биологический; социальный; личностный, психологический. Учитывая сказанное, здоровье выступает основой жизни человека. Это не самоцель, а необходимое условие полноты реализации человеком своих жизненных целей и смыслов.

Анализ философской, психолого-педагогической, социологической и медицинской литературы показывает многообразие представлений ученых о сущностной характеристике здоровья. Обобщенное определение представлено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». В этом контексте категория «здоровье» означает путь, «ведущий к гармонии человека с самим собой и внешним миром».

Следует отметить что понятие «отношение к здоровью» еще относительно ново и мало разработано в психологической науке. Как показывает проведенный нами теоретический анализ, с развитием представлений о категории «отношение» в поведении человека, определяющем, в том числе и его здоровье, появился ряд терминов, обозначающих то отношение к здоровью, которое следует развивать, которое «нужно» социуму и самому человеку для преодоления сложившегося кризиса здоровья. Для обозначения вышеуказанного отношения используются такие определения как «ответственное», «осознанное», «ценностное», «позитивное», «рациональное», «грамотное», «правильное» [1].

Термин «ценностное отношение», так же, как и термин ответственное ограничивает знак: такое отношение является позитивным. Вслед за Т.В.Белинской мы рассматриваем ценностное отношение к здоровью как внутреннюю позицию человека, отражающую многообразные его связи с факторами среды жизни, оказывающими воздействие на здоровье в целом и его отдельные аспекты – физический, психический, эмоциональный, интеллектуальный и духовный, имеющие личностную и (или) социальную значимость. Обсуждая феномен ценностного отношения к здоровью, ученые отмечают, что в данном случае речь однозначно идет о внутренней детерминации поведения, о ценности здоровья для себя, исходя из личной значимости.

Продуктивным для изучения ценностного отношения к здоровью является понимание многокомпонентной структуры отношения к здоровью, включающей:

– когнитивный компонент характеризует знание о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знания основных факторов, оказывающих как негативное (повреждающее), так и позитивное влияние на здоровье субъекта;

– эмоциональный компонент отражает переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением самочувствия;

– мотивационно-поведенческий компонент определяет место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей субъекта, особенности мотивации в области здорового образа жизни, а также характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья.

Исходя из представлений о трех взаимосвязанных составляющих, можно предположить, что содержание и согласованность этих составляющих у людей с разным отношением к здоровью будет отличаться. Определение структурных характеристик ценностного отношения к здоровью, выделение показателей указанных характеристик и выбор методик их изучения представляют собой одно из направлений исследования ценностного отношения к здоровью, разрабатываемых в настоящее время.

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

Для изучения характера ценностного отношения к здоровью у студентов – будущих учителей нами было проведено эмпирическое исследование, в ходе которого применялись следующие методики: экспресс – диагностика ценностных представлений о здоровье (Ю.В. Науменко); «Индекс отношения к здоровью» (С.Д.Дерябо, В.А.Ясвин). В исследовании приняли участие 100 человек — студентов 5 курса исторического факультета.

Анализ результатов по методике «Экспресс – диагностика ценностных представлений о здоровье Ю.В.Науменко показал, что в исследуемой группе доминируют студенты с отсутствием отношения к здоровью как ценности — 59%. Значительно представлены студенты, имеющие адаптационно-поддерживающий тип ценностного отношения к здоровью, который характеризуется недостаточной осознанностью в отношении здоровья — 36%. Следует отметить незначительные показатели ресурсно-прагматического типа ценностного отношения к здоровью (5%), характеризующегося осознанным отношением к здоровью. При этом не выявлены студенты, имеющие личностно ориентированный тип, который характеризуется высоким уровнем ценностного отношения к здоровью, что не может не вызывать тревогу.

Методика «Индекс отношения к здоровью» (С.Д. Дерябо, В.А. Ясвин) позволяет охарактеризовать место ценности здоровья в ряду других ценностей, определить общий уровень (индекс) отношения к здоровью и по компонентам интенсивности: эмоциональному, когнитивному, практическому и поступочному. Как показали данные, в группе испытуемых «здоровье, здоровый образ жизни» входит в тройку приоритетных ценностей студентов наряду с ценностями любви и семейной жизни, ценностью труда. Приоритетность названных ценностей вполне объяснима жизненным этапом и задачами возраста, в котором находятся студенты. Студенты в этот период решают задачи личностного, профессионального и жизненного самоопределения. Основной деятельностью респондентов в настоящее время является подготовка к будущей профессиональной деятельности. В то же время большинство молодых людей одновременно планируют создание семьи, построение отношений с противоположным полом, что объясняет высокую значимость ценности любви и семейной жизни. Ценность здоровья, как мы полагаем, рассматривается как инструментальная, обеспечивающая достижение названных ценностей студентами, но не значимая сама по себе (учитывая данные, полученные по методике Науменко). Кроме того, полученные данные свидетельствуют о невысокой значимости духовности, которая рассматривается как предпосылка психологического здоровья человека. Духовность является главной предпосылкой, позволяющей человеку справиться с социальными, психическими и физическими трудностями. По определению некоторых авторов, духовное здоровье – это состояние, в котором индивид чувствует в каждый момент жизни радость и интерес к жизни, осуществленность и гармонию с окружающим миром; состояние, в котором индивид чувствует себя всегда молодым, счастливым, жизнерадостным (D. Chopra). Духовно развитый человек способен использовать творчество и самосозидание, осознавать свою ответственность, соблюдать грань между правами и обязанностями, свободой и творчеством личности, и в этом смысле способен быть психологически здоровым.

Данные, полученные по совокупности шкал методики «Индекс отношения к здоровью», показали, что доминирующим у исследуемой группы студентов — будущих учителей является эмоциональный компонент, отражающий переживания и чувства, связанные с состоянием здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психологического самочувствия. Наименьший показатель у исследуемой группы студентов по когнитивному компоненту, который включает знания о проблеме здоровья и болезни, о способах сохранения здоровья и ведения здорового образа жизни. Кроме того, названный компонент позволяет охарактеризовать мотивацию и направленность познавательной активности студентов, связанной с отношением к собственному здоровью, которые проявляются в готовности

(более низкий уровень) и стремлении (более высокий) получать, искать и перерабатывать информацию по вопросам здоровья и здорового образа жизни, в особой «информационной сензитивности» к данной теме.

Практическая шкала, определяющая активность человека в стремлении изменить свое здоровье к лучшему, и поступочная, характеризующая способность влиять на отношение окружающих людей на здоровье, стимулировать их вести здоровый образ жизни, пропагандировать различные средства оздоровления организма имеют средние показатели выраженности.

Также нами были определены уровни индекса отношения к здоровью исследуемой группы будущих учителей. Высокий уровень в данной методике подразумевает отношение к своему здоровью как к ценности; средний уровень - здоровье как факт, низкий уровень - здоровье как средство удовлетворения своих потребностей. Полученные результаты показали, что в группе студентов только 15 % имеют высокий уровень индекса отношения к здоровью, 65% студентов - средний и 20% студентов – низкий уровень индекса отношения к здоровью.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод о недостаточном отношении студентов — будущих учителей к здоровью как ценности, что является тревожным симптомом, ибо от учителя в значительный степени зависит будут ли придавать высокое значение ценности здоровья его ученики, станет ли возможным в образовательном процессе школы формирование у них компетенции здоровьесбережения, позволяющей им самостоятельно заботиться о безопасности жизни, сохранении и развитии своего здоровья. Опосредованно здоровье педагога и отношение к нему влияет и на психологический климат в классе, и эмоциональный комфорт каждого ребёнка, и характер складывающихся взаимоотношений между детьми, успехи ребёнка в деятельности, поэтому формирование у будущего учителя ценностного отношения к здоровью, формирование его активной позиции в отношении ответственности за свое самочувствие и самочувствие детей мы рассматриваем как одну из актуальных задач в образовательном процессе высшей школы. Здоровье педагога сегодня – социальная необходимость, базовая личностная ценность, ресурс и фактор профессиональной деятельности, обеспечивающей формирование соответствующих ценностей и компетенций у учеников.

Список литературы:

1. Белинская Т.В. Психологические составляющие развития ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуза: автореф. дис. . канд. психол. наук.- М., 2005.
2. Иванушкин А.Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека // Вестник АМН СССР. - 1982. - т. 45.- №1.- С. 49-58.
3. Никифоров Г. С. Психология здоровья/ Под ред. Г. С. Никфорова.- СПб. : Питер, 2003.

ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА НА РАННИХ ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

О. А. Скорлупина

Алтайская государственная педагогическая академия

Здоровье бесспорно признается одной из важнейших ценностей человека. Долгое время здоровье изучалось в рамках биологии человека, медицинской науки, однако сравнительно недавно (в конце 1970-х гг.) возникла психология здоровья как самостоятельный раздел научных знаний и их практических приложений. Психология здоровья – это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития (В.А. Ананьев, 2000).

Можно заметить, что проблема психологического здоровья личности, не вызывавшая ранее особого профессионального интереса, в настоящее время становится одной из самых приоритетных. Так, по мнению А. Маслоу, «проблема психологического здоровья настолько актуальна сейчас, что любые предположения, любые гипотезы, любые данные, даже самые спорные, могут иметь эвристическую ценность» (А. Маслоу, 1999).

Исторически сложилось так, что психология здоровья претендует на условную новизну по сравнению с психологии болезней, возникшей как одно из направлений психологической науки – клинической психологии. Проблематика здоровой личности была раскрыта только в рамках гуманистической психологии (Э. Фромм, Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл). Психологическое здоровье, с точки зрения ее представителей, является результатом обретения индивидом самого себя, проявляясь в ощущении подлинности бытия, и характеризует индивида как субъекта жизнедеятельности, распорядителя своих собственных сил и способностей (А. Маслоу, 1999). Сам термин «психологическое здоровье» был введен в научный лексикон известным российским психологом И.В. Дубровиной. Психологическое здоровье, согласно автору, «относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы здоровья человека» (И.В. Дубровина, 2004). Опираясь на идеи А. Маслоу, И.В. Дубровина говорит о таких двух составляющих психологического здоровья как стремление человека к развитию всего своего потенциала через самоактуализацию и стремление к гуманистическим ценностям.

А.В. Шувалов отмечает, что внимание к проблеме психологического здоровья с исторической точки зрения выглядит вполне закономерным (А.В. Шувалов, 2009). Для того чтобы в этом убедиться можно проследить логику развития психологической науки. В соответствии с подходом

В.С. Степина, наука как целостный феномен проходит в своем развитии три основных этапа: классический, неклассический и постнеклассический (В.С. Степин, 2003). При этом простые системы являются доминирующими объектами в классической науке, сложные саморегулирующиеся системы – в неклассической науке, сложные саморазвивающиеся системы – в постнеклассической. Мы согласны с А.В. Шуваловым, что постановка проблемы психологического здоровья стала возможна только на этапе неклассической психологии, кульминацией которой стали две ветви мировой психологии: «западная», гуманистическая, и «советская», культурно-историческая.

Современное состояние науки можно охарактеризовать как постепенный ее переход к идеалам постнеклассической рациональности (В.С.Степин, М.С. Гусельцева, П.А. Мясоед, В.Е. Клочко и др.). Сущность постнекласицизма состоит в центрации на решении проблемы саморазвития, присущего «человекоразмерным» (В.С. Степин) открытым (самоорганизующимся) системам. Оформляется антропная психология, ориентированная на человеческую реальность во всей полноте ее духовно-душевно-телесных измерений, нацеленная на изучение проблем существования человека в мире (А.В. Шувалов, 2009). Можно заметить, что происходящее восхождение от психофизиологических к метаантропологическим аспектам бытия влечет за собой преобразование системы психологического знания и пересмотр ее основных проблем, в частности происходит: перемещение фокуса исследований с психического аппарата на специфически человеческие проявления; переход от заимствования способов решения проблемы в смежных науках к разработке психологических (как правило, описательных) моделей здоровья; выделение психологического здоровья человека в качестве центрального объекта исследований психологии здоровья и др. (там же).

В.Е. Клочко полагает, что психологическая наука входит в такую фазу своего развития, которая позволяет ей осмыслить самое себя как саморазвивающееся целое и приступить к рефлексии по поводу своего исторического пути и тех тенденций, векторов и потенций движения, отражающих направленную динамику ее становления (В.Е. Клочко, 2007). Специальный анализ, направленный на осознание происходящих в современной психологии процессов является актуальным для психологов поскольку, они в массе своей еще не оценили в полной мере того проблемного поля, в которое выносит их внутренняя тенденция развития науки.

Одной из выраженных тенденций развития современной психологии является онтологизация психологического познания. Проявляется эта тенденция в возникновении разных и достаточно многочисленных концепций, выходящих за пределы понимания психики как отражения объективной реальности и связывающих ее роль и значение со становлением пространственно-временной развертки бытия человека, т.е., так или

иначе, тяготеющих к утверждению того, что С.Л. Рубинштейн определил понятием «витальная онтология». Можно полагать, что в науке созревают предпосылки для понимания психики в контексте «многомерного бытия человека в многомерном мире» (В.П. Зинченко), и именно этот факт подтверждают факты возникновения концепций «жизненного мира человека» (Ф.Е. Василюк), «конструирования миров» (А.Г. Асмолов), становления «субъективной реальности» (В.И. Слободчиков), формирования «ментального пространства человека» (В.И. Кабрин), порождения «многомерного мира человека» (В.Е. Клочко) и др.

Таким образом, в настоящее время происходит отказ от принципа отражения в психологии как ее методологической основы, обусловленный общей тенденцией научного знания к онтологизации. Тенденция онтологизации психологического познания, в нашем понимании, есть постепенный выход науки к многомерным («совмещенным») пространствам реального человеческого существования – результатам взаимоперехода Материи и Духа и последующего их совместного (со-бытие) существования (О.А. Скорлупина, 2006).

Новая психологическая парадигма, отражающая тенденцию движения психологической научной мысли к постнеклассической науке, подходит к рассмотрению человека как психологической системы (А.Г. Асмолов, Б.С. Братусь, Л.Я. Дорфман, В.П. Зинченко, В.Е. Клочко, В.И. Слободчиков). Одним из вариантов развития постнеклассической психологии является теория психологических систем или системная антропологическая психология (В.Е. Клочко и др.), изучающая человека, как открытую, самоорганизующуюся психологическую систему, порождающую психологические новообразования и опирающуюся на них в своем самодвижении (В.Е. Клочко, 2005). Согласно В.Е. Клочко, человек как сложная психологическая система за счет активного взаимодействия с миром открывает для себя особое жизненное многомерное пространство – многомерный мир. При этом существует строгая субординация в образовании новых мерностей, координат многомерного мира человека, в возникновении системных качеств предметов, составляющих мир: значений, смыслов, ценностей. Становление многомерного мира человека на протяжении всей жизни предполагает наличие Другого. На ранних этапах онтогенеза роль другого выполняет близкий взрослый, образующий с ребенком единую психологическую систему (Л.С. Выготский, 1999). При этом полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза, как утверждает И.В. Дубровина, и составляет основу психологического здоровья (И.В. Дубровина, 2004).

Мы, вслед за А.В. Клочко и О.М. Краснорядцевой, считаем, психологическое здоровье можно представить как нормальное становление человека в качестве самоорганизующейся системы; как показатель открытости и устойчивости системы на всех уровнях ее функционирования

(соматическом, психическом, личностном) (А.В. Клочко, О.М. Краснорядцева, 2002). Процесс «нормального», «здорового» развития человека, осуществляющегося через усложнения его системной организации, идет по пути суверенизации его личности (совпадает с ним). Суверенность в данном случае рассматривается как возможность самостоятельного выхода в культуру и взаимодействия с ней без посредников, приводящую к усложнению жизненного пространства и самоорганизации. Но эта возможность превращается в действительность только при условии полноценного функционирования на ранних этапах онтогенетического развития человека совмещенной психологической системы «ребенок-взрослый».

А.В. Шувалов также полагает, что в длительный период дошкольного и школьного детства пространством вынашивания и актуализации у ребенка человеческих качеств и способностей является со-бытийная общность. Механизмом же развития является внешняя рефлексия и сопереживание, условиями развития – диалогическое общение и сотрудничество в деятельности (игровой, учебной, организационной, практической), средством нравственного воспитания – личный пример и добрый совет (совесть) старших (А.В. Шувалов, 2009). Поэтому в отношении детей критерии психологического здоровья, как замечает автор, корректнее соотносить с системой связей и отношений ребенка с его естественным человеческим окружением, прежде всего – со значимыми взрослыми.

О.В. Хухлаева считает, что ключевым критерием психологического здоровья может стать гармония между ребенком и социумом, т.е. способность приспособления к окружающему миру, с одной стороны, и возможность творческого его преобразования – с другой (О.В. Хухлаева, 2003). Она предлагает ввести уровни психологического здоровья и выделяет три его уровня. К высшему уровню – креативному – можно отнести детей с устойчивой адаптацией к среде. Они имеют резерв сил для преодоления стрессовых ситуаций и активно творчески относятся к окружающей их действительности. К среднему уровню – адаптивному – можно отнести детей, в целом адаптированных к социуму, однако имеющих лишь отдельные признаки дезадаптации и несколько повышенную тревожность. Низший уровень психологического здоровья – это дезадаптивный, или ассимилятивно-аккомодативный. На нем находятся дети с выраженной дезадаптацией, которая может рассматриваться с точки зрения проявлений, нежелательных для окружающих (затруднения в осуществлении воспитательного процесса, нарушения дисциплины, конфликтность и т.п.), и с учетом внутриличностных показателей (нарушения статуса в школе, наличие психосоматических проявлений).

При этом автор отмечает, что дети, относящиеся к высшему (креативному) уровню психологического здоровья, не требуют психологической

помощи, к среднему (адаптивному) – могут быть отнесены к группе риска и включены в групповую работу профилактически-развивающей направленности, к низшему (дезадаптивному) – нуждаются в индивидуальной коррекционной работе.

Обращает на себя внимание тот факт, что до сих пор современная наука знает больше о причинах психологических нарушений, чем о причинах психологического здоровья.

Так, например, О.В. Хухлаева выделяет факторы риска нарушений психологического здоровья, полагая, что для старших дошкольников и младших школьников определяющими являются факторы семейной ситуации. Семейные факторы риска автор условно разделяет на три группы:

1) нарушение психологического здоровья самих родителей, и в первую очередь их повышенная тревожность;
2) неадекватный стиль воспитания ребенка и в первую очередь гиперопека и сверхконтроль;
3) нарушения механизмов функционирования семьи, конфликты между родителями или отсутствие одного из родителей (О.В. Хухлаева, 2003).

Этим идеям созвучны мысли А.В. Шувалова, который отмечает, что психологическое состояние ребенка непосредственно связано с влиянием окружения и образом совместной жизни (А.В. Шувалов, 2009). Причем центральное место в системе нарушений психологического здоровья у детей занимают ситуации, когда нормальное развитие ребенка возможно скорее не благодаря, а вопреки поведению и отношению окружающих (особенно значимых взрослых). В числе основных признаков дисфункциональных (болезнетворных) состояний детско-взрослой общности автор выделяет: скудность и/или извращенность базальных условий и духовно-нравственных оснований жизни, недостаточность и/или неадекватность социокультурных условий развития, размытость и/или приземленность мировоззренческих установок естественного человеческого окружения.

Далее А.В. Шувалов отмечает, что фиксируемые нарушения психологического здоровья у детей объединены под общим названием – антропогении, психологическая сущность которых заключается в дисквалификация и/или деформация субъективности ребенка. При неблагоприятном течении антропогении принимают устойчивые формы нарушений психологического здоровья, в основе которых лежит недоразвитие, дезинтеграция или дисгармоническое развитие человеческой субъективности (А.В. Шувалов, 2009).

Можно заметить, что большинство психологов считают, что психологическое здоровье или нездоровье ребёнка неразрывно связано с психологической атмосферой, или климатом семьи, и зависит от характера

взаимоотношений в семье. Семья признается главным фактором становления и укрепления психологического здоровья ребенка. Очевидно, что благоприятный психологический климат (характеризующийся сплоченностью семьи, чувством защищенности и эмоциональной удовлетворенности, гордости за принадлежность к своей семье и т.п.) будет способствовать гармонии, снижению остроты возникающих конфликтов, снятию стрессовых состояний, повышению собственной социальной значимости и реализации личностного потенциала каждого члена семьи. Что касается вопроса о влиянии внутрисемейных отношений на психологическое здоровье ребенка, то здесь можно отметить, что существуют воспитательные позиции, способствующие формированию доброжелательных, доверительных отношений с ребенком, благоприятно влияющих на развитие его личности и состояние психологического здоровья. К ним можно отнести следующие позиции: принятия ребенка, взаимопонимания и взаимодействия с ребенком, признания прав ребенка.

С точки зрения В.И. Слободчикова и А.В. Шувалова, предпосылкой зарождения и развития духовной близости, условием нормального развития детско-взрослой общности (а, следовательно, и условием, обеспечивающим психологическое здоровье ребенка) является воспитательный такт и личностная зрелость в отношении взрослого к ребенку (В.И. Слободчиков, А.В. Шувалов, 2001). Воспитательный такт в общении и взаимодействии взрослого и ребенка заключается, согласно авторам, в понимании и принятии взрослым детской самобытности, отношении, соразмерном возрастным возможностям ребенка, согласованном с его субъективным опытом. Личностная зрелость обнаруживает себя в сознательном отношении к другому человеку как к самоценности, как к существу, олицетворяющему в себе бесконечные потенции рода «человек» (центральное, системообразующее отношение); в способности к децентрации, самоотдаче и любви как способу реализации этого отношения; в творческом, целетворящем характере жизнедеятельности; в потребности в позитивной свободе; в способности к свободному волепроявлению; в возможности самопроектирования будущего; в вере в осуществимость намеченного; во внутренней ответственности перед собой и другими, прошлым и будущими поколениями; в стремлении к обретению сквозного общего смысла своей жизни (В.И. Слободчиков, А.В. Шувалов, 2001).

О.В. Хухлаева анализирует основные психолого-педагогические условия становления психологического здоровья детей, к которым относит: наличие трудных ситуаций, разрешимых ребенком самостоятельно или с помощью взрослых, в целом положительный фон настроения и фиксация на прогрессе ребенка с анализом причин этого прогресса (О.В. Хухлаева, 2006). Причем автор уточняет, что данные условия можно рассматривать

только в вероятностном плане, полагая, что с большей степенью вероятности ребенок вырастит в них психологически здоровым.

Таким образом, анализ проблемы психологического здоровья человека на ранних этапах онтогенеза, позволяет заключить, что для обеспечения ребенку условий здоровой и полноценной жизни необходим взрослый. В развитии отношений в детско-взрослой общности можно выделить, как справедливо отмечает А.В. Шувалов, две противоположные тенденции: рост взаимопонимания, доверие и уважение, соблюдение нравственной чистоты; либо разобщение, безразличие или неприятие, вовлечение в пагубу (А.В. Шувалов, 2009). Именно основанная на нравственной чистоте духовная близость со значимым взрослым гармонизирует состояние, направляет развитие и обеспечивает сохранность здоровья ребенка.

Список литературы:

1. Ананьев В.А. Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания Текст. / В. А. Ананьев // Психология здоровья. Под ред. Г. С. Никифорова. СПб., 2000. – С. 10-88.
2. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. – СПб.: Союз, 1999. – 224 с.
3. Клочко А.В., Краснорядцева О.М. Суверенность личности как основание психологического здоровья [электронный ресурс]. – Режим доступа: http://hpsy.ru/public/x2476.htm
4. Клочко В.Е. Закономерности движения психологического познания и проблема метода науки // Методология и история психологии. – 2007. – Том. 2. – Вып. 1. – С. 5-19.
5. Клочко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансспективный анализ). – Томск: Томский государственный университет, 2005. – 174 с.
6. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. – СПб.: Евразия, 1999. – 432 с.
7. Практическая психология образования / Под ред. И.В. Дубровиной. – М.: ТЦ «Сфера», 2004. – 592 с.
8. Скорлупина О.А. Онтологизация психологического познания и ее проявление в этапах становления научной школы (на предмете смысловой теории мышления О.К. Тихомирова) : Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Барнаул, 2006. – 18 с.
9. Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии. – 2001. – № 4. – С.91-105.
10. Степин В.С. Саморазвивающиеся системы и постнеклассическая рациональность // Вопросы философии. – 2003. – № 8. – С. 5-17.
11. Хухлаева О.В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников. – М.: Идательский центр «Академия», 2003. – 176 с.
12. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции – М.: Идательский центр «Академия», 2006. – 208 с.
13. Шувалов А.В. Психологическое здоровье человека // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология. – 2009. – Вып. 4 (15). – С. 87-101.

Раздел 2

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК ЖИЗНЕННЫЙ РЕСУРС И ЖИЗНЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КАК ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЙ РЕСУРС У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ГОТОВЫХ И НЕГОТОВЫХ К МАТЕРИНСТВУ

Е. Г. Грищенко

Восточно-Казахстанский государственный университет имени С. Аманжолова

Материнство – социальная женская роль, которая обуславливает психологическое здоровье ребенка, а, следовательно, и психологическое здоровье всего общества. Исследования второй половины XX в. свидетельствуют, что в становлении материнской сферы центральным и определяющим аспектом является материнская готовность. Именно она лежит в основе психоэмоционального состояния матери как здоровьесберегающего ресурса, создавая уникальную для будущего ребенка ситуацию развития, в которой формируются его индивидуально-типологические и личностные особенности (Филиппова, 2005).

Изучение психологической готовности к материнству беременных женщин, их психоэмоциональной сферы, обусловлено стремительным увеличением числа детей-сирот при дееспособных родителях, ростом случаев жестокого обращения с ребенком, неразработанностью программ социальной и психологической помощи женщине, готовящейся стать матерью (Баз, 1994), большим количеством случаев детской и материнской смертности. Психологическая готовность к материнству у беременных женщин выступает основой формирования психологического здоровья будущего ребенка и самой матери.

Брутман В.И., Батуев А.С., Винникот Д.В., Минюрова С.А., Хамитова И.Ю и др. исследователи считают, что готовность к материнству формируется на протяжении всей жизни. На процесс её формирования влияют биологические и социальные факторы, поскольку готовность к материнству имеет с одной стороны мощную инстинктивную основу, с другой выступает личностным образованием женщины, в котором отражается весь предыдущий опыт её взаимоотношений со своими родителями, сверстниками, мужем и другими людьми, т.е. весь её образ жизни.

На основании анализа работ ряда исследователей (Кашаповой С.О., Филипповой Г.Г., Матвеевой Е.В., Милосердовой Е., Мещеряковой С.Ю. и др.), посвященных проблеме материнства, нами выделены следующие

характеристики психологической готовности к материнству: положительное отношение и принятие беременности; желанность и ценность ребенка; положительные эмоциональные проявления; ценность себя как матери; построение планов включающих ребенка; знание материнских функций или материнская компетентность; осознанность в принятии решения сохранения беременности; эмоционально-положительный образ ребенка и субъектное отношение к нему; положительный коммуникативный опыт будущей матери связанный с ее детством; положительный настрой на роды.

К характеристикам неготовности к материнству были отнесены: негативное отношение к беременности и ребенку; недостаточный уровень эмоциональных пере-живаний; отсутствие ценности в будущем ребенке и материнстве; построение планов, не включающих ребенка; отсутствие компетентности в материнской сфере; отсутствие образа ребенка и объектное отношение к нему; отрицательный коммуникативный опыт будущей матери, связанный с ее детством; страх перед родами.

Неготовность к материнству приводит к неудовлетворенности ожиданий от материнства, неудовлетворенности ребенком и жизнью с ним, что влияет на психологическое здоровье матери и будущего ребенка. Женщины, неготовые к материнству сложнее переносят беременность, которая сопровождается резкими отрицательными эмоциями, выраженностью симптоматики, негативной физической и эмоциональной окраской. Отмечается большое количество прерываний беременности, так как отсутствие желания иметь ребенка приводит к переживаниям и сомнениям о сохранении беременности. Факт беременности такими женщинами воспринимается как нечто, что изменяет их привычный уклад жизни и меняет планы на будущее.

На основании выделенных критериев нами была составлена анкета «Готовы ли вы к материнству», позволившая определить готовность или неготовность беременных женщин к материнству. С целью эмпирического изучения психоэмоционального состояния беременных женщин по триместрам беременности, нами были выбраны следующие методики:

1) опросник «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН) (Доскин В. А., Лаврентьева Н. А. и др.);
2) «Метод цветового выбора» М. Люшера (МЦВ), адаптированная версия Собчик Л. Н.

Методики были проведены три раза, с промежутком в неделю. Проведение нескольких срезов было необходимо с целью устранения ситуативных результатов психоэмоционального состояния исследуемых выборок, что позволило получить более объективные данные.

В исследовании приняло участие более 60 женщин с разным сроком беременности. Женщины были опрошены посредством разработанной анкеты, что позволило разделить всех участниц исследования на две группы: готовые к материнству и неготовые к материнству. Далее, было

сформировано шесть групп испытуемых: беременные женщины, готовые и неготовые к материнству (первый триместр беременности); беременные женщины, готовые и неготовые к материнству (второй триместр); беременные женщины, готовые и неготовые к материнству (третий триместр).

Разделение по триместрам было введено как дополнительное условие с целью более детального изучения психоэмоционального состояния беременных женщин, готовых и не готовых к материнству на разных сроках беременности.

Эмпирическое исследование проведено на базе женских консультаций города Усть-Каменогорска (Республика Казахстан) в режиме свободной выборке по желанию самих участниц.

Результаты анкетирования показали, что в первом триместре беременности 55% беременных женщин готовы к материнству и 45% - не готовы. У женщин готовых к материнству отмечается сформированный образ будущего ребенка, ценность себя как матери и ценность ребенка. Для них характерно построение планов на будущее, связанных с ребенком, ориентация на воспитание будущего ребенка и субъект - субъектная ориентация по отношению к еще не родившемуся ребенку. У беременных женщин, неготовых к материнству в первом триместре беременности (45%) отмечаются противоположные характеристики, т.е. непринятие факта беременности, отсутствие образа будущего ребенка и построение планов на будущее не включающих ребенка и др.

Результаты Метода цветового выбора М. Люшера показали, что у беременных женщин, готовых к материнству низкий уровень проявления тревожности во всех трех срезах (91% - в первом и втором срезах; 100% - в третьем). Это говорит о благоприятном состоянии психоэмоциональной сферы, является подтверждением факта принятия беременности и дальнейших изменений в организме, связанных с беременностью, и предстоящими родами.

В первом триместре беременности для неготовых к материнству женщин также характерен низкий уровень тревожности (91% - во всех трех срезах). Преобладание низкого уровня тревожности у беременных женщин неготовых к материнству, возможно, обусловлено меньшей осознанностью будущих перемен в их жизни, связанных с ребенком.

Результаты диагностики беременных женщин, готовых к материнству по критерию «стрессовое состояние» показали, что, преимущественно, наблюдается низкий уровень выраженности стресса (первый срез – 91%; второй – 89%; третий – 100%). У беременных женщин неготовых к материнству во всех трех срезах отмечается высокий уровень стрессового состояния (во всех трех срезах – 65%).

Согласно показателям опросника САН можно сказать, что в первом триместре беременности у женщин, готовых к материнству наблюдаетсяблагоприятное, хорошее самочувствие. Результаты первого среза

по критерию «самочувствие» показали преобладание высокого уровня проявления хорошего самочувствия (54,6%). В последующих срезах мы видим увеличение процентных показателей (второй срез – 81,9%; третий – 100%). Таким образом, у женщин, готовых к материнству в первом триместре беременности прослеживается хорошее самочувствие, что говорит об их легкой адаптируемости к новым ощущениям и принятии изменений, связанных с беременностью.

Неготовые к материнству беременные женщины по критерию «самочувствие» в первом триместре беременности отмечают нормальное самочувствие (55,6%), но с тенденцией к его снижению.

По критерию «активность» для женщин готовых к материнству во всех трех срезах характерна высокая степень активности (45,4%), т.е. для них характерна подвижность и энергичность. Для беременных женщин неготовых к материнству в первом срезе характерна высокая степень активности (44,4%), но во втором и третьем срезах низкая степень активности возрастает и составляет 58,3%.

По критерию «настроение» для женщин готовых к материнству в первом и последующих срезах характерно хорошее, позитивное настроение (81,9%). У выборки беременных женщин неготовых к материнству отмечается ухудшение настроения (для 66,7% испытуемых в первом срезе, 55,6% - во втором и 77,7% - в третьем).

Во втором триместре процент беременных женщин готовых к материнству составляют, как и в первом триместре, 55% и беременных женщин, неготовых к материнству - 45%.

Согласно результатам методики МЦВ М. Люшера во втором триместре в преобладающем большинстве для беременных женщин готовых к материнству характерно проявление низкого уровня тревожности (81,1% - в первом и втором срезах, 54,6% - в третьем). Состояние тревожности у беременных женщин готовых к материнству во втором триместре имеет низкий показатель. Это говорит о благоприятном состоянии психоэмоциональной сферы, отсутствие переживаний, беспокойства, общего состояния напряженности и нервозности.

Неготовые к материнству беременные женщины во втором триместре отмечают повышение уровня тревожности (в первом срезе - 22,2%, во втором - 33,2%, в третьем - 44,4%).

Во втором триместре беременности по критерию стресса для беременных женщин, готовых к материнству характерно проявление низкого уровня подверженности стрессу (81,1% в первых - двух срезах; в третьем – 54,6%). Неготовые к материнству беременные женщины во втором триместре беременности отмечают повышение высокого и среднего уровней проявления стресса с каждым последующим срезом.

Во втором триместре беременности у женщин, готовых к материнству преобладает благоприятное, хорошее самочувствие. Результаты

опросника САН по критерию «самочувствие» показывают, что высокий уровень проявления хорошего самочувствия составил 91% в первых двух срезах, в третьем - 100%. Показатели плохого самочувствия в данной выборке отсутствуют (0% во всех трех срезах). Таким образом, у беременных женщин готовых к материнству во втором триместре преобладает благоприятное самочувствие, женщины чувствуют себя удовлетворительно, они полны сил и здоровья.

Результаты методики показывают благоприятное самочувствие и у беременных женщин неготовых к материнству (первый срез - 77,8%; второй - 88,8%; третий - 77,8%.). Во втором триместре беременности по критерию «активность» беременные женщины, готовые к материнству, согласно результатам опросника САН, испытывают состояние активности (54,6% - в первом срезе), затем процент высокой активности снижается до 45,4% (второй, третий срезы). Низкий уровень активности отмечен у 27,2% в первом и втором срезах и у 18,1% - в третьем.

Беременные женщины неготовые к материнству во втором триместре беременности по критерию «активность» имеют высокий уровень ее проявления у 22,2% в первом срезе, во втором – 33,3%, третьем - 44,4%. Низкий уровень активности в первом срезе характерен для 44,4% женщин, во втором – 55%, в третьем – 55,5%.

По критерию «настроение» беременные женщины готовые к материнству во втором триместре отмечают хорошее настроение (первый, второй срезы - 81,9%, третий - 100%). Негативное настроение во втором триместре не выражено (0 %). Следовательно, мы видим преобладание позитивного настроения, что говорит о положительном эмоциональном состоянии беременных женщин. У беременных женщин неготовых к материнству во втором триместре беременности также отмечено благоприятное настроение (первый, третий срезы - 100%, второй – 88,9%).

В третьем триместре 65% беременных женщин готовы к материнству и 35% - к материнству не готовы. Отметим факт возрастания готовности к материнству. Возможно, это обусловлено адаптацией женщины к новой функциональной роли.

В третьем триместре беременности у готовых к материнству женщин по методике М. Люшера высокий уровень тревожности выявлен не был (0% во всех трех срезах), низкий составил 92,3% во всех трех срезах. В третьем триместре беременности для женщин характерна низкая тревожность, что говорит об отсутствии тревожащих факторов у беременных женщин готовых к материнству.

У неготовых к материнству женщин на третьем триместре беременности отметим повышение уровня тревожности (в первом срезе – 54,1%, во втором - 57,1% и в третьем срезе – до 85,8%). В данном случае отметим динамику повышения уровня тревожности.

В третьем триместре беременности у женщин готовых к материнству низкий уровень стресса прослеживается у 90% в первых двух срезах и 88% – в третьем срезе.

По опроснику САН в третьем триместре беременности женщины, готовые к материнству отмечают благоприятное самочувствие (первый, второй срезы - 71,4%, третий - 57,1%). У неготовых к материнству беременных женщин в третьем триместре по критерию «самочувствие» благоприятное самочувствие снижается (до 51% в третьем срезе).

По критерию «активность» женщины, готовые беременные к материнству имеют высокий уровень, тогда как у беременных женщин, неготовых к материнству, преимущественно, преобладает средний уровень.

В третьем триместре беременности критерий «настроение» по опроснику САН оказался более выражен у готовых к материнству женщин, т.е. для них характерно благоприятное настроение, положительные мысли и чувства.

Статистически значимых отличий в психоэмоциональной сфере у исследуемых выборок в первом триместре беременности не выявлено. Для обоих групп характерно отсутствие тревожности и состояния стресса, хорошее самочувствие и настроение. По шкале активности в схожей степени понижение процента подвижности и энергичности, что говорит о постепенном привыкании к новым ощущениям в организме будущей матери.

По результатам обработки критерия χ^2 Пирсона у беременных женщин во втором триместре были выявлены некоторые статистически значимые отличия (χ^2=24,845). Для женщин, готовых к материнству более характерен низкий уровень тревожности, положительное настроение, хорошее самочувствие и несколько сниженная активность.

Подтвердились и различия у беременных женщин в третьем триместре беременности (χ^2=43,574), т.е. психоэмоциональное состояние беременных женщин готовых и неготовых к материнству имеет отличительную специфику. В третьем триместре для беременных женщин готовых к материнству отмечается отход событий повседневной жизни на второй план, она по максимуму концентрируются на ребенке; все чаще говорит о нем как уже родившемся, наделяет его достоинствами, представляет его в кругу семьи. Неготовым к материнству беременным женщинам в третьем триместре более характерна тревожность. При неблагоприятной динамике содержания материнской сферы в период беременности возрастает тревожность, обостряются физиологические нарушения, женщина практически перестает ориентироваться на свои состояния, полностью полагаясь на мнение врачей.

Таким образом, в состоянии беременности у женщины изменяются психические проявления, отношение к окружающим; беременная по особому реагирует на внешние и внутренние раздражители. Её психика

заполнена собственными ощущениями и переживаниями. В значительной степени изменятся активность всего организма жен-щины, включая и психические проявления. Психоэмоциональное состояние беременной женщины отличается от состояния не беременной женщины, что вызвано перестройкой гормонального фона и уровня чувствительности к переменам. Результаты эмпирического исследования показали некоторые особенности психоэмоционального состояния беременных женщин готовых и неготовых к материнству.

Список литературы:

1. Баз Л. Л. Исследование восприятия психологической поддержки беременными женщинами // Психологический журнал. – 1994. – № 4. – С. 137-146.
2. Мещерякова С. Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. – 2000. – № 5. – С. 18-27.
3. Филиппова Г. Г. Психологическая готовность к материнству // Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода. – М., 2005.

ИССЛЕДОВАНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ЖИЗНЕННОГО МИРА ЧЕЛОВЕКА

И. О. Логинова

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

Устойчивость жизненного мира человека рассматривается в отечественной психологии в качестве существенного показателя успешности жизненного самоосуществления как перевода присущих ему (человеку) возможностей в действительность. В результате этого перехода происходит не только дальнейшее развитие возможностей, но и становление (формирование, открытие для себя) того уникального пространства, которое К.Левин называл «пространством свободного движения» (Левин, 2001), В.Е. Клочко определяет как «многомерное пространство жизни» (Клочко, 2005), а В.В. Знаков как «внутреннюю вселенную личности», особую «интрапсихическую реальность» (Знаков, 2004), делающую человека свободным от жесткой зависимости перед постоянно меняющимися ситуациями. Жизненное самоосуществление человека характеризует степень его открытости в мир и задает направление движения психологической системы, выводя её на качественно новый уровень, требующий обнаружения новых соответствий, выступающих причиной взаимодействия с миром («своего», пока не ставшего «своим», но ожидаемого и желанного), выступающих основой жизнедеятельности как процесса самопорождения новых параметров порядка (Логинова, 2009).

Отправной позицией для нас выступила точка зрения, что взаимосвязь среды, создающей обстоятельства жизни человека, и самого человека, способного изменять условия собственной жизнедеятельности, позволяет выбирать оптимальный режим функционирования психологической системы: особым образом организованный человеком процесс жизнедеятельности, способствующий сохранению здоровья, личностному росту и творчеству.

Важнейшей системной особенностью выступает тенденция к тому, чтобы оптимизировать свой потенциал, которая может считаться успешной, если человеку удается достичь гармоничного развития во всех жизненно важных для него сферах. Совокупность показателей определяет общую конструктивность (продуктивность и оптимальность) жизненного процесса человека. Конструктивность способа жизнеосуществления как раз и определяет степень устойчивости жизненного мира человека. При отсутствии или недостаточной выраженности устойчивости жизненного мира человек демонстрирует тождественность не всей своей жизни, а только ее отрывкам, отдельным событиям, ситуациям. В данном случае можно говорить лишь о совокупности отрывков, представляющих жизненную мозаику, а не драму, поскольку она (жизнь) лишается внутреннего самотождества. Устойчивость жизненного мира человека позволяет удерживать целостность системы «человек – мир» за счет открытости новым возможностям, которые в процессе деятельности по реализации себя как проекта переходят в действительность.

Таким образом, устойчивость мира человека обеспечивает возможность жизненного самоосуществления проекта своей жизни, выступающую неотъемлемой характеристикой человека и проявляющуюся в процессах жизненного самоосуществления.

В этой связи устойчивость жизненного мира человека как характеристика предельности мира человека, располагающаяся в континууме «порядок – беспорядок», требует использования такого методического инструментария, который «схватывал» бы эту динамику жизни человека. На наш взгляд, «дело жизни» человека состоит в том, чтобы мир приобрел упорядоченность и устойчивость, которые возникают благодаря следующей жизненной логике: «от «действовать, чтобы поддерживать свою жизнь» до «жить для того, чтобы делать дело своей жизни» (Леонтьев, 2001, с.502).

Целью данной работы стал поиск методического инструментария для изучения того, как происходит расширение жизненного пространства и каким образом человек «движется» в сторону усложнения собственной системной организации, расширяя пространство жизненного самоосуществления, обнаруживая тем самым все новые возможности в мире, сохраняя в процессе движения собственную целостность.

В соответствии с обозначенными методологическими позициями нами была разработана Методика «Изучение устойчивости жизненного

мира человека». Основная идея данной методики состояла в том, чтобы суметь обнаружить такие особенности устойчивости человека как открытой психологической системы, имеющей пространственно-временную организацию, которые обеспечивают определенный режим функционирования, результатом которого выступает «жизнестойкость» по отношению к «внешним» и «внутренним» воздействиям (Клочко, 2005). Специальная процедура исследования представлена ниже.

Инструкция: *Предлагаем Вам написать эссе на тему «Три дня моей жизни, которые…». Для выполнения данного задания Вам следует:*

1) выбрать три наиболее интересных дня, имеющих отношение к Вашему прошлому, настоящему или будущему;
2) определить их содержание и отразить его в названии Вашего эссе, продолжив начатое название;
3) описать в эссе события этих дней и Ваши переживания, эмоциональное отношение к этим событиям;
4) постарайтесь показать роль, значение этих дней в Вашей жизни.

Обработка результатов предполагает поэтапный анализ следующих позиций:

1. Определяется временной модус событий, описываемых в эссе (все три дня относятся к прошлому, или настоящему, или будущему, или каким-то образом рассредоточены на временной оси жизни человека).

2. Подсчитываются все глаголы в эссе, фиксируется в процентном отношении количество глаголов прошедшего, настоящего и будущего времени (по результатам выбирается соответствующая графа).

3. Определяется критерий выбора содержания описываемых событий (биографический, когда описываются события собственной биографии, включенные в общую сюжетную линию жизни; топологический, когда отправной точкой описанных событий выступает определенное пространство (географическое, культурное, ценностно-смысловое и т. д.); хронотопическое, когда совмещены биографический и топологический критерии, позволяющее описать события в призме единства пространства и времени жизни человека).

4. Определяется общий эмоциональный фон описываемых событий (через анализ используемых в тексте прилагательных, позволяющих выявить соотношение эмоционально нейтральных прилагательных, эмоционально отрицательных и эмоционально положительных).

5. Определяется значение описываемых событий в жизни человека (определяется в зависимости от места и роли событий относительно общей линии становления человека и ее оценки в данный момент).

6. Определяется отношение к описываемым событиям (рациональное, определяется как разумное, наиболее целесообразное, обоснованное отношение к описанию; ответственное определяется как критичное, рефлексивное отношение к произошедшему и имеющее выводы

относительно роли событий в жизни; ценностное определяется как «уплотнение мира вокруг человека» за счет единства пространственных, временных и смысловых значимых контекстов).

7. Оценивается непрерывность личностной истории (отсутствует, когда человек отождествляет себя с отдельными конкретными событиями: жизнь – мозаика; проявляется на отдельных этапах, когда человек «протягивает» линию от конкретного события в пространстве и времени жизни; удерживается, когда человек в описании показывает взаимосвязанность различных событий, объединенных общей линией становления человека).

8. Анализируется рефлексивная позиция автора по отношению к описываемым событиям (отсутствует, когда человек не демонстрирует рефлексивную позицию по отношению к описываемым событиям; проявляется ситуативно, когда человек демонстрирует рефлексивную позицию по отношению к одному из описываемых событий или к одной из сторон жизнеописания; целостная рефлексивная позиция, когда описываемые события выступают предметом рефлексии в контексте жизни человека).

На основании выделенных данных подсчитывается сумма баллов по всем восьми позициям.

Интерпретация результатов:

24-39 баллов – устойчивость, которая характеризует таким образом организованный человеком процесс жизнедеятельности, который ориентирован на использование ранее сформированных форм взаимодействия с окружающим миром, зачастую неадекватных условиям настоящей жизненной ситуации. Стагнационный характер проявления устойчивости жизненного мира не способствует продуктивному и оптимальному жизненному самоосуществлению. Чем ниже балл, тем выше степень выраженности стагнационного характера проявления устойчивости жизненного мира человека, которая определяет особенности таких характеристик как отсутствие ценностного отношения к жизни, перспектив дальнейшего движения, снижение рефлексивной способности, доминирование стереотипных продуктов жизнедеятельности, неспособность к решению творческих задач, не возможность адекватно оценить собственные жизненные дефициты.

40-59 баллов – устойчивость, которая характеризует таким образом организованный человеком процесс жизнедеятельности, который не способствует сохранению здоровья, личностному росту и творчеству. Неконструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира снижает продуктивность и оптимальность жизнедеятельности человека. Чем ниже балл, тем выше степень выраженности неконструктивного характера проявления устойчивости жизненного мира человека, которая определяет особенности таких характеристик как потеря самотождественности, недостаток ресурса (собственного потенциала, условий

Таблица

Диагностическая форма

1. Временной модус событий						
Прошлое	Настоящее	Будущее	Прошлое-настоящее	Прошлое-будущее	Настоящее-будущее	Прошлое-настоящее-будущее
3 балла	3 балла	3 балла	5 баллов	5 баллов	5 баллов	10 баллов
2. Соотношение глаголов						
Доминируют			Процентное соотношение в равных долях			
глаголы прошедшего времени	глаголы настоящего времени	глаголы будущего времени	глаголов прошедшего и настоящего времен	глаголов настоящего и будущего времен	глаголов прошедшего и будущего времен	глаголов прошедшего, настоящего и будущего времен
3 балла	3 балла	3 балла	5 баллов	5 баллов	5 баллов	10 баллов
3. Критерий выбора содержания событий						
Биографический			Топологический		Хронотопический	
3 балла			5 баллов		10 баллов	
4. Общий эмоциональный фон событий						
Отрицательный			Нейтральный		Положительный	
3 балла			5 баллов		10 баллов	
5. Значение описываемых событий в жизни						
Начало линии развития	Центральная линия развития	Завершение линии развития	Значимые и важные, но не удерживающие общую направленность линии развития		Удержание общей направленности линии развития	
3 балла	3 балла	3 балла	5 баллов		10 баллов	
6. Отношение к событиям						
Рациональное			Ответственное		Ценностное	
3 балла			5 баллов		10 баллов	
7. Непрерывность личностной истории						
Отсутствует			Проявляется на отдельных этапах жизнеописания		Удерживается	
3 балла			5 баллов		10 баллов	
8. Рефлексивная позиция автора						
Отсутствует рефлексивное отношение			Рефлексивное отношение проявляется ситуативно		Наличие целостной рефлексивной позиции автора	
3 балла			5 баллов		10 баллов	

среды) для разрешения противоречия между образом мира и образом жизни, нарушение непрерывности личностной истории, утрата целей и смыслов жизнедеятельности, отсутствие равновесия между реальностью и желаемой гармонией.

60-80 баллов – устойчивость, которая характеризует особым образом организованный человеком процесс жизнедеятельности, способствующий сохранению здоровья, личностному росту и творчеству, отражает тенденцию к оптимизации своего потенциала, гармоничному самоосуществлению во всех жизненно важных для него сферах. Общая конструктивность (продуктивность и оптимальность) жизненного самоосуществления человека основывается на конструктивном характере проявления устойчивости жизненного мира человека. Конструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира человека определяет особенности таких характеристик как доминирование продуктов нового качества, способность к решению творческих задач, соответствие возможностей человека степени его ответственности за реализацию этих возможностей, ценностное отношение к жизни, наличие перспектив дальнейшего движения, отсутствие недостатка ресурса (собственного потенциала, условий среды) для разрешения противоречий между образом мира и образом жизни, самотождественность.

В период с марта по июнь 2010 года было проведено исследование, предполагающее выявить параметры валидности и надежности методики «Исследование устойчивости жизненного мира человека».

Валидизация методики осуществлялась в несколько этапов.

Первый этап исследования был направлен на изучение внутренней согласованности методики, в структуре которой заложено 8 показателей, определенным образом характеризующих устойчивость жизненного мира человека.

Проверка на внутреннюю согласованность методики проводилась на выборке студентов – будущих психологов в количестве 54 человека с использованием метода ранговой корреляции Ч. Спирмена. Полученные данные свидетельствуют, что на общем фоне высокозначимых связей между показателями, совокупность которых определяет устойчивость жизненного мира, обнаружено отсутствие взаимосвязей между следующими показателями:

1) временным модусом описываемых событий и используемыми для описания глаголами определенного времени (0.27); отсутствие данной связи, скорее всего, обусловлено тем, что для описываемых событий человек не находит достаточно языковых средств, в том числе и адекватного подбора их временного содержания;

2) общим эмоциональным фоном описываемых событий и значением этих событий в жизни человека (0.20); данный факт связан с тем, что сильные эмоциональные переживания негативного характера

оцениваются по процедуре в рамках данной методики невысоко, но при этом имеют для человека довольно высокую значимость;

3) общим эмоциональным фоном описываемых событий и рефлексивной позицией автора (0.23); отсутствие данной связи требует дальнейшего уточнения и проверки.

Тем не менее, как показало исследование, устойчивость жизненного мира человека связана на высоком уровне достоверности со всеми входящими в нее показателями, что позволяет судить о надежности по внутренней согласованности методики.

Второй этап был направлен на изучение прогностической валидности. Основной задачей данного этапа явилось сравнение результатов, полученных по данной методике в одной и той же группе студентов – будущих психологов спустя определенное время (1 месяц). Считается, что результаты этого этапа работы с методикой позволяют оценить ее ретестовую надежность. Проверка надежности методики проводилась на выборке студентов – будущих психологов в количестве 54 человека. В силу трудности создания параллельной формы методики использовалась та же самая форма, однако в ходе инструкции испытуемых просили описать другие (не описываемые в первичном исследовании) события жизни.

В ходе проверки полученных данных методом корреляционного анализа Ч. Спирмена было обнаружено, что коэффициент корреляции между первичным и повторным применением методики составил 0.99 ($p<0.001$).

Таким образом, степень согласованности результатов теста, полученных при первичном и повторном применении у одних и тех же испытуемых в различные моменты времени, высокая. В этой связи можно говорить о том, что устойчивость жизненного мира человека характеризуется стабильностью проявления на незначительном отрезке времени, возможно, не сопровождающимся жизненными изменениями и коллизиями.

На третьем этапе проводилось определение диагностической (конкурентной) валидности – исследование проводилось в клинической и контрольной выборках. Клиническая выборка состояла из госпитализированных алкоголиков в количестве 30 человек (средний возраст – 34.2 года), контрольная выборка была представлена врачами-стоматологами (средний возраст – 34.4 года). Соотношение мужчин и женщин в данных группах – 30% женщин, 70% мужчин.

Среднегрупповые результаты в данных группах выглядят следующим образом:

– в группе госпитализированных алкоголиков – 28.69 баллов;

– в группе врачей-стоматологов – 62.67 баллов.

Среднегрупповые показатели госпитализированных алкоголиков свидетельствуют о наличии и использовании ранее сформированных форм взаимодействия с окружающим миром, зачастую неадекватных условиям настоящей жизненной ситуации. Среднегрупповые показатели

врачей-стоматологов указывают на конструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира, способствующий сохранению здоровья и способствующий оптимизации собственного потенциала.

Различия между данными группами являются статистически высоко значимыми ($t=-11.35$ при $p<0.001$).

Четвертый этап был направлен на определение критериальной валидности – проверку связи устойчивости жизненного мира человека с переменными, характеризующими различные проявления устойчивости, заложенные в содержание тестов и опросников. Количество испытуемых на данном этапе составило 72 человека.

В ходе работы были выявлены взаимосвязи между устойчивостью жизненного мира и шкалами самоактуализационного теста: со шкалой Ценностных ориентаций ($r=0.24$, при $p<0.05$), со шкалой Гибкости поведения ($r=0.34$, при $p<0.01$), со шкалой Спонтанности ($r=0.31$, при $p<0.01$). Данные шкалы самоактуализационного теста содержательно соотносятся с проявлением устойчивости жизненного мира, характеризуя динамичность изменений при сохранении собственной целостности.

Выявлена высокозначимая связь между устойчивостью жизненного мира человека и шкалой Вовлеченность теста жизнестойкости ($r=0.36$, при $p<0.01$), что указывает на необходимость наличия контактов и увлеченность жизнью для сохранения собственной устойчивости.

Исследование взаимосвязи с Томским опросником ригидности и 16-факторным опросником Р.Кеттелла не поддается однозначной интерпретации и требует дальнейшего внимательного изучения.

На пятом этапе исследовалась консенсусная валидность, позволяющая сопоставить в корреляционном исследовании результаты, полученные по методике, с данными, полученными от внешних экспертов, хорошо знакомых с теми лицами, которые были подвергнуты исследованию. С этой целью преподавателям, преподающим на данном курсе не менее 2-х лет и хорошо знающим студентов, была предложена тестовая карта, отражающая содержательно основные показатели устойчивости жизненного мира человека. Разработанная нами тестовая карта включала полярные качества, выделенные на основе теоретического анализа и характеризующие устойчивость жизненного мира человека. Задача экспертов состояла в следующем: количественно (по шкале от 1 до 10) определить выраженность предлагаемых качеств у педагогов. Каждый из экспертов работал самостоятельно, обобщение полученных результатов и усреднение оценок выполнялось непосредственно нами с помощью программы Statistica, 6.0. Все полученные данные были проанализированы и сопоставлены с результатами, полученными по методике.

Выборка была представлена студентами – будущими психологами в количестве 54 человека.

В процессе исследования было обнаружено, что коэффициент корреляции Ч. Спирмена, демонстрирующий качество связи между результатами методики и результатами работы экспертов, составил $r=0.28$ при $p<0.05$, что указывает на наличие значимой связи между результатами, полученными по методике, и результатами, полученными в ходе внешней оценки.

Следующим качественным показателем методики выступил показатель нормы, позволяющий анализировать результаты в сравнении со статистическим значениями нормативной выборки. Нормативная выборка определялась в соответствии с назначением методики и предполагала выбор лиц, способных продемонстрировать устойчивость жизненного мира.

На данном этапе было проведено исследование:

1) в группах испытуемых-студентов, находящихся в возрастном диапазоне от 18 до 22 лет, средний возраст которых составил 19.8 лет, общее число испытуемых равнялось 90 человек;

2) в группах испытуемых – взрослых лиц, находящихся в возрастном диапазоне от 29 до 42 лет, средний возраст которых составил 35.2 лет, общее число испытуемых равнялось 72 человек

В таблице 6 приведены средние и стандартные отклонения по показателю «устойчивость жизненного мира» человека для студенческой и взрослой выборок.

Среднегрупповые результаты продемонстрировали повышение показателей от первой группы ко второй: студенты – 47.55; взрослые – 61.26.

Среднегрупповые показатели на студенческой выборке располагаются в диапазоне 40-59 баллов, который в рамках методики свидетельствует о доминировании неконструктивного характера проявления устойчивости жизненного мира, что объясняется особенностями становления исследуемого феномена на данном жизненном этапе и указывает на недостаток ресурса (собственного или условий среды) для обеспечения жизненного баланса. Среднегрупповые показатели на взрослой выборке располагаются в диапазоне 60-80 баллов, который в рамках методики свидетельствует о доминировании конструктивного характера проявления устойчивости жизненного мира, что указывает на доминирование продуктов нового качества, способность к решению творческих задач, соответствие возможностей человека степени его ответственности за реализацию этих возможностей, ценностное отношение к жизни, наличие перспектив дальнейшего движения, отсутствие недостатка ресурса (собственного потенциала, условий среды) для разрешения противоречий между образом мира и образом жизни, самотождественность.

Таким образом, результаты работы по созданию и апробации методики «Исследование устойчивости жизненного мира человека» показали, что данная методика позволяет выявлять особенности устойчивости жизненного мира, располагающиеся в диапазоне «низкая степень

устойчивости жизненного мира человека – высокая степень устойчивости жизненного мира человека», проявляющиеся в специфических формах взаимодействия человека с миром:

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

Кроме того, результаты психометрической проверки методики «Исследование устойчивости жизненного мира человека» показали, что данная методика позволяет выявлять особенности устойчивости жизненного мира в различных группах относительно их социально-психологических характеристик, что свидетельствует о ее пригодности к использованию.

Сферами применения данной методики могут являться образовательная практика, практика психологического консультирования и психотерапии, ввиду ее информативности в вопросах рефлексивного отношения к жизненному самоосуществлению, качеству жизни, готовности человека к инновационной деятельности, нестандартным (творческим) решениям, жизненному выбору, а также заложенным прогностическим потенциалом успешности самоосуществления человека в условиях реальной жизнедеятельности, ориентированным на решение практических задач психологической помощи в формирования нового мышления, инновационной и предпринимательской активности, преодоление жизненных дефицитов в конкретных видах деятельности, трудных жизненных ситуациях, решение проблем ответственности, свободы выбора, самотождественности, целостности.

Список литературы:

1. Знаков В. В. Субъект, личность и психология человеческого бытия. – М., 2004.
2. Клочко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансспективный анализ). – Томск, 2005.
3. Левин К. Динамическая психология. – М., 2001.
4. Леонтьев А. Н. Лекции по общей психологии. – М., 2001.
5. Логинова И. О. Психология жизненного самоосуществления. – М., 2009.
6. Логинова И. О. Исследование устойчивости жизненного мира человека в процессе самоосуществления // Психология обучения. – 2010. – № 2.

СТРЕМЛЕНИЕ К САМООПРЕДЕЛЕНИЮ КАК ОСНОВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н. И. Трубникова, В. Е. Трубников

Алтайская государственная академия образования имени В. М. Шукшина

В настоящее время проблема психологического здоровья детей и взрослых находится в центре внимания многих психологов и педагогов. И это не случайно, современная жизнь предъявляет высокие требования как к взрослым, так и к детям. Современные социо-экономические условия характеризуются нестабильностью и неопределенностью, увеличивается поток неоднозначной информации, убыстряется темп жизни.

В таких условиях особо актуальна проблема поиска ресурсов для преодоления стрессовых ситуаций, для повышения собственной эффективности. Бесспорно, что таким ресурсом является здоровье, в частности психологическое здоровье человека (М.Р. Битянова, И.В. Дубровина, Г.В. Залевский, Н.В. Козлова, Л.С. Колмогорова, Л.М. Митина и др.).

Кроме того, проблема психологического здоровья в настоящее время приобрела такую значимость в связи с адресованным психологической науке государственным заказом. В проекте Федерального Закона «Об охране психологического здоровья граждан в Российской Федерации» (редакция 13 января 2013 года) говорится о необходимости охраны психологического здоровья граждан Российской Федерации, говорится о необходимости улучшения качества психологической помощи гражданам Российской Федерации (Проект, 2013).

Не случайно, одним из показателей эффективности или неэффективности образовательных программ, новых педагогических методов, сроков и форм обучения в настоящее время признается здоровье участников образовательного процесса (И.В. Дубровина, Л.С. Колмогорова, О.М. Краснорядцева, Л.М. Митина и др.).

В современной науке здоровье рассматривается «как сложный многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, сочетающий в себе различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты бытия» (Васильев, Филатов, 2001, с. 8). Эксперты Всемирной организации здравоохранения предложили следующее определение: «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов» (Васильев, Филатов, 2001).

Кроме того, следует отметить, что получило широкое признание представление о здоровье как системном качестве человека. Такое определение здоровья вытекает из понимания человека как единого целого, как системы (С. Гроф, Г. Олпорт, К. Роджерс, Э. Эриксон и др.). Эти

авторы связывают здоровье с определенным уровнем интегрированности личности. Данное определение здоровья очень созвучно с понятием психологического здоровья человека.

Термин «психологическое здоровье» является относительно новым для психологической науки и характеризует всю личность в целом.

Говоря об умственном, психическом, физическом развитии и здоровье, мы подчас забываем о духовном развитии человека, а «духовное – это то, что отличает человека, что присуще только ему и ему одному» (Франкл, 1990).

В связи с этим, на наш взгляд, весьма интересным является подход к проблеме психологического здоровья с точки зрения полноты и богатства личности (А. Адлер, Ш. Бюллер, И.В. Дубровина, А. Маслоу, С.Л. Рубинштейн, В. Франкл, Э. Эриксон и др.).

Так, А. Маслоу считал, что важнейшими составляющими психологического здоровья являются стремления людей быть «всем, чем они могут, т.е. стремление развивать весь свой потенциал через самоактуализацию. А необходимое условие самоактуализации – это нахождение человеком верного представления самого себя. Одного этого представления недостаточно, человек должен реализовать то, что заложено в нем природой, а перестройка общества, по мнению А. Маслоу, должна вестись путем создания для людей возможностей к их самоактуализации. Другая составляющая психологического здоровья – стремление к гуманистическим ценностям. А. Маслоу считал, что самоактуализирующейся личности присущи такие качества, как принятие других, автономия, спонтанность, чувствительность к прекрасному, чувство юмора, альтруизм, желание улучшить человечество, склонность к творчеству (Маслоу, 1970). Именно такую личность, с точки зрения А. Маслоу, можно считать психологически здоровой.

Несколько иная, но в тоже время созвучная с предыдущей, позиция у В. Франкла. Он считает, что «у каждого времени свои неврозы… Сегодня мы, по сути, имеем дело уже с фрустрацией не сексуальных потребностей, как во времена Фрейда, а с фрустрацией потребностей экзистенциальных. Сегодня пациент уже не столько страдает от чувства неполноценности, как во времена Адлера, сколько от глубинного чувства утраты смысла, которое соединено с ощущением пустоты» (Франкл, 1990, с. 24). Тот, кто ощущает свою жизнь, лишенной смысла, не только не счастлив, но и вряд ли жизнеспособен. Под смыслом жизни В. Франкл подразумевает призвание человека. «Подобно тому, как бумеранг возвращается к бросившему его охотнику, так и человек возвращается к самому себе и обращает свои помыслы к самоактуализации, только если он промахнулся мимо своего призвания» (Франкл, 1990, с. 59). Надо найти это дело, этот смысл, а у ребенка надо воспитать готовность к нахождению смысла.

На наш взгляд, поиск смысла жизни – это, прежде всего, поиск возможности самоопределиться в жизни. Поэтому у ребенка нужно формировать готовность к жизненному самоопределению.

Кроме того, следует отметить, что по В. Франклу психологически здоровым можно считать того, кто видит смысл жизни, т.е. может самоопределиться.

По существу, эту же мысль высказывают и некоторые отечественные ученые: А.Г. Асмолов, М.Р. Гинзбург, Л.Н. Коган, И.С. Кон, А.Г. Спиркина, М.М. Шибаева и др. Самоопределение рассматривается ими в основном в связи с поиском смысла жизни, осознанием своих возможностей.

Так, Л. Н. Коган именно со смыслом жизни связывает такие понятия, как «развитие», «самоопределение», «целеустремленность», «самореализация». Автор отмечает, что человек сам, а не по велению судьбы определяет свое назначение, строит свою жизнь (Коган, 1984, с. 220). Синонимом «самоопределения» И. С. Кон считает «поиск себя», ядром которого является выбор сферы трудовой деятельности.

Говоря о том, что основой психологического здоровья является способность (готовность) личности самоопределиться, необходимо отметить позицию Шарлоты Бюлер, которая рассматривает в качестве главной движущей силы развития врожденное стремление человека к самоосуществлению. Согласно ее теории, полнота, степень самоисполненности зависят от способности индивида ставить такие цели, которые наиболее адекватны его внутренней сути. Такая способность называется у Ш. Бюлер самоопределением. Чем понятнее человеку его призвание, тем вероятнее самоосуществлении. Именно обладание такими жизненными целями является, по Бюлер, условием сохранения психологического здоровья. Недостаток направленности самоопределения может быть причиной неврозов (Дубровина, 1997).

Созвучная точка зрения у И.Г. Шендрика, для него самоопределение представляется как целостный процесс мотивоцелеобразования. Через мотивы и цели деятельности проявляется система личностных смыслов индивида, составляющая основу его личности, ее психологического здоровья (Шендрик, 1987).

Проблема поиска смысла своего существования, определения жизненных целей важна для сохранения психического и психологического здоровья любого человека и в любом возрасте. Но особенно остро эта проблема встает в юношеском возрасте (Л.И. Божович, Н.А. Волков, И.В. Дубровина, В.Д. Ермоленко, И.С. Кон, Б.С. Круглов и др.). В этом возрасте человек осознает собственные ценности, уже научившись относиться к миру как целому. Л.И. Божович, характеризуя социальную ситуацию развития юношей и девушек указывает на то, что выбор дальнейшего жизненного пути, самоопределение представляет собой аффективный центр их жизненной ситуации. Подчеркивая важность самоопределения

в этом возрасте, Л.И. Божович не дает его однозначного определения; это «выбор будущего пути, потребность нахождения своего места в труде, в обществе, в жизни», «поиск цели и смысла своего существования», «потребность найти свое место в общем потоке жизни» (Божович, 2001). Пожалуй, наиболее емким является определение потребности в самоопределении как потребности слить в единую смысловую систему обобщенные представления о мире и обобщенные представления о самом себе и тем самым определить смысл своего собственного существования. Таким образом, именно в юношеском возрасте молодые люди должен решить жизненно важную задачу – осуществить профессиональное самоопределение, причем не в виде мечты, а в плане реального выбора.

Не случайно, многие отечественные психологи, обращаясь к проблеме самоопределения, характеризуют особенности юношеского возраста: В.В. Барцалкина, Л.И. Божович, И.В. Дубровина, А.В. Мудрик, Д.И. Фельдштейн и другие. Многие из них считают самоопределение новообразованием ранней юности. Так И.В. Дубровина пишет, что «главным новообразованием ранней юности следует считать готовность (способность) к личностному и жизненному смоопределению» (Дубровина, 1989).

Известный американский психолог Э. Эриксон при описании юношеского возраста ввел понятие идентичности. По сути, понятие идентичности близко понятию готовности к самоопределению как новообразованию ранней юности. Э. Эриксон понимает идентичность как тождественность человека самому себе (неизменность личности в пространстве) и целостность (преемственность личности во времени). Идентичность – это чувство обретения, адекватности и владения личностью собственным Я независимо от изменения ситуации. Э. Эриксон связывает юность с кризисом идентичности, который «происходит в тот период жизненного цикла, когда каждый молодой человек должен выработать из действенных элементов детства и надежд … свои главные перспективы и путь, о есть определенную работающую цельность» (Эриксон, 1996). Э. Эриксон считает, что если молодой человек успешно справляется с задачей обретения идентичности, то у него появляется ощущение того, кто он есть, где находится и куда идет. Неспособность (кризис идентичности) чаще всего характеризуется неспособностью выбрать карьеру или продолжить образование. Многие молодые люди, страдающие от специфического для этого возраста конфликта, испытывают чувство своей бесполезности, душевного разлада и бесцельности, т.е. страдает их психологическое здоровье.

Кроме этого, следует отметить точку зрения А. Адлера. Главной посылкой адлеровской психологии является представление о том, что человек является единым и самосогласующимся организмом. Адлер считает, что человек постоянно находится в движении к самосовершенству,

к личностно значимым целям, это поддерживает его целостность. Достигая намеченных целей, человек не только повышает самооценку, но также находи свое место в жизни. Таким образом, А.Адлер представляет человека как самоопределяющееся целое, как архитектора своей жизни. Для такого человека должны быть значимыми потребность в саморазвитии и потребность в самореализации и если эти потребности удовлетворяются, то можно говорить о его психологическом здоровье.

Исследование феномена самоопределения как основы психологического здоровья в юношеском возрасте будет не полным, если не принять во внимание внутреннюю тенденцию развития психологической науки, которая привела ее «к системному пониманию человека как предмета науки». В системной антропологической психологии «человек понимается как сложная, самоорганизующаяся психологическая система, открытая как в социум, так и в объективную (природную, физическую, «вещную») среду. Психическое рассматривается как то, что порождается, возникает в процессе функционирования психологических систем и обеспечивает их самоорганизацию и саморазвитие» (Клочко, 2005). Представление о психике как новой реальности («многомерный мир личности») превращает психологию в науку о человекообразовании. Под человекообразованием понимается становление многомерного мира личности. Следовательно, если мы говорим о человекообразовании как становлении многомерного мира личности, то в образовательном процессе сегодня упор должен делаться «не на усвоение знаний, а на формирование у ученика целостной (системной) ценностно-смысловой картины мира» (Клочко, 1999). А продуктом образовательной деятельности является многомерный мир личности. В связи с этим основой психологического здоровья является качество, богатство многомерного мира и успешность прохождения этапов становления многомерного мира личности, «смена мерностей сознания» (Клочко, 2005). С точки зрения системной антропологической психологии психологически здоровый человек – это «человек, понимающий смысл и ценность того, что он делает и способный сам (без посредников) строить и перестраивать свой образ мира и образ жизни» (Клочко, 2005), другими словами – это человек способный к перманентному самоопределению.

Нельзя забывать о том, что образование многомерного мира человека происходит в результате взаимодействия ребенка со взрослым. Поэтому и качество многомерного мира зависит от позиции, которую принял на себя взрослый как посредник между миром культуры и миром ребенка.

Известно, что главной целью психологической службы любого образовательного учреждения является обеспечение психологического здоровья учащихся (Дубровина, 2009). В связи с этим, в качестве одной из главных составляющих образовательной среды современного образовательного учреждения должно быть психологическое сопровождение становлению готовности юношей и девушек к жизненному самоопределению.

Психологическое сопровождение подразумевает такую систему профессиональной деятельности психолога и педагогов, которая направлена на создание психолого-педагогических условий для продуктивного саморазвития, самоопределения учащихся.

Психолого-педагогическое сопровождение становления готовности к жизненному самоопределению как основания психологического здоровья в юношеском возрасте предполагает следующие направления работы.

Во-первых, это психолого-педагогический мониторинг как система информационного сопровождения становления готовности к жизненному самоопределению юношей и девушек.

Во-вторых, следует так организовать образовательную и профессиональную среды, чтобы они максимально способствовали формированию ценностно-смысловых составляющих образа мира учащихся, формированию потребности в постоянном саморазвитии. Необходимо выстраивать образовательную и профессиональную среды на принципах совместности, открытости и рефлексии (Трубникова, 2009).

Для решения этих задач можно использовать различные формы работы с юношами и девушками:

- психологические занятия, тренинги, с использованием соответствующих психотехник, на развитие флексибельных возможностей учащихся, реализация которых способствует приобретению позитивного опыта самовыражения, самоактуализации в процессе обучения;
- проведение с юношами и девушками психологических занятий тренингов, направленных на познание своих индивидуально-личностных качеств, возможностей, способностей;
- психологическое просвещение юношей и девушек, которое проводится с целью повышения их психологической культуры;
- проведение консультаций, главная цель которых – помочь юношам и девушкам понять свои индивидуально-психологические особенности, свои возможности и ресурсы, учить учащихся решать задачи на смысл.

Итак, в заключении хочется еще раз отметить, что смыслом любого образовательного учреждения должно быть содействие взрослению учащихся, подготовка их к самостоятельной жизни в обществе. Особо следует подчеркнуть, что результатом образования необходимо считать не только уровень сформированности знаний, умений и навыков, но и достигнутый уровень готовности к жизненному самоопределению, способность самому делать, думать, отвечать за свой выбор.

Список литературы:

1. Божович Л. И. Проблемы формирования личности // Избранные психологические труды. – М., 2001.
2. Васильев О. С., Филатов, Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М., 2001.

3. Клочко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансспективный анализ). – Томск, 2005.
4. Коган Л. Н. Цель и смысл жизни человека. – М., 1984.
5. Практическая психология образования / Под ред. И.В. Дубровиной. – М., 1997.
6. Проект Федерального Закона «Об охране психологического здоровья граждан в Российской Федерации (редакция 13 января 2013 года).
7. Трубникова Н. И. Профессиональное самоопределение как показатель эффективности вузовского образования // Психология обучения. – 2009. – № 2. – С. 79-85.
8. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М., 1990.
9. Эриксон Э. Детство и общество. – Спб., 1996.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЖИЗНЕННЫХ РЕСУРСОВ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

В. Б. Чупина, Ю. В. Живаева

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

В современном обществе, когда жизнедеятельность представляет динамический процесс, который приводит к такому состоянию взаимоотношений человека и социальной среды, когда человек продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности, занимает конструктивную позицию по отношению к тем ролевым ожиданиям, которые предъявляет к нему эталонная группа, переживает состояния самореализации актуальными становятся вопросы, связанные с жизненными ресурсами самой личности и с теми потенциями, которые их активизируют.

Разработкой и изучением потенциала личности занимается В. Н. Марков, который определяет понятие потенциала личности как систему его возобновляемых ресурсов, которые проявляются в деятельности, направленной на получение социально значимых результатов. Личностный потенциал формируется у человека в течение всей жизни и является базовой площадкой для реализации и осуществления человеком своих ресурсов (Марков, 2000).

По мнению Н. Е. Водопьяновой ресурсы – это «внутренние и внешние переменные, способствующие психологической устойчивости в стрессогенных ситуациях; это эмоциональные, мотивационно-волевые, когнитивные и поведенческие конструкты, которые человек актуализирует для адаптации к стрессогенным /стрессовым трудовым и жизненным ситуациям», это «средства (инструменты), используемые им для трансформации взаимодействия со стрессогенной ситуацией (Водопьянова, 2005).

В ресурсной концепции стресса С. Хобфолла, ресурсы определяются как то, что является значимым для человека и помогает ему адаптироваться в сложных жизненных ситуациях. В рамках ресурсного подхода рассматриваются различные виды ресурсов, как средовых, так и личностных. Целей (Хобфолл, 1993).

Одним из оснований ресурсного подхода является принцип «консервации» ресурсов, который предполагает возможность человека получать, сохранять, восстанавливать, преумножать и перераспределять ресурсы в соответствии с собственными ценностями. Посредством такого распределения ресурсов человек имеет возможность адаптироваться к вариативному ряду условий жизненной среды. В концепции С. Хобфолла потеря ресурсов рассматривается как первичный механизм, запускающий стрессовые реакции. Когда происходит потеря ресурсов, другие ресурсы выполняют функцию ограничения инструментального, психологического и социального воздействия ситуации. Потеря внутренних и внешних ресурсов влечет за собой потерю субъективного благополучия, переживается как состояние психологического стресса, негативно сказывается на состоянии здоровья личности. В. А. Ананьев указывает на то, что «психологическое здоровье это «цветок человеческих потенциалов и жизненных ресурсов» так необходимый человеку для совершенствования его личности.

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

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

Мы полагаем, что определение и гармонизация обозначенных выше психологических категорий особенно важны во врачебной деятельности, которая относится к сложным видам труда и определяется как социотехническая, постоянно усложняющаяся, многофункциональная, с высокой вариативностью, слабо регламентированная, творческая, что требует более глубокого профессионального самоопределения специалиста, адекватной и стабильной профессиональной самооценки, мотивированности на постоянное самосовершенствование в профессии.

При выделении общей структуры профессионально-важных качеств врача к ним относят: «высокий самоконтроль эмоций и поведения», «способность объективно оценивать свои достижения, силы, возможности», «способность к быстродействию в условиях дефицита времени», которые представляют собой взаимосвязанную систему качеств, необходимых при выполнении врачебной деятельности.

Таким образом, в силу особенностей профессии гармонизация жизненных ресурсов будущего врача является важнейшей составляющей его профессионального и личностного развития.

Поэтому экспериментальное исследование гармонизации жизненных ресурсов нами было проведено на выборке студентов 3 курса КрасГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого г. Красноярска в количестве 50 человек.

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

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

В ходе исследования по опроснику потерь и приобретений Н.Е. Водопьяновой, М.В. Штейн мы обнаружили, что для 36% испытуемых характерен высокий индекс ресурсности, т.е. данные респонденты имеют возможность получать, сохранять, восстанавливать, преумножать и перераспределять ресурсы в соответствии с собственными ценностями. У 28% студентов выявлен средний индекс ресурсности, что свидетельствует о том, что когда происходит потеря ресурсов, другие ресурсы выполняют функцию ограничения инструментального, психологического и социального воздействия ситуации. Низкий уровень ресурсности имеют 36% исследуемых, в данном случае потеря внутренних и внешних ресурсов влечет за собой потерю субъективного благополучия, переживается как состояние психологического стресса, негативно сказывается на состоянии здоровья личности.

Далее было выявлено, что величины «потерь» и «приобретений» отличаются по абсолютным значениям, но также и по их соотношению с показателями психологического здоровья по методике «Определение уровня психологического здоровья». Так, сумма «потерь» отрицательно связана с наличием высокого (при $p<0,05$, $r = -0,34$) и умеренного

(при $p<0,05$, $r = -0,38$) уровней психологического здоровья. Сумма «приобретений» ресурсов имеет положительные корреляции с показателями высокого уровня (при $p<0,05$, $r = 0,41$) психологического здоровья. Это означает, что «приобретение» ресурсов по своему положительному воздействию не равно отсутствию «потерь». Первый аспект, очевидно, в большей мере, чем второй, оказывает мотивирующее и динамизирующее воздействие на процесс накопления жизненных потенций и на психологическое здоровье личности.

Анализ оценок на вопросы опросника позволил выявить ресурсные ограничения у 28% респондентов по таким позициям как «уверенность, что я достигаю своих целей», «уверенность, что я контролирую события моей жизни» и т.п.

Основываясь на полученных результатах, возникла необходимость в разработке и апробировании тренинга.

Составляя тренинговую программу, мы учитывали общую цель тренинга: саморазвитие и самоосуществление личности. Разработанная нами на основе теоретических положений и собственных исследований программа тренинга направлена на создание условий для того, чтобы участники могли определить свои жизненные ресурсы, цели, научиться восполнять и достигать их, и в итоге продвинуться в плане своего самоосуществления, самореализации.

Достижение цели тренинга обеспечивалось решением следующих задач:

1. Исследование психологических проблем участников тренинговой группы и оказание помощи в их решении.
2. Определение жизненных ресурсов. Улучшение субъективного самочувствия и укрепление психологического здоровья участников тренинга.
3. Содействие процессу самоосуществления, реализации жизненного потенциала, достижению оптимального баланса между потенциями и ресурсами.

В качестве рабочей гипотезы на данном этапе исследования выступило предположение о том, что предложенный тренинг окажется эффективным средством развития умения манипулировать имеющимися жизненными ресурсами. Тренинг проводился с участниками в течение полугода.

Тренинговая программа состоит из взаимосвязанных тематических блоков упражнений, направленных на:

1) групповое взаимодействие; формирование навыков самопознания или этап познания;
2) анализ собственного поведения или этап изменения
3) формирование новых стратегий.

Целью упражнений первого тематического блока было создать благоприятные условия для работы группы; благоприятную эмоциональную атмосферу принятия и доверия в общении; ознакомить участников с основными принципами тренинга и правилами работы группы; предложить программу занятий; способствовать групповому сплочению, объединению; способствовать приобретению нового сенсорного опыта, углублению процессов самораскрытия, искренности, откровенности. На данном этапе было важным оценить свои собственные жизненные ресурсы и потенции. В качестве рекомендаций было предложено следующее:

1) обдумать и зафиксировать, что вы чувствуете и знаете о себе;
2) описать модель своей жизни: кто вы, где живете, с кем живете, где учитесь, как проводите свободное время, ваш возраст, доход, социальный статус. При изучении записей, определите моменты, которые вызывают у вас беспокойство, неприятные ассоциации;
3) поинтересуйтесь, что о вас думают ваши близкие и знакомые;
4) изучите полученные данные и составьте свой портрет (с учетом положительных и отрицательных качеств).

Следующий этап тренинга был направлен на осознание необходимости изменения, преобразования своего внутреннего мира и методов восстановления жизненных ресурсов.

Определенный интерес и эмоциональный отклик у участников вызвало упражнение, направленное на ресурсный анализ своей жизни. В ходе его выполнения им было предложено заполнить таблицу, состоящую из семи столбцов:

1. Имею
2. Хочу иметь
3. Актуально сегодня
4. Реально борюсь за … (или формирую)
5. Готов обменять на …
6. Меняю на …
7. Жертвую

Далее происходило обсуждение ресурсов и задавались вопросы друг другу.

Этап формирования новых стратегий был завершающим. Суть данного этапа заключалась в создании жизненного плана с учетом приобретенного опыта самопознания, определения жизненных ресурсов. На данном этапе нами активно использовались методы индивидуального консультирования.

С целью самооценки и определения ценностей тренинга участники вели дневники. Таким образом, они имели возможность контролировать процесс собственного развития, постановки целей, формирования умений, навыков и свойств.

Для подтверждения эффективности использованной нами технологии была проведена постренинговая диагностика, результаты которой сравнивались с результатами дотренингового тестирования.

В результате повторного исследования психологического здоровья испытуемых было выявлено, что у 16% респондентов наблюдается высокий уровень психологического здоровья, по-прежнему у большинства (70%) респондентов выявлен умеренный уровень психологического здоровья, что свидетельствует о наличии равновесия между различными качествами личности человека, а также между ним и миром, в котором он живет. И у 14% исследуемых показатели психологического здоровья остались низкими.

Повторное исследование по опроснику потерь и приобретений Н.Е. Водопьяновой, М.В. Штейн показало, что для 46% испытуемых характерен высокий индекс ресурсности, т.е. данные респонденты умеют получать, сохранять, восстанавливать, преумножать и перераспределять ресурсы в соответствии с собственными ценностями. У 40% студентов выявлен средний индекс ресурсности, т.е. при потере ресурсов, другие ресурсы выполняют функцию ограничения инструментального, психологического и социального воздействия ситуации. Низкий уровень ресурсности наблюдается у 14% исследуемых, в данном случае потеря внутренних и внешних ресурсов влечет за собой потерю субъективного благополучия, может переживаться как состояние психологического стресса.

Результаты, полученные с помощью данных методик, были подвергнуты обработке методами математической статистики. На данном этапе экспериментального исследования нами использовался параметрический критерий – t-критерий Стьюдента. Применение t-критерия Стьюдента показало, что после тренинга достоверно значимо изменились показатели индекса ресурсности. Эти данные вполне соответствуют нашему предположению о том, что предложенный тренинг окажется эффективным средством развития умения манипулировать имеющимися жизненными ресурсами.

Таким образом, умелое манипулирование жизненными ресурсами и потенциальными возможностями позволяет ставить перед собой цели и достигать их с той или иной эффективностью. Разумеется, чем больше каждого ресурса, тем больше вероятности, что человек индивидуально правильно сформирует свои жизненные задачи и успешно их решит. Безусловно, между достижениями человека и его жизненными ресурсами имеет место и обратная связь.

Список литературы:

1. Водопьянова Н.Е., Штейн М.В. Оценка оптимизма и активности личности // Практикум по психологии здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб, 2005.
2. Марков В.Н. Потенциал личности // Мир психологии. – 2000. – № 1.
3. Hobfoll S.E.& Lilly R.S. Resurse conservation as a strategy for community psychology // Jornal of Community Psychology. 1993. № 24. – P. 128-148.

Раздел 3

ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

CREATING A SECURE AMBIANCE WITHIN AN EDUCATIONAL INSTITUTION A SYSTEM-DEFINED APPROACH

L. Moshinsky, Y. Shacham

Israel

Creating a secure ambience in an educational institution must include three stages: preventive work, activity during the state of emergency and coping with its consequences.

It should be noted that frequently, speaking about an emergency, people have in view such events as acts of terror, hostilities, fires or earthquakes; however, let us not forget that for a child, traumatic situations may also include incidents like a quarrel with a friend, getting a low mark, a punishment or an injury received during a physical education class or a shop class.

Furthermore, we must bear in mind that in an educational institution the number of the injured in an emergency may be bigger than it seems at first glance. Here are some examples.

Everybody remembers the tragedy of Beslan. Who was traumatized? The immediate answer is: those children and grown-up persons who were taken as hostages by the terrorists. On a second thought we will add their relatives who were waiting near the school. Then we will think of all the local inhabitants. Then, the inhabitants of North Ossetia… The Russians… All those Israelis who, in tears, watched the events on TV… In the final count, the entire world has got traumatic experience – to this or that degree. .

Another example. The brother of a sixth form girl, a soldier, was killed as he tried to neutralize a terrorist. Who is in need of help? The girl, of course. Her schoolmates. The killed soldier's former school-teachers.

It seems appropriate to speak of the " circles of vulnerability "(Shacham, Y. and Niv, S., 2003). This model can be represented as several concentric circles, gradually moving away from the event's epicenter. The distance from the epicenter can be determined on the basis of different premises: physical closeness, psycho-social closeness, affiliation with a risk group within the population.

Let us consider this model in more detail.

A. The physical proximity factor.

Example. During a third grade sport lesson, Shalev ripped open his leg on a fire-cock. There was a lot of blood, the child cried, an ambulance took him to a hospital.

1. In the first place, those who suffer are the people who have been directly hurt during the event: in our example it was the injured boy himself.

2. The people in the close proximity of the event suffer, too. These are Shalev's class-mates, the teacher of sport and the school purser who was making repairs not far from the sports ground.

3. The event could also have badly affected those who did not see what was happening, but heard the noise, the shouts and the weeping. These were the teachers and the children present inside the school, and maybe also somebody who was just passing by near the sports ground. Members of the ambulance team may also be affected from being exposed to a suffering injured child.

4. Judging by the physical closeness, it would seem that those who were far from the site of the accident are less vulnerable. After all, they only learned about the accident from the evening news or from the morning papers.

But the picture will change if we try to look at it from a different point of view.

B. The psycho-social point of view.

Example. Naama (a sixth-form girl) lost her brother, a soldier who died trying to neutralize a terrorist suicider. In the years of his primary education he studied in the same school with Naama, and then passed to the town's high school.

1. In this case the most vulnerable people are the members of the killed soldier's family: his sisters, parents and close relatives. They were not witnesses to the event, but that could make their psychological situation even worse: in our imagination things often become more terrifying than they are in reality.

2. The next thi ng to do is to find out the most effective way of helping each child in a critical situation *(*Shacham, 1996). In the mentioned event many children are involved, therefore the work must be done not only on the individual level (using each child's unique combination of coping resources), but also on the level of the group: all the group members should have the possibility to choose among a multitude of activities covering all the BASIC PH range. It is necessary that every pupil should be enabled to find an occupation corresponding to his style of coping with stress: one can put up a bulletin about Ido's medical condition, assign a corner with paper sheets and markers, give the children access to gymnastic apparatus or to the sports ground, put up a "mailbox" where the children could drop letters about their feelings, etc.

3. Traumatic experiences can be undergone by people who were not close friends of the deceased youth, but were acquainted to him in some way: people, who knew him by sight, met him in the school lobby, knew his parents or lived in the same street with him.

4. Among the sufferers may be mentioned those who never saw and never knew the killed soldier, but whose personal experience allows them to imagine themselves or their close relations in a similar situation (let's mention here the feelings of a girl whose brother serves on the Palestinian territories). We define this parameter as complete identification with the victim.

C. Groups of risk among the population.

Example. Moshe, the second-form boy, hasn't come to school. The teacher tells the children that Moshe's mother has died after a long cancer struggle.

1. There is a high probability of a traumatic syndrome developed by those who have recently experienced (or are experiencing) a similar situation. For example, Ilan's mother is frequently ill and hospitalized, and Ron has recently lost his father.

2. Serious losses during the last year also increase the children's vulnerability. For example, the death of Moshe's mother may provoke distress in Kobi, whose father left his family and went to the USA.

3. A severe personal or social crisis can also increase the probability of heavy consequences of a critical event that, apparently, has nothing to do with the person in question. Thus, the announcement about the death of a classmate's mother can traumatize a child who suffers because of a quarrel with his parents or because of rejection by his schoolfellows.

4. Heightened sensibility is also a factor that increases the danger of trauma related to various stress situations. For example, if the teacher knows that Yael reacts sharply to difficult or painful situations, she better pay special attention to the girl in case of a tragic announcement.

Naturally, in an emergency the biggest risk is faced by children who find themselves in the intersection between these three areas. For example, just imagine a girl who witnessed her best friend run over by a car while in her home her parents are on the verged of getting divorced.

Now, we have outlined the vulnerability circles, showing that the trauma risk is faced not only by the immediate victims of an emergency. But it is no less important to find out who can help the sufferer in the best way possible. In an emergency, the management of an educational institution turns for help to psychologist; however, sometimes the appearance of a stranger can only increase the child's anxiety, turning it into panic. The most effective psychological help during the emergency stage can be given by a familiar and trusted figure who has the drive the empathy and the composure to become a natural supporter like the child's mother, a familiar and loved teacher or a close friend, though sometimes they will need guidance from professionals mental health workers. That is why, along with the vulnerability circles' model, we also propose the model of support circles. Essentially, the two models reflect each other. This mirrored reflection means that we usually can find the supporters within the natural support system of the people in need.

Thus, we suppose that the psychologist's objective, strange as it may seem, is not to give immediate help to the sufferers but to teach the entire team of an educational institution to give such help.

Now what are the tasks of the management with regard to preventing the exacerbation of traumatic effect?

Before discussing this issue, let us have a look at the multi-dimensional model of coping with stress that we use in our work. This model was introduced by prof. Shmuel Lahad from Mashabim Stress Prevention Center (Мириманова, Мошинская, in print, 2014; Lahad, 1984). Let us dwell a little on the model's main points.

In English the model's name is «BASIC PH» (B for «belief», A for «affect», etc.). The main point of the model is that people have six different channels in order to cope with stress situations or to find a way out of uncertainty. However, each person uses predominantly only few of these channels. Let us review each channel in a more detailed way.

B is for «belief» (the system of beliefs and convictions): a person can be helped by turning to religion, to faith (if he is a believer), to omens and myths; he may try to attribute some meaning to a given situation or a given event, he feels or seeks to feel hope.

A is for «affect» or feeling (the emotional channel): one can get relief by speaking about one's emotional sensations, weep, express one's feelings and discuss them, trying to lower the tension.

S is for «social» (the social sphere): one seeks support from one's friends and relatives, fulfills one's social functions, tries to help other people, assumes responsibility.

I is for «imagination» (the sphere of fantasy): A person can be helped by embarking on an imaginary travels, humor (including black humor), creative work (any kind of art).

C is for «cognition» (the rational and cognitive channel): one relieves stress by seeks to understand the logic of the situation, to get additional information, makes plans, adopts priorities.

PH is for «physical» or «physiological» (the body channel): one finds help via some physical activity, some joint action; finds relief in massage, in bathing, in eating.

Thus, let us repeat it, each person can dispose of all the six channels, but usually few of them dominate. This theoretical model brings us close to two practical deductions at least: on the one hand, the stress may be dealt with *by different means*; but on the other hand, each person has his preferable ways of coping- his coping profile . Thus, if reflection does not bring relief, maybe it would be worthwhile to eat a chocolate? Or to chat with a friend? However, things that help one person may prove to be useless for another one. If the teacher notices that the child is worried by something (be it an announcement about an act of terror or a low mark received at school),

she knows it is possible to help this student without waiting for a psychologist. He must only «tune in», understand what's happening to the child and what coping modes are usually helpful for him in a stress situation.

Let us try and analyze the school management's actions during an emergency.

Example. Several fifth form pupils played football on the school playground. The ball flew out into the road; one of the players, Ido, ran out to get the ball and was knocked over by a car. The father of one of the children called the ambulance. Ido was taken to a hospital. The next day the school was notified that Ido was in a bad condition.

How should the school management react to the situation?

1. First of all the crises team must carry out a monitoring according to the circles of vulnerability principle in order to spot the most vulnerable among the school pupils: Ido's play mates who witnessed the event, Ido's close friends and aquatinters who were not among the players , those who are the most sensitive, those who have experienced a trauma or a loss during the last year, etc. In an emergency, such monitoring may help to prioritize and pay special attention to children who need support above all others.

2. The next thing to do is to find out the most effective way of helping each child in a critical situation (Shacham, 1996). In the mentioned event many children are involved, therefore the work must be done not only on the individual level (using each child's unique combination of coping resources), but also on the level of the group: all the group members should have the possibility to choose among a multitude of activities covering all the BASIC PH range. It is necessary that every pupil should be enabled to find an activity corresponding to his coping profile: one can put up a bulletin about Ido's medical condition, assign a corner with paper sheets and markers, give the children access to gymnastic apparatus or to the sports ground, put up a «mailbox» where the children could drop letters about their feelings, etc.

3. Another kind of help that should be provided in the emergency aftermath is psychological debriefing/structured group discussion (Hodgkinson&Shepherd, 1994; Mitchell, 1987; Mitchell& Bray, 1990; Mitchell J. & Dyregrov A. 1993). We recommend using the CIPR (Critical Incident Processing and Recovery) model developed by Lahad (Israel) and Galliano (England) [3]. In accordance with this method, one should organize a structured group discussion about providing psychological help after a disastrous event. The conversation's aim is to organize the participants, to bring them back to the normal life and to strengthen their feeling of solidarity by means of discussing their experiences; to give them information about the event, to find out those who need additional help; to remind all the participants about their resources of coping with a disaster. In many cases such meetings, relieving the pain and the anguish caused by a tragic event, reduce the danger of natural reactions' will deteriorate. Activity within the group is particularly important if all the

members of the group have undergone the same experience. Such groups should include 10 to 15 participants belonging to the same circles.

4. It is important to involve the parents in the group's work, to give them information about the possible children's reactions , guide them how to support their children and explain them how to get in touch with professionals who could help them (Garbarino, 1992). For that it is recommended to issue informational leaflets substantially to the following effect: «You have probably heard about the accident that occurred yesterday near the school. One of our pupils was run over by a car. Today everybody heard the story in detail. Exposure to such narratives may provoke strange and unexpected reactions; thus, it is important for you to know that most reactions to such things is natural in an unusual and painful situation. What are the feelings of people who met with a disaster? Anger, helplessness, anguish, fear, frustration, hate, guilt. The reaction also may be physiological: weariness, sleeplessness, waking up in the middle of the night, troubles with breathing, chest pain, muscle tenseness, diarrhea or constipation. Children may lose the ability to concentrate and to take decisions. Your child's behavior may become unusual or aggressive or withdrawn. **These phenomena will pass with time**. On the other hand, if you notice that the phenomena do not disappear within some days, and that things do not get better, that, on the contrary, they get even worse; if your child's behavior changes and the situation does not improve, then you must ask for advice from a school counselor or from one of the specialists mentioned in the list given below. It is important that you pay extra attention to your child that you talk to him about his thoughts, feelings and his reaction to the accident. Do not worry about him preferring to spend more time with his friends. It is often easier for teenagers to give vent to grief in their peers' company». Sources of support: (here must appear a list of specialists both in the school and outside it).

5. Another group that needs help is the educational staff. Accustomed to think that the school psychologist's client is primarily the child, we often forget that helpers may also be in need of help [14]; helping the pupils to overcome an emergency, teachers bear the double burden: they suffer themselves and they take on the pain and suffering of the children.Therefore it is necessary to carry out a psychological preventive interventions for teachers and other members of the school staff. During such structured group discussions teachers will have the opportunity to relate their feelings and thoughts, to speak of their difficulties and to discuss their methods of coping with stress situations. Participating in such meetings would help the teachers to listen to their pupils without ascribing to them their own emotions. Besides, it reduces the danger of conflicts in the teachers' families – after all, in the end people get tired of listening.

It is difficult to carry out such meetings. Teachers rather try to avoid them – because of either technical difficulties or fear from the subject and unwillingness to reveal their own feelings.

It is therefore important to remind the school workers that in order to help other people they should take care of themselves; that they must find a way out from the critical situation and get back to the everyday routine, since the routine, the everyday order is one of the most important things that help us to overcome the consequences of a trauma. Thus a well-trained and a skillful emergency team in each school should be in existence . The team's duties of the members and the order of actions must be clearly defined and well-polished in «peaceful» time and should include psycho-social immediate support – then it will be possible to reduce the damage to the minimum in case of emergency.

Literature:

1. Ayalon, O. Community Oriented Preparation for Emergency: C.O.P.E.// Journal of Death Education, 19793, p. 4-10.
2. Galliano S., & Lahad, S.. Manual for practice of CIPR , London: ICAS [Independent Counseling and Advisory Services], 2000.
3. Garbarino J. Children in Danger: Coping with the Consequences of Community Violence, San Francisco, Jossey-Bass, 1992.
4. Hodgkinson P. & Shepherd, M. The impact of disaster support work// Journal of Traumatic Stress. 1994, 7(4).
5. Klingman A. Psychological and Educational Intervention in Disaster. Ministry of Education, Jerusalem, 1991. (In Hebrew).
6. Lahad S. Evaluation of a Multimodal Programme to Strengthen the Coping of Children and Teachers under Stress of shelling. Columbia Pacific University PHD Dissertation, 1984.
7. Lahad S. & Cohen E. Community Stress Prevention, Kiryat Shmona, 1993.
8. Mitchell, J. When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process.//Journal of Emergency Medical Services. pp.36-39, 1985.
9. Mitchell J. & Bray G. Emergency Services Stress. Englewood Clift. N.J.: Prentice Hall, 1990.
10. Mitchell J. & Dyregrov A. Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel.//The International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press. pp. 905-914. 1993.
11. Niv, S. The Influence of a Psychoeducational Preventive Program on Children's Coping with Recurrent Traumatic Events, PhD dissertation, Newport, 1996.
12. Shacham Y. Stress Reactions and Activating Coping Resources. Newport, PhD. Dissertation, 1996.
13. Shacham Y. Helping the Helpers: Cross-Cultural Program Using the 'BASIC PH' Model.// The 'BASIC PH' Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-Cultural Application. London, 2013.
14. Shacham, Y. and Niv, S. (2003) "Assisting the School System Cope with a Terror Attack." In M. Whitla (ed.) Crisis Management and the School Community (p.109–122). Victoria: ACER Press Melbourne

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПРОСТРАНСТВО – ЗАЛОГ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ

В. Л. Богатенкова

МБДОУ «Детский сад № 54 «Золушка», Лесосибирск

Проблема сохранности и укрепления здоровья интересует людей издавна. Многие ученые и практики пытались решить проблему здоровья, формирования здорового образа жизни у детей, разработали и оставили многочисленные труды о сохранении здоровья, продлении жизненного потенциала и долголетия. Актуально высказывание выдающегося английского философа Джона Локка, содержащееся в трактате “Мысли о воспитании”: “Здоровый дух в здоровом теле – вот краткое, но полное описание счастливого состояния в этом мире… Счастье или несчастье человека в основном является делом его собственных рук. Тот, у кого тело нездоровое и слабое, никогда не будет в состоянии продвигаться вперед по этому пути”. Все лучшее общество стремится отдать детям. Сегодня они составляют почти треть населения Земли, и забота об их будущем является одной из основных задач. Здоровье детей – это будущее страны, здоровье основных институтов. Здоровье не существует само по себе. Оно нуждается в тщательной заботе на протяжении всей жизни человека. Сохранять и улучшать здоровье – огромная каждодневная работа, начиная с рождения. Каждый ребенок должен понимать, как важно с детства избегать факторы риска для здоровья, выбрать стиль поведения, не носящий ущерба физическому и психическому состоянию.

Для решения данных задач были созданы здоровьесберегающее пространство, в которое вошли следующие компоненты:

1. Флоротерапия.
2. Криотерапия.
3. Игры с природным материалом.
4. Активный отдых на свежем воздухе.
5. Взаимодействие ДОУ и семьи.

Остановимся на каждом из компонентов более подробно.

Из всех видов лечения флоротерапия, наверное, самый красивый. В период роста цветы накапливают положительную энергию, а когда мы срезаем только что распустившийся цветок, он начинает рассеивать вокруг эту благотворную энергию и одновременно частично “оттягивать” на себя отрицательную энергию до тех пор, пока не будет достигнута полная гармония. К ребенку возвращается хорошее настроение, он успокаивается и забывает о своих неприятностях.

Ученые выяснили, что растения выделяют особые биогенные вещества, которые способны обеззараживать воздух от вредных микробов. Эти вещества называют фитонцидами. В весеннее время года

растения гораздо более активны, а значит, выделяют больше фитонцидов. Они могут убивать вирусы, грибки, бактерии.

Важным фактором для укрепления здоровья детей в детском саду являются такие методы оздоровления как метод закаливания или криотерапии. Поддержать здоровье детей с помощью физических занятий и закаливания – одна из ведущих задач дошкольного образования.

Применение закаливающих процедур направлено на совершенствование защитных приспособительных реакций, способных преодолеть неблагоприятные факторы воздействия как внешней, так и внутренней среды, с тем, чтобы организм мог быстро мобилизовать защитные резервы и тем самым противостоять любой угрозе для себя и своей целостности. То есть, в конечном счете, закаливание не лечит, но предупреждает болезнь. И важность его профилактического значения поистине трудно переоценить. Ведь закаленный ребенок легко переносит не только жару и холод, но и любые резкие перемены со стороны внешней среды, которые либо сами по себе являются болезнетворными, либо снижают защитные силы его организма. Неудивительно, что такие дети гораздо менее восприимчивы к самым различным заболеваниям, в числе которых столь широко распространенные, как грипп, ОРВИ, пневмония и многие другие.

При этом закаливание приемлемо и полезно для человека не только вне всякой зависимости от степени его физического развития, но даже и от возраста – то есть практически для любого человека в принципе. Ведь закаливание не только повышает работоспособность организма, его выносливость и адаптивность; оно заключает в себе и культуру волевых усилий, то есть такую тренировку психики, которая помогает выстоять перед лицом самых тяжких испытаний. Это очень важный момент, и нельзя упускать из виду, что закаливание одновременно с выработкой устойчивости организма к воздействию факторов внешней среды формирует в человеке такое свойство, как воля, и такие черты характера, как настойчивость и целеустремленность. Благотворное влияние закаливающих процедур в психологическом плане можно рассматривать как нормализующее состояние всей эмоциональной сферы, что делает человека более уравновешенным и сдержанным, а с другой стороны – они дают бодрость, улучшают настроение. Таким образом, смысл закаливания много шире, нежели тренировка системы терморегуляции: практика закаливания организма может рассматриваться как обширная система мер физиологического и психологического характера, направленная на повышение устойчивости человека в любых неблагоприятных для него условиях за счет значительного расширения скрытых резервов организма.

Игры с природным материалом рассматриваются нами как важная составляющая деятельности, направленной на развитие здоровья дошкольников.

Мир для ребенка начинается с чувств и отражается в его переживаниях, чем богаче, ярче переживания, тем самобытнее личность ребенка. Опираясь на эмоционально-чувственную основу восприятия мира ребенком, стараемся развить его интеллектуальные и творческие способности, укрепить его здоровье, а осуществляем это через мир природы.

С детьми проводятся различные игры, но особенно им по душе пальчиковые игры с использованием природного материала. Простые игры с участием пальчиков и ручек, да еще и в сопровождении детской песенки и потешки – не просто поднимут настроение, но будут иметь и оздоровительный эффект. Известно, что, стимулируя развитие мелкой моторики рук, мы стимулируем развитие головного мозга ребенка, а также помогаем ему быстрее овладеть речью. Все движения ребенка, а также его речь взаимосвязаны, поэтому любые движения положительно влияют на развитие речи.

Данные игры помогают создать благоприятные условия для гармоничного вхождения ребенка в мир природы, развития у него не только компетентности в процессе общения с объектами природы, но и таких качеств личности как коммуникативность, любознательность, активность, самостоятельность, инициативность, предпосылки творчества. Задачи гуманного отношения детей к природе можно решать в маленьком мире малыша – доме, где он живет, или в группе детского сада при уходе за растениями, играя с игрушками, природным материалом, в песочнице.

Основные задачи формирования гуманного отношения детей к природе интегрируются с задачами оздоровления, развития движений, речи, игровых умений, общения, овладения продуктивными видами деятельности и элементарными навыками самообслуживания. Экологические игры с дошкольниками – это и есть познание живого, которое рядом с ребенком, во взаимосвязи со средой обитания и выработка на этой основе правильных форм взаимодействия с ним.

Осознанно-правильное отношение рассматривается как совокупность знания и активных проявлений ребенка: интереса к явлениям природы; понимания специфики живого, желания практически сохранить, поддержать или создать для него нужные условия; понимания и сочувствия тем, кто испытывает дефицит каких-либо условий; эмоционального отклика, радости на любые проявления животных и растений, их красоту. Важно при этом, что красота рассматривается с экологической позиции: красота гармонично развивающегося, здорового живого организма, что бывает лишь при наличии хороших условий, полноценной среды обитания.

Если мы научим малышей смотреть и видеть, знать и любить и, конечно, беречь природу, через полтора – два десятилетия подрастет поколение, достойное нового века и нового тысячелетия.

Еще одним компонентом здоровьсберегающей деятельности ДОУ является обеспечение двигательной активности дошкольников. Для детей

дошкольного возраста характерна высокая потребность в двигательной активности. Данная потребность достаточно высока, но не всегда реализуется на должном уровне. Все больше ограничивается самостоятельная двигательная активность детей, как в семье, так и в дошкольном учреждении: увеличивается продолжительность образовательных занятий с преобладанием статических поз, дети все больше времени проводят за конструированием, просмотром телепередач. В нашей работе двигательный режим включает в себя всю динамическую деятельность детей – как организационную, так и самостоятельную.

Двигательная активность дошкольников соответствует их опыту: целенаправленная, соответствует их двигательному опыту, интересам, желаниям, функциональным возможностям организма, что составляет основу индивидуального подхода к каждому ребенку. Содержательная сторона двигательного режима направлена на развитие умственных, духовных и физических способностей детей.

В процессе оптимизации двигательной активности детей в ДОУ мы создаем условия, которые содействуют решению комплекса оздоровительных воспитательных и образовательных задач.

1. Образовательные задачи – направлены на овладение детьми определенным объемом знаний, умений, навыков, физических качеств для их всестороннего развития.
2. Оздоровительные задачи – направлены на удовлетворение потребности детей в движении, совершенствование систем и функций организма, сохранение и укрепление здоровья.
3. Воспитательные задачи – направлены на развитие умственных, духовных и физических способностей детей в их самом полном объеме.

Планирование работы по развитию движений на прогулке способствует закреплению, совершенствованию игр и физических упражнений, повышению двигательной активности детей. При этом важно правильно выбирать время для проведения игр и упражнений. Нельзя допускать, чтобы организованная двигательная деятельность проводилась за счёт времени самостоятельной деятельности детей. Всестороннее дошкольное воспитание включает в себя множество средств, в том числе подвижные игры. Ведь во время игрового процесса дошкольник развивается физически, нравственно и интеллектуально. При этом развивающие игры делают его детство счастливым. Мы же, взрослые, можем поспособствовать детскому счастью и формированию личности дошкольника. Причём многое из того, что сделает ребёнка счастливее и поможет ему познать окружающий мир.

Игра – первая деятельность, которой принадлежит большая роль в формировании личности. В играх дети отражают накопленный опыт, углубляют, закрепляют своё представление об изображаемых событиях,

о жизни. Ребёнок, как и взрослый, познаёт мир в процессе деятельности. Занятие играми обогащают участников новыми ощущениями, представлениями и понятиями. Игры расширяют круг представлений, развивают наблюдательность, сообразительность, умение анализировать, сопоставлять и обобщать виденное, на основе чего делать выводы из наблюдаемых явлений в окружающей среде. В подвижных играх развиваются способности правильно оценивать пространственные и временные отношения, быстро и правильно реагировать на сложившуюся ситуацию в часто меняющейся обстановке игры.

В самостоятельной деятельности дошкольников ярко прослеживаются индивидуальные особенности. Отмечено, что детям с высоким уровнем двигательной активности, как правило, присуща однообразная деятельность с большим количеством бесцельного бега. У этих детей преобладают игры и упражнения высокой степени интенсивности (бег наперегонки, друг за другом, бег на скорость, с ловлей и увертыванием, прыжки через короткую скакалку, игры с элементами спорта).

Детям с низком уровнем двигательной активности также присуща однообразная деятельность, часто прерываемая статическими позами. У этих детей преобладают игры низкой степени интенсивности (сюжетно-ролевые, игры с песком и со снегом, с кольцебросом, городки, серсо).

Для детей со средним уровнем двигательной активности характерна разнообразная деятельность, насыщенная играми и спортивными упражнениями разной степени интенсивности. Такие дети широко используют игры и упражнения, разученные ранее. Наиболее любимыми играми и упражнениями являются такие игры: как “Ловишки”, “Перебежки”, “Хитрая лиса”, “Школа мяча”, забавы с санками, езда на велосипеде.

В настоящее время стоит остро вопрос о состоянии здоровья детей, которое, к сожалению, не соответствует ни потребностям, ни потенциальным возможностям современного общества. Заболеваемость раннего и дошкольного возраста продолжает оставаться высокой и имеет тенденцию к увеличению. Особую тревогу вызывает физическое здоровье детей на этапе их подготовки к школе. Низкий исходный уровень здоровья в этом возрасте самым неблагоприятным образом сказывается на процессе адаптации детей к школьным нагрузкам, являясь причиной дальнейшего ухудшения способности к освоению школьной программы. Между тем известно, что здоровье взрослого человека на 75 % определяется условиями его формирования в детском возрасте. Детство – ключевой критический период жизни, когда осуществляется формирование всех морфологических и функциональных структур, определяющих потенциальные возможности взрослого человека пожизненно. Поэтому именно с раннего возраста необходимо приобщать человека к заботе о своем здоровье, воспитывать у него заинтересованность и активность в саморазвитии и самосохранении.

Значимым компонентом здоровьесберегающего пространства является взаимодействие ДОУ и семьи, роль которой в обеспечении психотелесного здоровья ребенка трудно переоценить. Она создает условия для первичной ориентации детей в организации здорового образа жизни. Семья остро нуждается в помощи специалистов на всех этапах дошкольного детства. Очевидно, что семья и детский сад, имея свои особые функции, не могут заменить друг друга и должны взаимодействовать во имя полноценного развития ребенка. Главная задача педагогов детского сада и родителей в работе по приобщению к здоровому образу жизни – формировать разумное отношение к своему организму, учить вести здоровый образ жизни с раннего детства, владеть необходимыми санитарно-гигиеническими навыками. Родители должны поддерживать в домашних условиях принципы формирования здорового образа жизни в оптимальном сочетании со всеми здоровьесберегающими мероприятиями, проводимыми в детском саду.

Таким образом, совместная работа образовательного учреждения и семьи по воспитанию здорового ребенка строится на следующих основных положениях:

1. Соблюдение единства, которое достигается, если цели и задачи воспитания и формирования основ здорового образа жизни хорошо понятны не только воспитателям, но и родителям, когда семья знакома с основным содержанием, методами и приемами физкультурно-оздоровительной работы в детском саду. А педагоги используют лучший опыт семейного воспитания.
2. Систематичность и последовательность работы. Индивидуальный подход к каждому ребенку и каждой семье на основе учета их интересов и способностей.
3. Взаимное доверие и взаимопомощь педагогов и родителей.
4. Укрепление авторитета педагога в семье и родителей в детском саду.

В этих целях используются различные формы сотрудничества: беседы, консультации, семинары, родительские собрания, конференции, совместные праздники, тестирование, анкетирование. При поступлении в детский сад родителям предлагается информация о том, какие мероприятия проводятся педагогами для сохранения и укрепления здоровья детей. Выясняются отношения пап и мам к различным формам закаливания. Проводятся дни открытых дверей с демонстрацией методов и приемов работы с малышами, показываем разнообразные физкультурные занятия с детьми старшего дошкольного возраста. Приглашаем родителей к участию в жизни группы. На информационных стендах для родителей в каждой группе работают рубрики, освещающие вопросы профилактики и оздоровления без лекарств. Родителям предлагаются комплексы упражнений для профилактики нарушений опорно-двигательного аппарата, для развития общей и мелкой моторики, пальчиковые игры. Наши родители охотно принимают участие в физкультурно-массовых мероприятиях и в трудовых десантах.

Воспитатели оказывают помощь родителям в вопросах здоровьесбережения, предлагая некоторые рекомендации:

1. Понимать, чувствовать и любить своего ребенка, опираться на его достоинства, а не на его недостатки.
2. Вести здоровый образ жизни, показывая тем самым пример ребенку (соблюдать режимные моменты, делать зарядку, заниматься закаливанием, спортом, ходить в походы, общаться с природой в любое время года, чаще ходить на прогулки).
3. Заниматься профилактикой заболеваний в семье.
4. Заботиться о нравственном, психическом и физическом здоровье ребенка.
5. Осуществлять духовное общение с ребенком, оказывать помощь в освоении различных уровней культуры (бытовой, здорового образа жизни, социальной, национальной, гражданской, культуры пола).
6. Интересоваться проблемами ребенка, оказывать ему своевременную помощь в их решении.
7. Уметь встать на место ребенка в той или иной ситуации для верного ее разрешения.
8. Научить верить в себя и свои возможности, способствовать реализации заложенных в ребенке способностей.
9. Учиться вместе с ребенком: владеть своими чувствами; регулировать свое самочувствие.
10. Своевременно информировать учителей о проблемах здоровья ребенка, обращаться за помощью к врачам.

Организовать полноценный досуг ребенка.

Решение проблемы формирования навыков здорового образа жизни возможно при правильной организации воспитательной и оздоровительной работы, проведение неотложных мер о профилактике отклонений в состоянии здоровья детей. Снижению риска развития заболеваний способствует, в большей степени, изменение образа жизни родителей: отказ от курения и алкоголя, употребление здоровой пищи, увеличение физической активности, общение с природой.

Таким образом, созданное нами здоровьесберегающее пространство способствует сохранности и укреплению здоровья дошкольников, то есть формированию здоровой личности.

Список литературы:

1. Воротилкина И.М. Физкультурно-оздоровительная работа в дошкольном образовательном учреждении. Методическое пособие. – М. Издательство НЦ ЭНАС, 2006.
2. Овчинникова Т.С. Организация здоровьесберегающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях: Монография. – СПб.: КАРО, 2006.
3. Савельева Н.Ю. Организация оздоровительной работы в дошкольных образовательных учреждениях. – Ростов: «Феникс», 2005.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА ПО СОХРАНЕНИЮ, ПОДДЕРЖАНИЮ И ОБОГАЩЕНИЮ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОСТАВА ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Г. Н. Гайнулина

МКДОУ № 7 «Брусничка», Шелехов

А. Маслоу в своей работе «Самоактуализированные люди: исследование психологического здоровья» писал: «Мне думается, что проблема психологического здоровья настолько актуальна сейчас, что любые предположения, любые гипотезы, любые данные, даже самые спорные, могут иметь огромную эвристическую ценность…»

В наше время актуальны и вопросы сохранения психического здоровья, и ценностность различных точек зрения на данную проблему. А. Маслоу указывал, что «такого рода исследования очень сложны … потому, что исследователю в этой области особенно сложно избежать влияния своих собственных взглядов, предубеждений и заблуждений».

Полученный опыт работы практическим психологом в образовании и органах внутренних дел позволяет высказать убеждение, что невозможно стимулировать личность к позитивным изменениям, внутренней работе по сохранению психологического здоровья без учета удовлетворенности ее базовых потребностей (в безопасности, принадлежности, любви, уважении и самоуважении) и потребностей когнитивного уровня - в познании и понимании.

Как показывает практика, развитие познавательной активности является актуальной проблемой не только для детей, но и для отдельной категории взрослых, имеющих дефицит потребностей когнитивного уровня. Принимая во внимание факт, что психологически здоровых людей не страшит неизвестность, целесообразно осуществлять психологическое просвещение и обучение, направленное на то, чтобы, минимизировать неуверенность, сомнения, состояние неопределенности, столь мучительные и тягостные для большинства обычных людей, и преобразовать их в стимулы, побудить личность к исследованию и познанию.

Важным направлением психологического - образовательного сопровождения является работа по снижению уровня тревожности и повышению самооценки личности за счет актуализации ее потенциала.

Когда человек умеет смело смотреть на то, что предстает его взгляду, не разглядывает несуществующее, не искажает и не раскрашивает реальность в те или иные цвета, тогда он может принять свою сущность со всеми присущими ей изъянами и недостатками. Он научается сосуществовать со своими слабостями, эффективно используя собственные

ресурсы. Мотивационная жизнь такого человека становится богаче, главным его мотивом является мотив роста. Он «движим внутренними потенциями, изначально заложенными в его природе, требующими своей реализации и развития. Он устремлен к совершенству, ко все более полному развитию своих уникальных возможностей. В первую очередь он движим потребностью в саморазвитии, в самовыражении и в самовоплощении, то есть потребностью в самоактуализации».

В данном материале представлен опыт работы педагога-психолога по сохранению, поддержанию и обогащению психического здоровья педагогов дошкольного учреждения и развитию их мотивационной готовности к самосовершенствованию. Указанные в материале упражнения прошли апробацию в практической деятельности и позволяют специалистам сформировать качества, значимые для осуществления профессиональной деятельности. Перечисленные мероприятия можно применять в указанной последовательности либо выборочно, сообразуясь с собственными представлениями о структуре занятия.

Главной задачей современного дошкольного образования является сохранение, поддержание и обогащение физического и психического здоровья всех субъектов педагогического процесса в детском саду: детей, педагогов и родителей.

Соответственно, повышаются требования к качеству подготовленности педагогов к работе в новых условиях. И речь, в данном случае, не о знании передаваемого материала и методологическом опыте специалистов. Важнее, на наш взгляд, развивать мотивационную готовность всех участников педагогического процесса к саморазвитию, самосовершенствованию. Невозможно выработать у воспитанников потребность в здоровом образе жизни, если воспитатель находится в состоянии уныния или недовольства, или безразличия к своему душевному состоянию, которое теснейшим образом связано с физическим состоянием.

В данном материале освещена работа психолога с педагогическим составом ДОУ, в которой применяются не только мини-лекции, дискуссии, мастер-классы, но игротренинги, элементы сказкотерапии, технологии коррекции поведения. Получение специалистами систематического опыта участия в занятиях, насыщенных различными формами межличностного взаимодействия, способствует их внутриличностному развитию, а также обогащает их личную профессиональную «копилку».

Цель занятий с педагогами: развитие мотивационной готовности к самосовершенствованию.

Задачи:

1. Развитие навыка группового обсуждения, обучение навыкам психологического самоанализа и «проговаривания» чувств в группе.

2. Развитие кинестетической отзывчивости, умения подстроиться к требованиям группы, оптимизация взаимодействия, снятие психоэмоционального напряжения.
3. Выплеск накопленных эмоций, снятие мышечных зажимов, развитие эмоциональной откликаемости, креативности и воображения.
4. Активизация навыка коллективного взаимодействия в условиях дефицита времени, поиска и принятия единого решения.
5. Развитие навыка эффективного ведения дискуссии.
6. Передача психолого-педагогических знаний эффективным способом.

Применение следующих заданий и упражнений позволяет активно продвигаться по пути достижения поставленной цели и решения сформулированных задач.

Упражнение «Цепочка»

Задание участникам: встать в круг, руки поднять вверх на уровень груди, удерживать карандаш или счетную палочку, зажатую указательными пальцами с соседями справа и слева (Внимание: карандаш или счетную палочку разрешается удерживать только указательными пальцами). Добиться устойчивого удержания карандаша или счетной палочки между указательными пальцами рук соседей слева и справа в кругу. Далее можно начать ритмичное движение по кругу вправо, влево. Присесть, не отпуская карандаши, встать, сделать «волну (приседать и вставать по одному, не отпуская карандаши).

Упражнение «Приветствие пальчиками»

Задание: встать в круг. Повернуться к соседу слева. «Встретиться» ладошками, затем отдельно каждым пальчиком, приговаривая стишок:

– Этот пальчик ДЕДУШКА (большой палец).
– Этот пальчик БАБУШКА.
– Этот пальчик ПАПОЧКА.
– Этот пальчик МАМОЧКА.
– Этот пальчик Я.
– Это вся моя семья!

То же самое сделать совместно с соседом слева.

Упражнение «Паровозик»

Задание: встать в круг друг за другом, положить руки на плечи участника, стоящего впереди, в движении массировать ему плечи, спину, «пыхтеть и гудеть как паровоз», «поколотить» кулаками по спине соседа, положить руки на живот, вдохнуть воздух животом, резко выдохнуть, «надуть» живот, вжать брюшную стенку, кулаками бить по ягодицам.

Упражнение «Крокодил»

Задание: каждому участнику выдается лист бумаги с напечатанным словом, участнику необходимо с помощью невербальных средств показать группе, какое слово написано на листе бумаги. Остальные участники должны угадать и назвать это слово.

Упражнение «Карта ассоциаций»

Задание: назвать ассоциации к слову «воспитатель». Ведущий в центре листа записывает слово «воспитатель», проводит от данного слова стрелки – «лучики», на конце которых записывает называемые участниками слова-ассоциации. Дополнительный эффект дают схематические рисунки написанных слов.

Упражнение «Рассказ»

Задание выполняется в два этапа:

1. Индивидуально составить предложения со словосочетаниями, написанными на карточке (непослушный ребенок, злая Марь-Ивановна, снежный человек, весело смеяться, душевный разговор, справедливое наказание, суровый взгляд, сломанные игрушки, добрая фея, горько плакать, яркое солнце, золотая рыбка)

2. Из предложений коллегиально составить рассказ.

Дискуссия.

Задание: ответить на вопросы:

– что было легко, что было трудно выполнить в предыдущем упражнении? Какие чувства испытывали, когда выполняли задание?
– что главное в работе воспитателя?
– почему мы нередко разговариваем со своими детьми и с детьми в группе «нарочито грубоватым», «менторским» тоном? (страх, что дети не подчинятся, «уронят» наш престиж)

Упражнение «Притча о старце»

Задание: один из участников (или ведущий) знакомит участников с притчей «Один старец, умирая, говорил: 30 лет я потратил, чтобы изменить этот мир, еще 30 лет я потратил на изменение людей, потом 20 лет я потратил на изменение семьи. Год назад я решил попробовать изменить себя. И тогда, вдруг вместе со мной изменились семья, окружающие меня люди и весь мир, … но теперь я умираю…».

Дискуссия:

Задание: ответить на вопросы:

– зачем люди стремятся изменить окружающих?
– что мешает людям изменить себя?
– какие внутренние и внешние ресурсы помогают человеку саморазвиваться и самосовершенствоваться?

Упражнение «Фестиваль сказок»

Задание:

1) разделить участников на 2 команды;
2) каждому участнику самостоятельно выбрать наиболее привлекательную игрушку и немного поиграть совместно с коллегами;
3) сочинить и представить свою сказку;
4) придумать название сказки;
5) ответить на вопросы:

– какие игрушки выбрали и почему?
– в чем состоит главная тема сказки, ее мораль, урок, который можно из нее извлечь?
– на месте какого из героев истории хотели бы оказаться больше всего, а на месте какого - меньше всего?
– в какой мере сыгранная история отражает реальную жизненную ситуацию?

(каковы ассоциации по поводу той истории, которую только что играли).

Упражнение «Дом моей мечты»

Задание:

1. на листе бумаги цветными карандашами нарисовать дом своей мечты;
2. рассказать коллегам о доме, который нарисовали, что чувствовали, когда обдумывали картину, рисовали дом.

Упражнение «Наш город»

Задание: на листе ватмана из нарисованных домов составить «город», «провести» средства коммуникации, «озеленить» город.

Упражнение «Интроспекция».

Задание: на листе бумаги составить список из 21 личных качеств и характеристик, ответив на вопросы: кто Я, какая Я?

Дискуссия:

Задание: ответить на вопросы

– каким образом данное упражнение помогает человеку самостоятельно определить личный уровень мотивационной готовности к самопознанию, саморазвитию?
– согласны ли вы с утверждением, что в жизни не существует ошибок, существует только опыт? Проиллюстрируйте собственными примерами.

Упражнение «Ответственность»

Задание: Продолжите предложения:

– Брать на себя ответственность для меня означает …
– Часто я чувствую ответственность …
– Иногда я избегаю брать на себя ответственность за кого-то или что-то, и это…

Упражнение «Я должна»

Задание: 1) Продолжите предложения:

Я должна…
Я должна…
Я должна…
Я не могу…
Я не могу…
Я не могу…
Мне надо…

Мне надо…

Мне надо…

2) В записанных предложениях замените фразы «Я должна» на «Я имею право», «Я не могу» на «Я не хочу», «Мне надо» на «Я хочу».

Дискуссия:

Задание: ответить на вопрос

Изменился ли смысл написанных фраз от замены «Я должен» на «Я имею право», «Я не могу» на «Я не хочу», «Мне надо» на «Я хочу»? Поделитесь своими ощущениями, мыслями с окружающими.

Упражнение «Слепой и поводырь»

Задание: участникам распределиться на пары. Один из них будет слепым - ему завязывают глаза. Второй - его поводырем, старающимся аккуратно и бережно перевести «слепого» человека через препятствия. Препятствия можно создать, расставив в комнате стулья и какие-то другие вещи таким образом, чтобы они мешали свободно перейти с одной стороны помещения на другую. Можно создавать «баррикады» из своих тел, расставив руки и ноги и замерев в любом месте комнаты.

Дискуссия:

Задание: ответить на вопросы:

– Какие качества, навыки и умения развивает данная игра?

– С какого возраста можно начинать играть с детьми в такую игру?

Упражнение «Портрет агрессивного человека»

Задание:

1) мысленно представить себе агрессивного человека: как он выглядит, как ведет себя, как разговаривает, как ходит;

2) нарисовать портрет агрессивного человека или изобразить агрессивного человека, приняв соответствующую позу и «состроив» гримасу.

3) обсуждение: Почему именно так нарисовали (изобразили) агрессивного человека, какие его качества хотели подчеркнуть в этом портрете? Что нравится в нарисованном (изображенном) человеке, за что его можно уважать? Что не нравится, что хотелось бы изменить? Почему этот человек агрессивный? Как к агрессивным людям относятся окружающие? Как сами участники к ним относятся? Когда участники ведут себя агрессивно по отношению к окружающим? Есть ли какие-то обстоятельства, в которых они почти всегда себя так ведет? Есть ли люди, постоянно вызывающие агрессивные желания у участников? Что чувствовали участники в тот момент? О чем подумали? Что им захотелось сделать? Как они реально поступили? Что за этим последовало? Можно ли было поступить иначе, чтобы избежать негативных последствий?

Дискуссия:

Задание: ответить на вопросы:

– Какие качества, навыки и умения развивает данная игра?

– С какого возраста можно начинать играть с детьми в такую игру?

Упражнение «Пожелание себе и коллегам»

Задание: каждый участник высказывает в кругу позитивные пожелания себе и коллегам.

Упражнение «Комплимент»

Задание: каждый участник высказывает комплимент своему соседу справа.

Имеющиеся у ведущего психолого-педагогические знания и опыт позволяют комбинировать занятия, вводить и рационально использовать различные формы межличностного взаимодействия, что повышает заинтересованность участников в получении новых знаний и умений, способствует их личностному и профессиональному совершенствованию.

Обязательно на каждом занятии осуществляется рефлексия чувств, ощущений, мыслей, что помогает развитию навыков самоанализа и «проговаривания» чувств.

Не менее важно для ведущего получение «обратной связи» от участников, которая позволяет ему корректировать тематику и содержание занятий в соответствии с запросом педагогического коллектива. В анкете «обратной связи» можно предложить участникам закончить предложения:

1. Во время занятия я понял(а), что _____
2. Самым полезным для меня было _____
3. Мне не понравилось _____
4. На следующем занятии я хотел(а) бы _____

Список литературы:

1. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1975.
2. Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. – М., 1975.
3. Маслоу А. Мотивация и личность. Гл. 11 «Самоактуализированные люди: исследование психологического здоровья. – СПб, 1999 (перевод А. М. Татлыбаевой)
4. Организация психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях: Методическое пособие /Под общ. ред. В. М. Бурыкина. – М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2004.
5. Якобсон П. М. Психология чувств и мотивации. – М., 1998.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

К. С. Карташова, Е. Ю. Федоренко, Е. В. Потапова

ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Условия деятельности специалистов помогающих профессий (врачей, психологов, педагогов, спасателей), включающие постоянное общение с различными людьми, направленное на активизацию их внутренних резервов, мотивирование, организацию помощи в решении проблем,

ответственность за возможные последствия взаимодействия, предъявляют повышенные требования к уровню их профессиональной компетентности. Многочисленные исследования, посвященные проблемам эмоционального выгорания и повышенного риска формирования психосоматических и невротических расстройств у специалистов помогающего профиля доказывают необходимость разработки способов повышения указанных способностей с целью развития профессионализма и сохранения психического и физического здоровья специалистов.

Проблема формирования профессионализма тесно связана с вопросом о ресурсах психического развития. Б.Г.Ананьев писал, что «для социального прогнозирования необходимы научные знания о резервах и ресурсах самого человеческого развития, об истинных потенциалах этого развития, еще крайне недостаточно использующихся обществом».

Для успешного выполнения профессиональной деятельности человек вынужден прибегать к мобилизации своих внутренних ресурсов и резервов. Эти ресурсы используются как на получение положительного результата, так и на компенсацию неблагоприятных воздействий среды. Следовательно, можно говорить о существовании у человека некоторого индивидуального внутреннего потенциала (или ресурса), являющегося необходимой основой его успешной профессионализации (Дружилов С.А.).

Рассмотрим роль ресурсов психического и физического здоровья в осуществлении профессиональной деятельности педагогов как представителей помогающих профессий.

Здоровье субъектов процесса обучения: педагога, тренера, психолога и учеников повсеместно признается залогом достижения качественных и устойчивых образовательных результатов. Как отмечает Сысоева С.А. (2008) ориентация на достижение психологического здоровья и его развитие у педагога позволяет решать важные психолого-педагогические задачи, которые стоят сегодня перед общим образованием: обеспечение качества образовательного процесса и создание условий для полноценной самореализации всех субъектов образовательного процесса.

Возникает вопрос о методах изучения и критериях оценки психологического здоровья педагога; во-вторых, должны быть выявлены и описаны взаимосвязи характеристик психологического здоровья с эффективностью применения педагогом здоровьесберегающих и здоровьеформирующих технологий; в-третьих, разработаны основания использования ресурсов здоровья педагога для развития его профессиональной компетентности и построения прогноза личностного роста. Решение указанных задач позволит рассматривать психологическое здоровье педагога как неотъемлемую составляющую личной профессиональной эффективности и использовать здоровьеразвивающие технологии для подготовки будущих преподавателей, профилактики синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости у работающих специалистов.

Психология здоровья в настоящее время выступает как «наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его укрепления и развития» (Ананьев, 2006). При этом здоровье понимается как интегральное, системное свойство человека, заключающееся в способности реализовывать свои жизненно важные функции (физические, репродуктивные, психические, социальные, профессиональные, духовные) в различных областях жизнедеятельности. Переживание чувства здоровья связано с наличием полноценного гармонически развитого физического, психического и нравственного состояния человека, которое позволяет личности оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и трудовую деятельность (Васильева, Филатов, 2001). В онтогенезе через воспитание и обучение формируются отношение к здоровью и детерминанты здорового образа жизни, которые кристаллизуются в личности человека, характеризуя ее во всей полноте проявлений (психосоматических, эмоциональных, когнитивных, поведенческих) и обеспечивая субъекту определенный уровень компетентности в различных областях жизнедеятельности (Ананьев, 2006).

Термин «психологическое здоровье» включает способность человека к самореализации, духовные качества, нахождение внутреннего смысла своего существования, в том числе в ключевых формах социальной активности: семейной и профессиональной. С другой стороны, психологическое здоровье - это вопрос структуры и динамики личности, рассматриваемой в процессе непрерывного саморазвития и взаимодействия с окружающим миром (Пахальян, 2006). По мнению И.В. Дубровиной, именно психологическое здоровье участников образовательного процесса можно рассматривать и как цель, и как критерий эффективности психологической службы государственного образования.

Показателями психологического здоровья могут выступать: 1. адекватный возрасту уровень эмоционально-волевой и познавательной сфер личности, 2. способность разумного планирования своих жизненных целей, 3. организация и поддержание активности для достижения чего-либо (Артюхова, 2005).

Некоторые авторы, например В.Е Каган, считают, что объективное изучение психологического здоровья возможно через структуру внутренней картины здоровья – целостного представления, «для-себя-знания» о здоровье. Внутренняя картина здоровья определяет переживание человеком своего актуального состояния как здоровья или болезни, т.е. болезнь практически никогда не воспринимается и не переживается сама по себе, но всегда — в контексте жизненного пути личности, в соотнесении со здоровьем, как оно дано в прошлом и видится в прогнозе будущего.

Структура внутренней картины здоровья представлена чувственными (ощущениями и переживаниями), когнитивными (представления

о здоровье, установки на него, ценности здорового образа жизни), поведенческими компонентами (Комарова, 2009). Сформированность внутренней картины здоровья предполагает наличие и активное применение в повседневной деятельности и стрессовых ситуациях указанных компонентов. «Взаимодействие» уровней внутренней картины здоровья и устойчивость базовых характеристик дает возможность выстраивать мотивацию собственной жизни, основанную на переживании ее осуществимости как возможности реализовать свое здоровье.

Согласно результатам исследования критериями сформированности и устойчивости внутренней картины здоровья могут выступать, например, следующие характеристики: оптимальное функциональное состояние нервной системы; адаптивная саморегуляция психофизиологических процессов; умение управлять своими эмоциями и выражать их в разнообразных социально-приемлемых формах; возможность оказывать поддержку другим и получать поддержку от них; желание получать знания о здоровье, способах его поддержания и развития; усвоение моделей здоровьеформирующей деятельности; увлеченность своей профессиональной деятельностью и пр.

Выделенные критерии позволяют описать индивидуальную внутреннюю картину здоровья человека как интегральное психологическое «образование», компоненты которого представлены одновременно в самоотношении человека и его деятельности. Личностный смысл здоровья, его переживание на биологическом, психическом и социальном уровнях является основой для построения системы здоровьеразвивающего поведения и то, насколько эффективно будет это поведение, предположительно также можно оценить по перечисленным критериям.

Адаптивное «здоровое» поведение, построенное на основе показателей сформированности внутренней картины здоровья, предполагает способность субъекта извлечь уроки из прошлого опыта, создать новую модель поведения, отвечающую в той или иной мере новым требованиям среды, поддержать свою активность на необходимом для достижения оптимального результата уровне, т.е. обеспечивает самореализацию, в том числе и профессиональную.

Изучение проблемы диагностики, сохранения, развития психологического здоровья представителей различных профессий является актуальным как с точки зрения получения научных результатов, так и в прикладном аспекте.

Такой анализ возможен, поскольку психологическое здоровье профессионала-педагога как совокупность ценностей, знаний, умений и способов саморегуляции, обеспечивающих гармоничное взаимодействие с самим собой и окружающим миром может быть включено в понятие «профессиональной компетентности». Отношение к здоровью – это маркер

личностной и духовной зрелости, способности ставить перспективные задачи, реализовывать их и преодолевать препятствия с сохранением мотивации достижения, а значит – суть профессиональной компетентности. В этом случае, поскольку психологическое здоровье это основа саморегуляции и развития личности, овладения ею профессиональными навыками, закономерно организовывать оценку профессиональной компетентности через универсальные умения, заложенные во внутренней картине здоровья, и проявляющиеся в ней наиболее полно.

Таким образом, именно оценка психологического здоровья через критерии сформированности внутренней картины здоровья может дать наиболее общее представление об активных и потенциальных ресурсах личности, о готовности педагога внедрять здоровьесберегающие и здоровьеформирующие образовательные технологии, повышать уровень своей профессиональной компетентности.

Трансляция педагогом, тренером, психологом характеристик собственной внутренней картины здоровья как особая педагогическая технология при организации повседневных учебных занятий и специализированного развивающего здоровье пространства, позволит специалисту повышать свой профессионализм, продемонстрировать собственную «компетентность здоровья», и сформировать у учеников системное представление о здоровье на следующих уровнях: психофизиологическом (способность осознавать, оценивать, корректировать свое психофизиологическое состояние); эмоциональном (самоконтроль и управление эмоциональными процессами, связанными с состоянием здоровья); когнитивном (усвоение знаний, умений и навыков сохранения и развития здоровья); поведенческом (реализация здоровьесберегающих действий, формирование «привычек здоровья»); духовном (отношение к здоровью как ценности и потенциалу, мотивационная ориентация на реализацию здорового образа жизни).

Для оценки отношения педагогов к здоровью как к личной характеристике, общечеловеческой ценности и профессиональному ресурсу, выделенные в рамках нашего исследования критерии сформированности внутренней картины здоровья были предложены педагогам г. Красноярска (50 педагогов дошкольного и школьного образования) в виде анкеты. Задача педагогов состояла в создании своего определения понятия «здоровье», выделении характеристик, позволяющих с их точки зрения переживать свое состояние и поведение как «здоровое», заполнении анкеты – оценке каждого из выделенных критериев по 10-балльной шкале первый раз как «актуального уровня», второй раз как «желаемого уровня».

Первичный содержательный анализ данных показал преобладание у педагогов в определениях понятия «здоровье» негативной позиции («здоровье это отсутствие болезни и трудностей с телом»). Базовыми

характеристиками, позволяющими чувствовать себя здоровыми, педагоги называли «телесный покой» как отсутствие тревожащих симптомов, хорошее настроение, равномерные нагрузки и успехи. Актуальный уровень большей части показателей сформированности внутренней картины здоровья оказался на 4-7 баллов ниже желаемого, при этом такие характеристики как саморегуляция психофизиологических процессов; удовлетворенность своим здоровьем; приверженность здоровому образу жизни, потребность в движении; увлеченность своей профессиональной деятельностью, оценивались как минимально сформированные (до 3 баллов).

Предварительно по результатам исследования можно сделать вывод о преобладании во внутренней картине здоровья педагогов когнитивных компонентов (знаний о здоровье) и недостаточной сформированности психофизиологического компонента, отсутствии восприятия здоровья как привычного состояния, как основы для трансляции знаний, низком уровне развития поведенческого готовности к реализации здоровьеразивающей деятельности по отношению к себе и ученикам. Последствия трансляции педагогами такого варианта внутренней картины здоровья ученикам и возможности организации коррекционной работы по укреплению и развитию их психологического здоровья еще предстоит изучить.

Таким образом, психологическое здоровье педагога не только определяет полноценность и продуктивность воспитательных и образовательных процессов по формированию системного личностного отношения ребенка к здоровью, но также при условии достаточной сформированности может выступать как основа оценки и развития его профессиональной компетентности, успешной самореализации.

Саморегуляция, способность осознавать свои ресурсы и развитие способности управлять ими при организации повседневной работы, а также преодолении стрессовых ситуаций рассматривается как ядро, вокруг которого выстраиваются операциональные компоненты профессиональной компетентности специалистов такого профиля.

Направленное формирование способности рационально распределять свои ресурсы, оценивать и накапливать потенциал здоровья позволит специалистам помогающего профиля уверенно чувствовать себя в незнакомых стрессовых ситуациях, самостоятельно осуществлять психогигиенические мероприятия и формировать запрос на развитие технических компонентов профессиональной компетентности.

Поскольку внутренняя картина здоровья субъективно представленный феномен, «картина здоровья-для-себя», традиционные системы формирования установки на сохранение и развитие здоровья не вскрывают индивидуальное содержание этого важнейшего регулятора

психофизиологического функционирования человека. Необходим интегративный акмеологический подход, позволяющий организовать процесс развития профессиональной компетентности специалистов помогающих профессий через построение внутренней картиной здоровья как индивидуально-значимый. Опираясь на данный подход, в качестве принципов организации развития профессиональной компетентности через характеристики внутренней картины здоровья предлагаем следующие положения:

- технологичность, возможность переноса теоретических знаний в практическую деятельность специалиста помогающего профиля;
- введение интегративного содержания, «выход» в смежные области знаний;
- обращение в первую очередь к себе в поиске возможностей своего прогрессивного развития (овладение собственными психическими процессами и саморегуляцией);
- осознание собственной деятельности и эффектов нового (содержания, технологий, отношений и т.п.) путем применения рефлексивных технологий;
- вариативность программы развития и организационных форм освоения навыков.
- создание психологически комфортной образовательной среды с открытием самого себя как особой реальности, значимой и достойной изучения.

В соответствии с разработанными принципами и результатами оценки использования представителями помогающих профессий ресурсов психического и физического здоровья была разработана система тренинговых занятий по построению индивидуальной «внутренней картины здоровья» и формированию активных навыков использования «умений здоровья» в решении профессиональных задач и саморазвитии, в апробации которой приняли участие 50 специалистов (психологи, педагоги).

Первичный содержательный анализ данных до формирующего эксперимента показал преобладание у специалистов помогающего профиля в определениях понятия «здоровье» негативной позиции («здоровье это отсутствие болезни и трудностей с телом»). Таким образом, до тренинговых занятий во внутренней картине здоровья психологов и педагогов преобладали когнитивные компоненты (обобщенные культурные знания о здоровье), был недостаточно сформирован психофизиологический компонент, отсутствовало восприятие здоровья как привычного состояния, как основы для трансляции знаний, находилась на низком уровне поведенческая готовность к реализации здоровьеразивающей деятельности по отношению к себе как в повседневных, так и в рабочих ситуациях. Анализ уровней профессиональной компетентности показал

недостаточную сформированность индивидуального и личностного уровней, что на наш взгляд объясняет пассивное состояние социальных и специальных профессиональных умений и навыков, отмечаемое многими специалистами в рефлексивном отчете. После обучения достоверное увеличение показателей ($p<0,01$) произошло по компонентам: «владение приемами саморегуляции», «стрессоустойчивость», «планирование деятельности», «самостоятельность принятия решений» «устойчивость мотивации профессионального роста». Можно сделать вывод о том, что познание собственной «внутренней картины здоровья» помогает специалистам помогающего профиля развивать индивидуальный и личностный уровни профессиональной компетентности.

Таким образом, направленное формирование способности рационально распределять свои ресурсы, оценивать и накапливать потенциал здоровья позволит специалистам помогающего профиля уверенно чувствовать себя в незнакомых стрессовых ситуациях, самостоятельно осуществлять психогигиенические мероприятия и формировать запрос на развитие технических компонентов профессиональной компетентности.

Список литературы:

1. Ананьев В. А. Психология здоровья / В.А. Ананьев – СПб.: Речь, 2006.
2. Артюхова Т. Ю. Адаптационные возможности как показатель психологического здоровья участников образовательного процесса / Т.Ю. Артюхова // Сибирский психологический журнал. – 2005. – № 22. – С. 49-53.
3. Будаев С. Д. К проблеме сохранения и укрепления здоровья населения / С.Д. Будаев // Вестник Бурятского госуниверситета. – 2009. – № 12. – С. 32-36.
4. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учебное пособие / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов – М.: Издательский центр «Академия», 2001.
5. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В.Е. Каган // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 86-88.
6. Комарова О. Н. Проблема психологического и социального здоровья в современной психологии / О.Н. Комарова // Человек: преступление и наказание. – 2009. – № 1. – С. 166-170.
7. Маджуга А. Г., Сабитова Л. Б., Антонова О. В. Валеоакмеологический подход к формированию здоровьесберегающих стратегий поведения личности / А.Г. Маджуга, Л.Б. Сабитова, О.В. Антонова // Физическая культура; воспитание, образование, тренировка. – 2009. – № 3. – С. 50-54.
8. Пахальян В. Э. Развитие и психическое здоровье / В.Э. Пахальян – СПб., 2006.
9. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы: Руководство практического психолога / Под ред. И. В. Дубровиной. 2-е изд. – М.: Издательский центр «Академия», 1997.
10. Сысоева С. А. Психологическое здоровье как проблема психолого-акмеологической науки и практики / С.А. Сысоева // Вестник Томского государственного университета. – 2008. – Вып. 12 (68). – С. 173-177.

ОХРАНА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

М. А. Лисняк, М. А. Машукова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Следуя за общемировыми тенденциями в России медленно, но верно начинает повышаться ценность образования. Это нашло отражение в основных положениях федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ. Актуализированная потребность в современном и качественном образовании, в том числе высшем профессиональном, неизбежно повлечет повышенное внимание к преподавательским кадрам.

По официальным данным за 2012 год в России 1100 высших учебных заведений, в которых трудятся более 300 тысяч преподавателей. Качество работы профессорско-преподавательского состава зависит от многих факторов: объективных и субъективных, внешних и внутренних. К внешним объективным можно отнести материально-техническую базу учебного заведения, в котором трудится преподаватель, организацию учебного процесса и др. К внутренним субъективным - удовлетворенность условиями труда и уровнем материального вознаграждения, мотивация на достижение успеха и др.

Особое место среди многочисленных и разнообразных факторов, влияющих на качество педагогического труда, занимает состояние здоровья педагогических работников. Здоровье одновременно выступает и внешним и внутренним фактором. В качестве внешнего фактора: низкий уровень здоровья обуславливает частые случаи временной нетрудоспособности, увеличивает длительность каждого случая, в итоге может серьезно пострадать учебный процесс, возрастет аудиторная нагрузка на других преподавателей. В качестве внутреннего фактора плохое здоровье чревато эмоциональными нарушениями, сужением круга интересов работника, фиксацией своего внимания на проблемах.

Согласно общеизвестной формулировке ВОЗ «здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков» (1958). Во многих случаях, когда речь идет об охране здоровья той или иной профессиональной группы, в первую очередь подразумевают необходимость сохранения соматического благополучия, на что и ориентируют практически все профилактические мероприятия. Если речь идет о шахтерах или работниках химического комбината, то подобный, соматически ориентированный подход к сохранению здоровья работников во многом

оправдан и научно обоснован. Другая ситуация складывается, когда мы начинаем обсуждать здоровье профессорско-преподавательского состава российских вузов, в частности медицинского университета.

В профессиональной деятельности педагогов высшей школы отсутствует тяжелый физический труд, режим неблагоприятных температурных условий, контакт с химическими или радиоактивными веществами и т.п. По мнению широких слоев населения, педагогический труд является легким и не угрожающим здоровью работника. Тем не менее, А.Я. Рыжов и С. В. Комин проанализировали физиолого-эргономические характеристики лекционной и других форм преподавательской деятельности согласно руководству Р 2.2.755-99 и пришли к выводу, что комплексная физиолого-гигиеническая оценка преподавательского труда позволяет в целом представить его как сверхнапряженный, оцениваемый 3-й степенью 3 класса нервной напряженности, особенно по показателям интеллектуальных и сенсорных нагрузок.

Особенность деятельности преподавателя высшей школы заключается в том, что она является сложноорганизованной и состоит из нескольких взаимосвязанных видов, имеющих общие компоненты. Отдельные конкретные виды деятельности различают по форме, способам осуществления, временной и пространственной характеристикам, функциональной направленности и т.д.

Наиболее полное (одно из немногих) теоретическое исследование деятельности преподавателя вуза было проведено доктором педагогических наук профессором З. Ф. Есаревой, которая установила, что структура педагогической деятельности преподавателя вуза имеет общие компоненты:

1) конструктивный,
2) гностический,
3) организаторский,
4) коммуникативный.

При этом отмечено, что конструктивный компонент в деятельности преподавателя вуза включает:

1) отбор научной информации,
2) ее переработку,
3) контролирование системы знаний, необходимых для проектирования процесса научного поиска, предвидения и предварительной оценки результатов исследования.

Сложность и многокомпонентность профессиональной деятельности профессорско-преподавательского состава вузов обуславливает определенный перечень компетентностных требований к вузовскому работнику.

Г. У. Матушанский, Ю.В. Цвенгер (2001) на основе анализа многочисленных литературных источников выделили общие требования к преподавателю высшей школы. Прежде всего, это наличие:

– профессиональной компетентности, основывающейся на специальной научной, практической и психолого-педагогической подготовке;
– общекультурной и гуманитарной компетентности, включающей знание основ мировой культуры, гуманистических личностных качеств, ответственности за результаты собственной деятельности, мотивации к самосовершенствованию;
– креативности, предполагающей сформированность нестандартного мышления, владение инновационной стратегией и тактикой, гибкой адаптации к изменениям содержания и условий профессиональной деятельности;
– коммуникативной компетентности, включающей развитую речь, владение иностранными языками, современными средствами связи и основами компьютерной грамотности, умение составлять деловые бумаги и т. д.;
– социально-экономической компетентности, предусматривающей владение основами современной экономики, знание законов бизнеса, азов экологии и права.

Е.А. Багнетова и Е.Р. Шарифуллина из неблагоприятно воздействующих в последние годы на здоровье педагогов факторов, выделяют также:
– повышенные рабочие нагрузки, обусловленные смещением акцента деятельности от непосредственной работы с учащимися на необоснованно высокую отчетность;
– введение системы последипломной аттестации педагогов, отнимающей огромное количество времени и явно понижающей качество взаимодействия с учащимися в аттестационный период;
– существующий социальный дискомфорт из-за невысокого размера заработной платы педагогов и падения роли профсоюзов;
– ухудшение возможностей заботы педагогов о личном здоровье из-за финансовых трудностей, сложности получения квалифицированной (и, прежде всего, профилактической) медицинской помощи, путевок для лечения и т.п.;
– недостаточно представленную в педагогических вузах подготовку в сфере здоровьесбережения всех участников образовательного процесса.

Последний фактор особенно актуален в условиях перехода российского образования на новые образовательные стандарты. К преподавателям предъявляются новые требования, например, заполнение журналов в соответствии с модульно-рейтинговой системой, а также возлагается дополнительная нагрузка, связанная с изменением методических материалов, приведением их в соответствии с новыми требованиями. Существенные трудности на пути адаптации специалистов к изменяющемуся содержанию деятельности и новым условиям труда часто

рассматриваются в качестве основных причин развития и обострения профессионального стресса персонала в ситуации организационных преобразований. В целом, в современных российских условиях инновационные процессы являются одним из наиболее распространенных и мощных источников развития стресса (Базаров Т. Ю., 1996, Парыгин Б. Д., 1993, Пригожин А. И., 1995, Советова О. С., 2000) (цит. по . Мотовилина И. А., 2003).

Кроме того, наблюдается интенсификация учебного процесса: увеличение количества информации сочетается с некоторым уменьшением аудиторной нагрузки, переносом акцента на внеаудиторные занятия и самостоятельную работу студентов. Последствия происходящей интенсификации образования не лучшим образом сказываются не только на учащихся, но и на педагогах. В современной образовательной среде деятельность учителей школ и преподавателей вузов насыщена множеством стрессогенных факторов.

Эмоциональное напряжение, связанное с педагогическим трудом, отмечают как зарубежные, так и российские исследователи. С.В. Масловская, М.В. Фомина, обсуждая проблему профессионального здоровья педагога, отмечают стрессы, гиподинамию и монотонию, психическую напряженность и утомление, информационные перегрузки и недостаток позитивных эмоциональных контактов, взаимонепонимание и недостаток в самовыражении. Преподавательский труд связан с высокой мерой ответственности за принимаемые решения и их последствия, информационной неопределенностью, необходимостью позитивных взаимоотношений в педагогическом коллективе, нерегламентированным режимом труда.

Бладыко А. В. (2012) пишет, что деятельность преподавателя непрерывно связана с общением, подвержена симптомам постепенного эмоционального утомления и опустошения, что отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности, ухудшении психического, физического, эмоционального самочувствия. Подобные состояния в литературе чаще всего описываются как эмоциональное выгорание. Этот синдром включает в себя три основные составляющие:

Эмоциональное истощение ослабляет физические ресурсы личности, понижает сопротивляемость организма стрессовым агентам, ограничивает вариативность поиска других источников развития, тем самым, выступая препятствием в возникновении потребности саморазвития, самоактуализации.

Редукция личных достижений (осознание своей некомпетентности, не успешности в профессиональной деятельности) ослабляет общую мотивацию, прекращает творческое развитие человека как личности средствами профессии.

Деперсонализация, являя собой личностную отстраненность, проникая в установки, принципы и систему ценностей личности, искажает интегративный компонент личностной зрелости, меняя позитивное отношение к миру на противоположное (Бодров В.А; 2001).

Синдром выгорания, характеризующийся эмоциональной сухостью преподавателя, расширением сферы экономии эмоций, личностной отстраненностью, игнорированием индивидуальных особенностей учащихся, оказывает достаточно сильное влияние на характер профессионального общения специалиста. Данная профессиональная деформация мешает полноценному управлению учебным процессом, оказанию необходимой профессиональной помощи, становлению профессионального коллектива. Реальная педагогическая практика показывает, что сегодня довольно четко прослеживается факт потери интереса к студенту как к личности, неприятие его таким, какой он есть, упрощение эмоциональной стороны профессионального общения (Бладыко А. В. , 2012).

Именно с неблагополучным нервно-психическим состоянием педагогов многие исследователи связывают большой процент в этой профессиональной группе хронических заболеваний нервной, сердечно-сосудистой, иммунной и пищеварительной систем, органов дыхания и др.

Таким образом, говоря об охране здоровья профессорско-преподавательского состава российских вузов,. в первую очередь следует говорить об охране психологического здоровья.

Под психологическим здоровьем понимают состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальный выбор действий, поступков и поведения в ситуациях ее взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми и позволяющее ей свободно актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности (Пахальян В.Э., 2003).

Опрос экспертов из числа профессорско-преподавательского состава в рамках научного исследования возможностей оптимизации охраны здоровья данного контингента показал, что достаточно большое количество опрошенных считает высокий уровень стресса значимым фактором, влияющим на здоровье и обозначает потребность в оптимизации психологической помощи преподавателям на высокоранговых местах.

Следует отметить, что с целью оказания психологической помощи сотрудникам и студентам в феврале 2011 был создан Психологический центр КрасГМУ как структурное подразделение на базе кафедре психологии и педагогики с курсом медицинской психологии, психотерапии и педагогики ПО. Задачами Психологического центра являются повышение уровня психологической компетентности всех участников образовательного процесса, профилактика зависимостей, восстановление психоэмоционального баланса и сохранение психологического благополучия. На сегодняшний день центр располагает двумя помещениями,

оборудованными не только для консультативного приема, но и приборами аппаратной релаксации для использования их как кабинеты психологической разгрузки. Профессорско-преподавательскому составу, как и другим участникам образовательного процесса в вузе предлагают использовать для снятия эмоционального напряжения мультифункциональный комплекс uSenso, более известный в широких кругах населения как массажное кресло и сенсорную комнату.

Сенсорная комната создает разнообразные возможности как для мышечного, так и для интеллектуального расслабления. Удобная мягкая мебель, панно «Звёздное небо», релаксационные аппараты «Грозовая туча» и «Фонтан», состоящие из светодиодных трубок, массажный мяч. Мягкие светодиодные трубки, свисающие с потолка и к которым посетитель комнаты может притрагиваться, перемещаться среди них, периодически вспыхивают разноцветными огоньками, создавая фантастическое ощущение присутствия в ином измерении. Все действо проходит в сопровождении спокойной релаксационной музыки, что также благоприятно действует на психику посетителя.

В настоящее время возможности Психологического центра КрасГМУ используются не на полную мощность, в связи с относительно небольшим количеством посетителей указанных кабинетов, что не способствует выполнению в полной мере задачи охраны психологического здоровья профессорско-преподавательского состава медицинского университета.

Для реализации поставленной задачи в университете следует провести ряд мероприятий организационного характера:

1. организовать информирование сотрудников вуза о важности сохранения психологического здоровья в плане сохранения соматического благополучия и творческого долголетия, а также о материально-технических возможностях Психологического центра, в частности о наличии экспресс-методик уменьшения эмоционального напряжения.

2. организовать ежеквартальное психологическое тестирование профессорско-преподавательского состава на предмет выявления уровня нервно-психического напряжения. Полученные данные позволят проводить мониторинг психологического благополучия вузовских работников и планировать мероприятия по снижения эмоционального стресса.

Безусловно, педагогический труд сопряжен с высокими нервно-психическими нагрузками, которые в отдаленном периоде могут негативно сказаться на физическом здоровье индивида. Однако, сегодня мы располагаем широкими возможностями по профилактике профессионального стресса и эмоционального выгорания у профессорско-преподавательского состава. Воспользоваться этими возможностями и в какой мере зависит только от самого человека, от его личной заинтересованности в сохранении и укреплении своего здоровья.

Список литературы:

1. http://stat.edu.ru/stat/vis.shtml (дата обращения 29.06.2013 г).
2. Phillips S.J., Dil Sen, Roseanne McNamee. Risk factors for work-related stress and health in head teachers // Occupational Medicine. V. 58. N. 8. P. 584–586.
3. WHO: The first ten years of the world. Geneva, 1958. P. 459.
4. Багнетова Е.А., Шарифуллина Е.Р. Профессиональные риски педагогической среды // Фундаментальные исследования. 2013. № 1 (часть 1). стр. 27-31; URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=10000080 (дата обращения: 03.05.2013).
5. Бладыко А. В. Особенности эмоционального выгорания у учителей и преподавателей / А. В. Бладыко // Психология: традиции и инновации: материалы междунар. науч. конф. (г. Уфа, октябрь 2012 г.). – Уфа: Лето, 2012. – С. 34-39.
6. Бодров В.А. Психология профессиональной деятельности. – М.: PerSe. – 2001. – 511 с.
7. Лисняк М. А., Горбач Н. А., Шерстяных Д. М. Мониторинг психологического здоровья преподавателей вузов // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. / гл. ред. И. О. Логинова. – Красноярск: Версо, 2012. – С. 157-165.
8. Лисняк, М.А. Профилактика профессионального стресса и эмоционального выгорания у преподавателей вузов правоохранительных структур. Методические (практические) рекомендации/ М.А. Лисняк, Н.А. Горбач, Т.С. Нурисламова, Т.В. Трепашко. – Красноярск, СибЮИ ФСКН России, 2012. – 68 с.
9. Лисняк, М.А., Горбач Н.А., Шерстяных Д.М., Трепашко Т.В. Автоматизированная информационная система профессионально-психологического обеспечения участников образовательного процесса в вузах МВД России. Современные исследования социальных проблем: журнал. – № 4(08), 2011. – С. 260-265.
10. Масловская С.В., Фомина С.В. Здоровье как фактор развития профессиональной компетентности / Вестник ОГУ. 2009. – № 1. – С. 81-86.
11. Матушанский Г.У., Цвенгер Ю.В. Основные характеристики психолого-педагогической подготовки и переподготовки преподавателя высшей школы на современном этапе // Психологическая наука и образование. 2001. – № 2. – С. 26-31.
12. Методология изучения и сохранения здоровья участников образовательного процесса в вузе: монография (авт. коллектив Н.А. Горбач, А.В. Жарова, М.А. Лисняк, Т.П. Колоскова, Т.Ю. Тимофеева, Т.В. Трепашко, Д.М. Шерстяных, А.С. Шерстяных) / под ред. Н.А. Горбач, М.А. Лисняк. – Красноярск: СибЮИ ФСКН России, 2012. – 248 с.
13. Мотовилина И. А. Профессиональный стресс в условиях организационных изменений / автореф.дисс.канд.псих. наук. 19.00.03. – М., 2003. – 28 с.
14. Пахальян, В.Э. Психопрофилактика в практической психологии образования: Учебное пособие/ В.Э. Пахальян. – М.:ПЕР СЭ, 2003. – 208 с.
15. Руководство Р 2.2.755-99. Гигиенические критерии оценки и классификации условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса. – М., 1999. – С. 48-53.
16. Рыжов А.Я., Комин С.В Физиолого-эргономическая характеристика труда преподавателей вуза. URL: http://www.e-library.ru (дата обращения: 03.04.2010).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ КАК ПРЕВЕНТИВНАЯ ПРАКТИКА ДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

Н. В. Лукьянченко

Сибирский государственный технологический университет, Красноярск

В. Э. Пахальян

Московский институт открытого образования, Москва

С начала XX века никто не сомневается в целесообразности психологического просвещения, но мало что изменилось в его практическом решении. Психологическое просвещение населения до сих пор не является специальным видом деятельности, включенным в функционал каких-нибудь органов государственного управления и поэтому оно по-прежнему носит спонтанный, малосистемный характер. Психология до сих пор не стала обязательным предметом учебного плана школы, колледжей, вузов.

Естественно, такое положение дел «провоцирует» и тот факт, что даже в профессиональной деятельности практических психологов редко можно встретить его как «равноправный» и «равновесный» вид постоянной работы (в ряду других видов профдеятельности). Частично это подтверждается в исследовании Павловой Т.А., которая установила, что школьные психологи г. Брянска и области используют в своей работе преимущественно психологическую диагностику и психологическое просвещение, но существует значительный разрыв между реальным и желательным. Приоритеты реального и предпочитаемого применения всех видов деятельности психолога практически воспроизводят друг друга в обратном порядке (Павлова Т.А., 2004). В то же время, в любом нормативном документе, определяющем содержание работы психолога образовательного учреждения, психологическое просвещение как вид профессиональной деятельности не подчинено другим, а «равновесно» им.

К причинам «второстепенности» этого вида работы можно отнести следующее:

– в существующих стандарта подготовки специалистов в области психологии (ФГОС) эта работа практически не обозначена. В частности, по специальности 030300 ее содержание видимо подразумевается в том, что в разделе «педагогическая деятельность» обозначено как «пропаганда психологических знаний», но отсутствует в разделе «практическая деятельность». А в стандарте подготовки магистров психологии по специальности 521000 такого вида работы (требования к уровню подготовки – Раздел 7) вообще нет;

– при подготовке специалиста этому аспекту практически не уделяется внимания (см. учебные планы и содержание программ учебных дисциплин);

– при аттестации практического психолога этот вид работы практически не оценивается (см. аттестационные документы для практических психологов).

Итак, мы имеем неоспоримое признание необходимости такой работы, но отсутствие системы, обеспечивающей ее практическое внедрение. Далеко за доказательствами ходить не надо: наберите в любой поисковой системе интернета «Просвещение населения» и вам предоставят много информации о правовом, финансовом, санитарном (медицинском), экологическом и даже религиозном просвещении, но про психологическое просвещение практически ничего нет. То же самое и в учебных пособиях, предназначенных для подготовки практических психологов.

Важно отметить, что система образования является наиболее массовой организованной средой, в которой возможно создать оптимальные условия развития личности (Пахальян В.Э., 2006; Дубровина И.В., 2009). Поэтому именно здесь есть максимальные возможности для психологического просвещения населения. Речь, конечно же, идет о всех учреждениях системы образования (дошкольных, школьных, внешкольных, вузах, учреждений послевузовского образования). Среди основных задач Службы практической психологии в образовании выделяется приобщение детей разного возраста, их родителей, педагогов, руководителей образовательных учреждений к психологической грамотности и психологической культуре. Дубровина И.В. обращает внимание на тот факт, что среди еще неиспользованных ресурсов психологической службы, находится «… культурно-нравственный, гуманистический потенциал научной и практической психологии, способный выступить основой уникальной атмосферы позитивного взаимодействия всех субъектов образовательного процесса и гарантом их психологической безопасности» (Дубровина И.В, 1998, с. 11).

Анализируя положение дел с психологической культурой в России, Семикин В.В. приходит к выводу о том, что отсутствие таковой приводит, как правило, к ущербности профессиональной компетенции любого специалиста профессии типа «человек-человек». По его мнению, в масштабах общества психологическая безграмотность и некомпетентность выступают важнейшими детерминантами неустроенности и архаичности жизни государства российского, а также бедственного состояния ее народа (Семикин В.В., 2002).

Все вышеизложенное позволяет сформулировать очень важный вывод: психологическая грамотность является одним из структурных элементов психологической культуры личности, которая, в свою очередь, является составляющей психологического здоровья личности.

Отсутствие элементарной психологической грамотности является одной их главных причин множества проблем, трудностей, конфликтов, стрессов, болезненных состояний, кризисов и даже катастроф в жизни и деятельности, как отдельных людей, так и жизнедеятельности общества в целом (Семикин В.В., 2002; Шкадов В.М., 2012) . Особое значение психологическое просвещение имеет в практической психологии образования. В образовательных учреждениях оно направлено, в первую очередь, на развивающуюся личность и включено в контекст целенаправленного

и систематического обучения и воспитания. Неотделимой частью такой работы является просвещение не только учащихся, воспитанников, но и всех субъектов образовательной среды. В первую очередь - родителей и педагогических работников.

Обобщая то, что описывается в большинстве изданных на сегодняшний день немногочисленных работах, можно выделить наиболее важные аспекты применения психологического просвещения как превентивной практики здоровьесбережения в образовании:

1) просвещение профессиональных педагогов, родителей и учащихся, воспитанников в общих вопросах закономерностей и условий полноценного психического развития личности;

2) популяризация и распространение психологической информации (достижения в области психологии, любые материалы, имеющие отношение к психологии и ставшие предметом внимания людей);

3) формирование и укрепление у педагогических работников, родителей, учащихся и воспитанников потребности в психологических знаниях, желания использовать их в работе и общении или в интересах развития собственной личности;

4) знакомство учащихся и воспитанников с основами самопознания, саморазвития, саморегуляции;

5) помощь участникам педагогического процесса в понимании сущности работы психолога и осознании необходимости Службы практической психологии в образовании.

Формы психологического просвещения могут быть самыми разными: от традиционных лекций и бесед до специальных выставок, презентаций, распространения буклетов и популярной литературы и пр. (Битянова М. 2003; Гнетковская М. 2008 и др.) Важно учесть, что эффективность такой работы обеспечивается не только психологом, но и другими специалистами, обладающими профессиональным уровнем и способностями просветительской деятельности. В то же время, содержание всех этих форм работы обеспечивает психолог. Как ни парадоксально это звучит, но единицы психологов используют известные им закономерности когнитивной, аффективной и регулятивной сфер внутреннего мира человека, в содержании работы по психологическому просвещению населения. В то же время современное психологическое знание очень успешно реализуется сегодня в психологии рекламы (Лебедев-Любимов А., 2002).

Аксиоматично, что лекции, беседы, брошюры, содержание информационных стендов, методички и т.п. в работе с населением не могут быть абстрактным, они становятся эффективными только тогда, когда состоят из анализа конкретных психологических проблем, касающихся непосредственно людей, для которых все это делается, их деятельности в данной сфере, учреждении и т.п. Именно в просвещении существует оптимальная возможность наглядно показать многим людям, что психологические знания имеют непосредственное отношение к решению их конкретных проблем.

Важным аспектом этого вопроса является функциональность психологического просвещения: *по отношению к собственной деятельности практического психолога, по отношению к конкретным людям и по отношению к обществу в целом* (Лукьянченко Н. В., 2012). Отмечается крайне слабое использование в психологическом просвещении наработок социальной психологии. Подчеркивается, что знание социально-психологических механизмов, «заставляющих» людей действовать тем или иным образом, нужно для развития гуманистически ориентированного отношения к окружающим и к самому себе. Последнее дает человеку следующие возможности: а) человек, осознающий действие механизмов социально-психологического давления, более толерантен в понимании поведения других людей и групп; б) осознание воздейственности социального контекста даёт человеку возможность преодолеть его влияние и самоопределиться с большей долей личностной свободы; в) понимая механизмы действия социально-психологического контекста, можно проектировать характеристики этого контекста, оптимизируя их в соответствии с конкретными целями или общими ориентирами благоприятных условий развития и самореализации личности.

Все вышеизложенное показывает, что эффективное психологическое просвещение, не может не учитывать те возможности и особенности внутреннего мира людей, которые характерны в целом для их поведения, так и для каждого этапа их развития. Имеющиеся сегодня в науке и практике данные позволяют разрабатывать действенные программы психологического просвещения для любых условий.

Обобщая все вышеизложенное выделим следующее:

1) необходимость психологического просвещения людей декларируется с момента возникновения научной и позже практической психологии, но, несмотря на это, до сегодняшнего дня такая работа не организована как постоянно действующая система, охватывающая все стороны жизни и деятельности людей;

2) основные причины такого положения дел кроются в следующем: а) не существует достаточных нормативных и управленческих оснований для реализации декларируемого. В частности, не выражена конкретно политическая воля в создании государственной системы просвещения как таковой, что отражается и на уровне психологического просвещения; б) в существующих стандарта подготовки специалистов в области психологии (ФГОС) эта работа практически не обозначена; в) при подготовке специалиста этому аспекту практически не уделяется внимания; г) при аттестации психолога этот вид работы практически не оценивается;

3) в науке и практике накоплен достаточный опыт, позволяющий преодолеть указанные проблемы и создать систему, позволяющую успешно осуществлять психологическое просвещение населения как превентивную практику здоровьесбережения.

Список литературы:

1. Битянова М. Половина успеха. // Школьный психолог. – 2003. – № 37.
2. Гнетковская М. Черно-белая неделя. // Школьный психолог. – 2008. – № 3.
3. Дубровина И.В. Психологическая служба образования: научные основания, цели и средства // Психологическая наука и образование. – 1998. – № 2.
4. Психологическая служба в современном образовании / Под ред. И.В. Дубровиной – СПб., 2009, – с. 152-178; 215-246.
5. Лебедев-Любимов А. Психология рекламы. СПб.: Питер, – 2002.
6. Лукьянченко Н.В. Психологическое просвещение в практической психологии (на примере научно-популярной лекции «Психология оптимизма»). // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2012, – №2. – http://psyjournal.ru.
7. Лукьянченко Н.В. Использование субъективного опыта в преподавании социальной психологии // Психология в вузе: научно-методический журнал. Москва-Обнинск. – 2012. – №1. – С. 36-49.
8. Павлова Т.А. Соотношение основных направлений деятельности школьного психолога. / Психология образования: проблемы и перспективы. Материалы первой международной научно-практической конференции – М., 2004, – с. 272-273
9. Пахальян В.Э. Развитие и психологическое здоровье. – СПб.: Питер 2006.
10. Семикин В.В. Психологическая культура в образовании человека. – СПб., – 2002
11. Семикин В.В. Психологическая культура и образование // Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И.Герцена. – СПб., 2002. – № 2(3). Психолого-педагогические науки (психология, педагогика, теория и методика обучения). – С.26-36.
12. Шкадов В.М. Психологическое знание как фактор профилактики профессионального выгорания специалистов социономных профессий. // Материалы V Съезда РПО. – Том 2. – М., 2012. – С.85-86.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕСА ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ КАК ВАРИАНТ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ

О. Л. Мазова

Лесосибирский педагогический институт – филиал Сибирского федерального университета, Лесосибирск

Ю. В. Живаева

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск

Состояние здоровья российских школьников вызывает серьезную тревогу специалистов. Наглядным показателем неблагополучия является то, что здоровье школьников ухудшается по сравнению с их сверстниками двадцать или тридцать лет назад. При этом наиболее значительное увеличение частоты всех классов болезней происходит в возрастные периоды, совпадающие с получением ребенком общего среднего образования.

Здоровье ребенка, его социально-психологическая адаптация, нормальный рост и развитие во многом определяются средой, в которой он живет. Для ребенка от 6 до 17 лет этой средой является система образования, т.к. с пребыванием в учреждениях образования связаны более 70% времени его бодрствования. В то же время в этот период происходит наиболее интенсивный рост и развитие, формирование здоровья на всю оставшуюся жизнь, организм ребенка наиболее чувствителен к экзогенным факторам окружающей среды.

Анализ школьных факторов риска показывает, что большинство проблем здоровья учащихся создается и решается в ходе ежедневной практической работы учителей, т.е. связано с их профессиональной деятельностью. Поэтому учителю необходимо найти резервы собственной деятельности в сохранении и укреплении здоровья учащихся.

Следует учесть, что утомительность урока не является следствием какой-либо одной причины (сложности материала или психологической напряженности), а определенным сочетанием, совокупностью различных факторов. Интенсификация образовательного процесса идет различными путями.

Частое следствие интенсификации – возникновение у учащихся состояний усталости, утомления, переутомления. Именно переутомление создает предпосылки развития острых и хронических нарушений здоровья, развития нервных, психосоматических и других заболеваний.

Здоровьесберегающие технологии реализуются на основе личностно-ориентированного подхода. Осуществляемые на основе личностно-развивающих ситуаций, они относятся к тем жизненно важным факторам, благодаря которым учащиеся учатся жить вместе и эффективно взаимодействовать. Предполагают активное участие самого обучающегося в освоении культуры человеческих отношений, в формировании опыта здоровьесбережения, который приобретается через постепенное расширение сферы общения и деятельности учащегося, развитие его саморегуляции (от внешнего контроля к внутреннему самоконтролю), становление самосознания и активной жизненной позиции на основе воспитания и самовоспитания, формирования ответственности за свое здоровье, жизнь и здоровье других людей.

«Рациональная организация» учебного процесса по физической культуре помогает разрешить многие проблемы. Прежде всего, это урок, пробуждающий творчество и учителя и учащихся, то есть важнейшая отличительная черта современного урока физической культуры - вовлечение учащихся в совместную с учителем творческую учебную деятельность. На таком уроке учащиеся вместе со мной находят ответы на поставленные им вопросы. Физкультурная познавательная деятельность стимулируется постановкой разнообразных задач, которые учащиеся решают в совместной работе. Причем при выполнении двигательных действий они

могут видоизменять упражнения в зависимости от индивидуальной подготовленности, особенностей развития, склонностей к тому или иному виду деятельности.

Пример:

На уроке по теме: «Баскетбол» в задачи урока входит:

1. обучение техники перемещения, техники сочетания приемов, таких как ведение, бросок, передача.
2. развитие скоростно-силовых качеств координации.
3. воспитание коллективизма, активности, дисциплинированности.

Тип урока: обучающий.

Метод проведения: групповой, игровой, индивидуальный. При выполнении задач урока видоизменяется игра в баскетбол. Одним из таких видов является «стритбол» - баскетбол 3х3 игра на один щит, в итоге игра осуществляется на два щита, игра протекает не по официальным правилам баскетбола, а по правилам, составленным исходя из условий. В нашей школе не стандартная площадка, поэтому эта игра является более приемлемой на уроках.

Исключительно важно, чтобы учащиеся понимали смысл и значение выполняемых упражнений (призывая себе на помощь уже полученные ранее знания, в том числе и из других предметов) и на основании этого постигали способы овладения различными движениями. Именно в этом заключен путь к самостоятельности, к самосовершенствованию. Необходимо не только обучить школьников тем или иным умениям, но и обязательно научить их учиться. И опять-таки без совместного творчества учителя и учащихся достичь этого невозможно.

Другая яркая черта современного урока физической культуры – четко выраженный индивидуальный подход к учащимся. Необходимость индивидуального подхода в учете реальных знаний, умений, навыков учащихся и определение возможностей их перспективного развития в данной деятельности вызвана тем, что задания поискового характера всегда сопряжены с постановкой проблемы. Осознание проблемы зависит от уровня знаний учащегося. Распределение заданий нуждается в четкой дифференциации. То, что проблемно для одного, может и не быть проблемным для другого. «Каждый человек видит тем больше нерешенных проблем, чем обширнее круг его знаний; умение видеть проблему – функция знаний», (Рубинштейн С. П. Основы общей психологии).

Чтобы помочь учащимся увидеть проблему, я использую различные приемы, способы активизации. Суть их в следующем: не все объяснять, преподносить в готовом виде, не сразу оговаривать условия выполнения заданий, определенную часть оставлять для самостоятельного поиска.

Пример 1. Класс выполняет ходьбу или бег в обход спортивного зала. По моему сигналу учащимся необходимо принять позицию «вис» или

«упор», с использованием на момент сигнала ближайшего к каждому оборудования зала. Это оговаривается с занимающимися учениками заранее.

Вариант: дать ученику задание - назвать по принятой терминологии то положение, которое он принял; создать познавательные проблемные ситуации, побуждающие учащихся активно действовать и размышлять – самостоятельное определение детьми, например, способа выполнения нового упражнения, объяснение школьниками причин выбора того или иного способа выполнения, сравнение по определенным признакам качества выполнения какого – либо упражнения разными учениками.

Пример 2. Наблюдая за товарищем, определить причину низкого результата в беге на короткую дистанцию (плохая реакция на условный сигнал, низкая частота движений, короткий семенящий шаг на дистанции); создать оценочные проблемные ситуации. Я показываю знакомое учащимся целостное двигательное действие (или отдельную его часть).

Задание: назвать (показать) подводящие упражнения, способствующие освоению его частей / из числа упражнений, разученных ранее.

Предлагаю ученику (даю описание или показываю) целостное движение (например, кувырок вперед) и его часть (группировка). Ученик должен назвать для данного двигательного акта возможные ошибки, которые могут привести к его искажению.

Примерные задания, выполнению которых способствует знание результата позволяет полнее решать задачи, поставленные перед физическим воспитанием, выявлять склонность учащихся к различным видам физкультурно-спортивной деятельности. Причем мой урок ориентирован не только на двигательную подготовку, но и на физическое развитие, личностные особенности учащихся, на индивидуальное восприятие им учебного материала. Нагрузка подбирается в зависимости от текущей подготовленности, индивидуализируется, темп и количество повторений упражнений, величина отягощения, интенсивность тренирующей работы. При этом на уроке отводится специальное время для выполнения упражнений, выбранных по желанию учащихся. Такой подход стимулирует приобретение школьниками навыков выполнения упражнений в процессе самостоятельных занятий физической культурой.

Современный образовательный процесс сложен и противоречив. На него влияет большое количество факторов. Это не только содержание, обучение, познавательные возможности учащихся, учебная деятельность учителя, но и социальные проблемы общества, которые часто мешают всем предыдущим.

Педагогические наблюдения показывают, что в каждом классе есть три ярко выраженных категории детей, отличающихся своей физической подготовленностью. Ученики одной группы, назовем ее сильной, легко

и быстро (чуть ли не «с листа») осваивают учебный материал; другой, средней – медленнее первой, у детей, относящихся к этой группе, больше времени уходит на разучивание не только самого двигательного действия, но и некоторых подводящих упражнений. Есть и третья категория, к ней относятся ученики с низким уровнем физической подготовленности, составляющие обычно подготовительную медицинскую группу.

Мой опыт показал, что давать учащимся одинаковые по сложности и по нагрузке задания нецелесообразно, это снижает их активность, тормозит в целом учебный процесс.

Для комплектования групп на первом уроке II четверти определяется подготовленность учеников к освоению раздела «Гимнастика». С этой целью применяются простейшие тесты: сгибание и разгибание рук в упоре, из «виса», присев, поднимание прямых и согнутых ног и др. Исходное число повторений (за 30 с).

Перед каждой группой ставятся конкретные учебные задачи. Ученики сильной группы после освоения намеченных, согласно программе, двигательных действий выполняют новые, более сложные задания для обогащения двигательного опыта и повышения уровня двигательных качеств.

Дифференцированный подход в обучении к учащимся сильной группы положительно сказывается на эмоциональном настрое, что повышает их активность на уроке.

Ученики средне – и слабоподготовленные, достигшие в результате занятий хороших показателей и успешно освоившие «свою программу», переводятся в более сильную группу. В других случаях эти ученики составляют новое отделение и получают более сложные задания. Поощрение в форме перевода ученика в более сильную группу положительно влияет на активность всего класса.

Примеры дифференцированных заданий при разучивании гимнастических упражнений:

Переворот в упор на перекладине (5 класс). Ученики, составляющие сильную группу, осваивают это двигательное действие за 1 – 2 урока. Причем при ускорении изучения переворота в упор в этой группе пользуемся целостным методом, без применения подготовленных и подводящих упражнений. В освободившееся время решаем задачи обогащения двигательного опыта – ученики осваивают новые упражнения: из упора перемах одной вперед и назад, из упора верхом спад назад и подъем завесом, из упора верхом соскок с поворотом на 90˚ и др.

Ученики средней подготовленности выполняют сначала подводящие упражнения: из виса, стоя толчком одной и махом другой поднять ноги повыше, не разгибая рук, вернуться в исходное положение; из виса, лежа, спереди, толчковая нога на рейке гимнастической стенки (перекладина крепится кронштейном к стенке), сгибание рук, подтягиваясь

к перекладине, маховую ногу поднять вперед – вверх; то же, только выполнить сильный мах и толчок ногой о рейку; переворот в упор с помощью; то же самостоятельно.

Ученики слабоподготовленные сначала выполняют задания, способствующие целенаправленному развитию двигательных качеств (сила рук и плечевого пояса, брюшного пояса, тренировка вестибулярного аппарата), и освоению переворота в целом: из виса присев толчком двух – упор-держать; из упора, прогнувшись силой опускание вперед через согнутые руки в вис присев или в сед на маты; из виса стоя сзади толчком двух вис завесом одной или двумя; из виса стоя сзади толчком вис согнувшись, из виса согнувшись вис стоя сзади и обратно; из виса стоя переход в вис на согнутых руках.

Если и после этих заданий у некоторых не получается переворот в упор, они переходят к заданиям, которые выполняли ученики средней группы.

Лазанье по канату в 2 приема (5 класс). Задания выполняются на шестах.

Учащиеся, хорошо подготовленные, выполняют это двигательное действие в целом.

Слабоподготовленные ученики разучивают сначала спуск по шесту, предварительно забравшись вверх по гимнастической стенке и выполнить переход в вис на шест, а после – лазанье в облегченных условиях – с опорой ногами о рейки гимнастической стенки.

Такое комбинированное лазанье способствует концентрации внимания занимающихся на технике данного приема, освобождая их от чрезмерного физического усилия по удержанию своего веса. После освоения лазанья с помощью опоры обеих ног выполняют лазанье в 2 приема, опираясь одной ногой о рейку, а затем без опоры.

Ученики средней группы начинали с лазанья в облегченных условиях (некоторые – только одной ногой).

В результате дифференцированного обучения ученики всех трех групп получают достаточную нагрузку и совершенствуются в выполнении разучиваемых двигательных действий с большим эмоциональным подъемом, что положительно сказывается на учебном процессе.

Список литературы:

1. Бабанский Ю.К. «Методические основы оптимизации учебно-воспитательного процесса» 2002.
2. Менчинская Е.А. Основы здоровьесберегающего обучения в начальной школе: Методические рекомендации по преодолению перегрузки учащихся / Е.А. Менчинская. — М. : Вентана-Граф, 2008.
3. Наш выбор – здоровье: досуговая программа, разработки мероприятий, рекомендации/ авт.-сост. Н. Н. Шапцева. – Волгоград: Учитель, 2009.

СОХРАНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА В УСЛОВИЯХ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

И. С. Морозова

Кемеровский государственный университет, Кемерово

Необходимость обсуждения этого вопроса связана на наш взгляд, с тем, что работа практического психолога очень специфична своим предметом – индивидуальностью человека. Специфичность проявляется и в том, что сам психолог тоже выступает как индивидуальность, как человек, имеющий на нее полное право. В этом смысле возникает множество проблем, связанных с социальным статусом профессии практического психолога, например, проблема критериев эффективности его работы, уровня его квалификации, в конечном счете, проблемы подготовки практических психологов.

Современная образовательная ситуация характеризуется развитием инновационных процессов. Многие сложности работы практического психолога продиктованы, прежде всего, тем, что он начинает работать не в устоявшейся системе, а в атмосфере инновационных начинаний. Однако именно это порождает множество возможностей и делает его деятельность плодотворной.

Психологическая служба в учреждениях среднего образования успешно развивается в большинстве стран. Содержание работы психологической службы, с одной стороны, определяется научными психологическими концепциями, которые существуют в данном обществе, с другой-потребностями образования, целями воспитания и формирования личности, которые зависят от политических, экономических и других особенностей той или иной страны.

Поэтому, учитывая все то ценное и полезное, что сделано и апробировано в других странах в области практической психологии, важно определить научные и организационные принципы психологической службы в образовательном учреждении, разработать и обосновать подходы к ней, опирающиеся на отечественные психологические теории и традиции.

Теоретический анализ проблемы, экспериментальные исследования и обобщение результатов деятельности практических психологов показали, что психологическую службу в образовании следует рассматривать в трех аспектах:

– как одно из направлений педагогической и возрастной психологии, а именно ее теоретико-прикладное направление, изучающее закономерности психического развития и формирования личности учащегося

с целью разработки способов, средств и методов профессионального применения психологических знаний в условиях современного образования (научный аспект);

– как психологическое обеспечение всего процесса обучения и воспитания, включая составление учебных программ, разработку психологических оснований дидактических и методических материалов, психологическую подготовку педагогов и пр. (прикладной аспект);

– как непосредственную работу психологов в образовательном учреждении и пр. (практический аспект).

Единство этих трех аспектов составляет предмет психологической службы в образовательном учреждении. Каждый аспект психологической службы имеет свои задачи, решение которых требует от исполнителей определенной профессиональной подготовки. От четкой проработки каждого аспекта зависит развитие психологической службы в целом (Дубровина, 1999).

По мнению И. В. Дубровиной, целью психологической службы образования является обеспечение психического и психологического здоровья детей здоровья детей дошкольного и школьного возрастов. Забота о психологическом здоровье означает внимание к внутреннему миру ребенка: к его чувствам и переживаниям, увлечениям и интересам, способностям и знаниям, его отношению к себе, сверстникам, взрослым, к окружающему миру, происходящим семейным и общественным событиям, к жизни как таковой (Дубровина, 2001, с. 8).

Психологическое здоровье позволяет личности стать самодостаточной, если в своем поведении и отношениях она все больше ориентируется не на извне задаваемые нормы, а на внутренние осознанные самоориентиры. Задача взрослых – психологов, педагогов, родителей – помочь ребенку в соответствии с его возрастом овладеть средствами самопонимания, самопринятия и саморазвития в контексте гуманистического взаимодействия с окружающими его людьми и в условиях культурных, социальных, экономических и экологических реальностей окружающего мира.

Иными словами, практический психолог в образовательном учреждении ответственен за соблюдение психологических условий, обеспечивающих полноценное психическое и личностное развитие каждого ребенка, проживание им каждого возрастного периода, реализации заложенных на соответствующем этапе онтогенеза возможностей развития индивидуальности. Нарушение этих условий мешает своевременной реализации возрастных и индивидуальных возможностей детей и ведет к необходимости коррекционной или специально развивающей работы.

Эффективность деятельности психолога определяется уровнем его профессиональной подготовки, которая включает не только хорошее знание детской и педагогической психологии, психологии развития и т. д., не только высокий уровень владения разнообразными психологическими

методами обследования ребенка, но и способностью профессионально грамотно интерпретировать полученные данные.

Значительные сложности в деятельности психолога связаны с тем, что его деятельность в системе психологической службу слабо регламентирована. Между тем, анализ опыта стран с развитой психологической службой свидетельствует, что именно достаточно разработанная иерархическая структура службы с низовыми и промежуточными звеньями, с четко разделенными функциями, а также верхними, координирующими и контролирующими инстанциями, способна обеспечить полноценное обслуживание системы образования, оказывать действенную помощь как детям, родителям и учителям, так и учреждениям образования и всей системе в целом.

На современном этапе развития психологической службы в системе образования существует несколько классификаций моделей психологической службы. И. В. Дубровина предлагает классифицировать модели по критерию места нахождения психолога – в образовательном учреждении или вне (в консультации, психологическом кабинете при районных или городских отделах народного образования и пр.).

Каждая из этих моделей имеет свои особенности (Морозова, 2001).

Первая модель предполагает работу группы психологов при районном (городском) отделе народного образования. Опыт работы наших практических психологов при РОНО также позволяет говорить об этой форме психологической службы как о весьма полезной. Психологи организуют циклы лекций для педагогов и родителей района с целью повышения их психологических знаний, проводят для них консультации по вопросам обучения и воспитания детей, диагностируют психическое развитие отдельных детей и дают на основании этого рекомендации педагогам или родителям по дальнейшей работе с ними, организуют постоянно действующие семинары по проблемам возрастной, педагогической, социальной психологии, психологии личности и пр.

Однако эта модель адекватна решению лишь актуальных, конкретных задач, стоящих перед психологической службой. Эта модель является узкой, ограниченной и не отвечает в полной мере современному уровню психологической практики.

Вторая модель школьной психологической службы предполагает работу практического психолога непосредственно в образовательном учреждении. Это позволяет психологу более основательно вникнуть в воспитательную ситуацию, узнать как педагогов, так и детей, их взаимоотношения, вступить в контакт с родителями. Он имеет возможность сочетать изучение личности и поведения ребенка в реальных жизненных условиях с углубленным анализом его индивидуальных особенностей. Анализируя «систему всех влияний» (А. С. Макаренко) на ребенка, психолог получает оценку результативности своей деятельности

(как претворяются в жизнь его советы и рекомендации, основывающиеся на применении диагностики, какие изменения произошли в жизни в результате его консультативной или профилактической деятельности и пр.).

Эта модель в большей степени отвечает решению перспективной задачи психологической службы в образовательном учреждении – максимальному содействию развитию каждого ребенка – и предусматривает более активные формы деятельности практического психолога: психопрофилактику, специальную работу по развитию способностей, интересов, формированию определенных личностных качеств, психокоррекцию, психологический тренинг и пр.

Однако для развития психологической службы целесообразно учитывать особенности деятельности образовательного учреждения и его возможностей. М. Битянова предложила классификацию моделей психологической службы, основанную на содержательном разнообразии деятельности в различных типах образовательного учреждения. Предложенная модель «психолога-консультанта» предназначена для массовых школ, не реализующих экспериментальные или инновационные образовательные программы и имеющие в штатном расписании одну ставку педагога-психолога.

Вторая модель «Методист» предлагается для образовательных учреждений, реализующих собственную концепцию развития, экспериментальную программу, принимает участие в реализации общегородской или региональной образовательной программы, проекта.

В рамках осуществления комплексного психолого-педагогического сопровождения определенной группы детей наиболее оптимальной является модель «Куратор». В данном варианте организации психологической работы психолог имеет возможность отслеживать процесс развития, заниматься глубокой и всесторонней как профилактической, так и развивающей работой в зоне ближайшего развития детей определенного возраста, осуществлять индивидуальную поддержку тех, кто в ней нуждается.

Нами предпринята попытка построения модели организации деятельности психологической службы в образовательном учреждении «Лицей № 62» г. Кемерова.

Проблема организации психолого-педагогического сопровождения рассматривается нами как осуществление особого вида профессиональной деятельности взрослого, направленного на решение определенных специфических проблем личности ребенка и своих задач. Ребенок в педагогическом взаимодействии выступает одновременно в роли и объекта, и субъекта самовоспитания и саморазвития. При этом объектом является не сам ребенок, а его качества, способы действия, условия его жизни. Сопровождение реализуется как движение вместе с ребенком, рядом,

а иногда – чуть впереди, если надо объяснить возможные пути. Взрослый внимательно прислушивается к своему юному спутнику, его желаниям и потребностям, фиксирует достижения и вникающие трудности, помогает советом ориентироваться в окружающем мире, чутко прислушиваться к себе. При этом он не пытается контролировать, навязывать свои пути и ориентиры. И лишь, когда ребенок потеряется и попросит помощи, помогает ему вернуться на его собственный путь.

Мы считаем, что для взаимодействия субъектов воспитательно-образовательного процесса, реализующих личностно-ориентированное обучение, характерны следующие особенности (Морозова, 2008):

– равенство психологических позиций субъектов взаимодействия независимо от социального статуса;
– равное признание активной коммуникативной роли друг друга;
– психологическая поддержка друг друга.

Эти три основные особенности дают нам понимание того, что субъект – личность, вступая в общение как систему взаимодействия, сохраняет свою автономность и обеспечивает саморегуляцию своих коммуникативных действий. Качества человеческой субъективности являются основой для развития более глубокой человеческой сущности, сущности второго порядка - его личности - и сущности третьего порядка – его индивидуальности.

В основу осуществления психолого-педагогического сопровождения нами были положены следующие принципы:

– доступности и открытости;
– интеграции всех сил, участвующих в процессе;
– личностно-ориентированного подхода;
– дифференциации и индивидуализации;
– рефлексивности;
– развивающего обучения на базе положительного опыта.

Таким образом, цель психолого-педагогического сопровождения развития ребенка – это помочь полноценно реализовать свои способности, знания, умения и навыки для достижения успешности в различных видах деятельности. Решая проблему интеграции деятельности всех участников воспитательно-образовательного процесса, мы направляем свои усилия на построение целостной модели функционирования служб в МОУ. Психологическая служба является органической частью системы образования, в центре заботы которой находятся личностные (душевные) интересы и индивидуальная неповторимость всех субъектов образования: учащихся, преподавателей, управленческого персонала, методистов, работников вспомогательных служб, родителей.

Психологическая служба МОУ «Лицей № 62» обеспечивает психологическое сопровождение образовательно-воспитательного процесса,

осуществляет диагностику личностных особенностей и познавательныхспособностей учащихся в целях реализации дифференцированного подхода, ведет методическую работу. Консультирует по различным вопросам администрацию, обеспечивает проведение различных форм психологической работы с педагогами. Ведет работу по пропаганде психолого-педагогических знаний. Модель имеет условное название «Коуч» и предлагается для учреждений образования определенного вида. Цель деятельность психолога: участие в проектировании и реализации образовательной развивающей среды в соответствии с программой развития образовательного учреждения.

Задачи деятельности психолога:

– проектирование и участие в реализации образовательных программ и технологий и экспертиза их адекватности и эффективности;
– оптимизация условий взаимодействия, повышение психологической компетентности всех участников образовательного процесса;
– консультативная и информационная поддержка процессов обучения, воспитания и развития детей в образовательной развивающей среде.

Необходимая управленческая поддержка деятельности психолога в рамках данной модели:

1. Внесение в Устав образовательного учреждения основных положений, связанных с деятельностью психолога;
2. Внесение в план работы МОУ диагностических, развивающих и обучающих мероприятий психологической службы;
3. Организационная поддержка просветительской работы психолога с родителями и педагогическим коллективом;
4. Получение согласия родителей на проведение диагностических и коррекционно-развивающих мероприятий с детьми;
5. Создание управленческих условий для «вхождения» родителей в образовательную среду;
6. Формирование управленческого и педагогического заказа к психологу на проектировочную и аналитическую деятельность;
7. Создание условий для повышения квалификации психолога.

Требования к методическому обеспечению деятельности психолога в рамках данной модели:

1. Обеспечение методической библиотеки по вопросам дидактики, новых педагогических технологий, психологии управления и организационного консультирования, проектирования и анализа педагогической деятельности;
2. Обеспечение всеми необходимыми нормативными документами;
3. Обеспечение диагностическими материалами для проведения скрининговых и мониторинговых исследований уровня психического развития и возрастных особенностей учащихся;

4. Обеспечение методическими материалами для индивидуальной и групповой коррекционно-развивающей работы.

Очередность и глубина решения задач, стоящих перед практическим психологом, зависят от конкретной ситуации в каждом образовательном учреждении, уровня профессиональной подготовки психолога. В целом психолог призван:

– способствовать адаптации детей к образовательному учреждению, совместно с педагогом намечать программу индивидуальной работы с ними с целью лучшей адаптации детей к образовательному учреждению;
– разрабатывать и осуществлять совместно с педагогами или родителями развивающие программы с учетом индивидуальных особенностей детей и задач их развития на каждом возрастном этапе;
– держать под особым контролем переходные, переломные моменты в жизни учащихся;
– осуществлять диагностико-коррекционную работу с детьми, имеющих трудности в развитии;
– диагностировать интеллектуальные, личностные и эмоционально-волевые особенности детей, препятствующие нормальному протеканию процесса обучения и воспитания, и осуществлять их коррекцию;
– выявлять и устранять психологические причины нарушений межличностных отношений учащихся с педагогом, со сверстниками, с родителями и другими людьми;
– консультировать администрацию образовательного учреждения, педагогов, родителей по психологическим проблемам обучения и воспитания детей, развития их внимания, памяти, мышления, характера и пр.

Из такого объемного, но все-таки еще неполного перечня задач, ясно, что только постоянные профессиональные наблюдения за детьми и взрослыми, глубокое знание ситуации, в которой находится учащийся (или группа), возможность длительного контакта и проведения неоднократных, в случае надобности, обследований одного и того же ребенка, изучение результатов собственных рекомендаций делают работу практического психолога эффективной.

Практический психолог приходит в образовательное учреждение как специалист в области детской, педагогической и социальной психологии. В своей работе он опирается на профессиональные знания о возрастных закономерностях и индивидуальном своеобразии психического развития, об истоках психической деятельности и мотивах поведения человека, о психологических условиях становления личности в онтогенезе.

Эффективность работы психолога в образовательном учреждении определяется тем, насколько он может обеспечить основные

психологические условия, способствующие развитию ребенка. Психолог находится непосредственно внутри того социального организма, где зарождаются, существуют и развиваются как положительные, так и отрицательные стороны взаимоотношений педагогов, детей и их родителей. Он видит каждого ребенка или учителя не самого по себе, а в сложной системе взаимодействия. Это своеобразное «поле» взаимодействия практического психолога с детьми разного возраста, их учителями и родителями, в центре которого находятся интересы ребенка как формирующейся личности. Ясно, что на всех стадиях работы и с отдельными детьми и с детским коллективом необходимо тесное сотрудничество психолога со всеми взрослыми, имеющими отношение к данным детям.

Список литературы:

1. Дубровина И. В. Психологическая служба школы. – М., 1991
2. Дубровина И. В. Психологическая служба образования // Психологическая наука и образование. – 2001. – № 2. – С. 83-93.
3. Морозова И. С. Научные основы организации психологической службы в образовании: учебное пособие – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2002.
4. Морозова И. С. Модель функционирования психологической службы // Педагогический вестник. – Вып. 44. – МОУ ДПО «Научно-методический центр». – Кемерово, 2008. – С. 18-31.

К ВОПРОСУ РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

С. И. Почекуева

СОШ № 1, г. Лесосибирск,

Ю. В. Живаева

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск

Охрану здоровья детей можно назвать приоритетным направлением деятельности всего общества, поскольку лишь здоровые дети в состоянии должным образом усваивать полученные знания и в будущем способны заниматься производительно-полезным трудом.

Существует более 300 определений понятия «здоровье». Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов (Карасева Т. В., 2005).

Физическое здоровье: это совершенство саморегуляции в организме, гармония физиологических процессов, максимальная адаптация к окружающей среде (педагогическое определение); это состояние роста

и развития органов и систем организма, основу которого составляют морфологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции (медицинское определение) (Воротилкина И. М).

Психическое здоровье: это высокое сознание, развитое мышление, большая внутренняя и моральная сила, побуждающая к созидательной деятельности (педагогическое определение); это состояние психической сферы, основу которой составляет статус общего душевного комфорта, адекватная поведенческая реакция (медицинское определение) (Карасева Т. В., 2005).

Социальное здоровье - это здоровье общества, а также окружающей среды для каждого человека [2].

Нравственное здоровье – это комплекс характеристик мотивационной и потребностно – информативной сферы в жизнедеятельности, основу которого определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе (Ишмухаметов М. Г., 2005).

Духовное здоровье – система ценностей и убеждений (Карасева Т. В., 2005).

В характеристике понятия «здоровье» используется как индивидуальная, так и общественная характеристика. В отношении индивида оно отражает качество приспособления организма к условиям внешней среды и представляет итог процесса взаимодействия человека и среды обитания. Здоровье формируется в результате взаимодействия внешних (природных и социальных) и внутренних (наследственность, пол, возраст) факторов.

В связи с этим целостный взгляд на индивидуальное здоровье можно представить в виде четырехкомпонентной модели, в которой выделены взаимосвязи различных его компонентов и представлена их иерархия:

Соматический компонент – текущее состояние органов и систем организма человека, – основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития, опосредованная базовыми потребностями, доминирующими па различных этапах онтогенетического развития. Эти потребности, во-первых, являются пусковым механизмом развития человека, а во-вторых, обеспечивают индивидуализацию этого процесса.

Физический компонент – уровень роста и развития органов и систем организма, – основу которого составляют морфофизиологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции.

Психический компонент – состояние психической сферы, – основу которого составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию. Такое состояние обусловлено как биологическими, так и социальными потребностями, а также возможностями их удовлетворения.

Нравственный компонент – комплекс характеристик мотивационной и потребностно – информативной сферы жизнедеятельности, – основу

которого определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе. Нравственным здоровьем опосредована духовность человека, так как оно связано с общечеловеческими истинами добра, любви и красоты.

Подобное выделение компонентов здоровья, в некоторой степени условно, однако позволяет, с одной стороны, показать многомерность взаимовлияний разных проявлений функционирования индивидуума, с другой – более полно охарактеризовать различные стороны жизнедеятельности человека, направленные на организацию индивидуального стиля жизни.

Здоровье человека, в первую очередь, зависит от стиля жизни. Этот стиль персонифицирован. Он определяется социально-экономическими факторами, историческими, национальными и религиозными традициями, убеждениями, личностными наклонностями. Здоровый образ жизни объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных, семейных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях и определяет направленность усилий личности в сохранении и укреплении индивидуального и общественного здоровья.

Приведенные характеристики позволяют сделать вывод, что культура здорового образа жизни личности - это часть общей культуры человека, которая отражает его системное и динамическое состояние, обусловленное определенным уровнем специальных знаний, физической культуры, социально-духовных ценностей, приобретенных в результате воспитания и самовоспитания, образования, мотивационно-ценностной ориентации и самообразования, воплощенных в практической жизнедеятельности, а также в физическом и психофизическом здоровье.

Здоровьесберегающие технологии реализуются на основе личностно-ориентированного подхода. Осуществляемые на основе личностно-развивающих ситуаций, они относятся к тем жизненно важным факторам, благодаря которым учащиеся учатся жить вместе и эффективно взаимодействовать. Предполагают активное участие самого обучающегося в освоении культуры человеческих отношений, в формировании опыта здоровьесбережения, который приобретается через постепенное расширение сферы общения и деятельности учащегося, развитие его саморегуляции (от внешнего контроля к внутреннему самоконтролю), становление самосознания и активной жизненной позиции на основе воспитания и самовоспитания, формирования ответственности за свое здоровье, жизнь и здоровье других людей.

По определению В.В. Серикова, технология в любой сфере - это деятельность, в максимальной мере отражающая объективные законы данной предметной сферы, построенная в соответствии с логикой развития этой сферы и потому обеспечивающая наибольшее для данных условий соответствие результата деятельности предварительно поставленным

целям (Карасева Т.В., 2005). Следуя этому методологическому регулятиву, технологию, применительно к поставленной проблеме, можно определить как здоровьесберегающую педагогическую деятельность, которая по-новому выстраивает отношения между образованием и воспитанием, переводит воспитание в рамки человекообразующего и жизнеобеспечивающего процесса, направленного на сохранение и приумножение здоровья ребенка. Здоровьесберегающие педагогические технологии должны обеспечить развитие природных способностей ребенка: его ума, нравственных и эстетических чувств, потребности в деятельности, овладении первоначальным опытом общения с людьми, природой, искусством.

«Здоровьеформирующие образовательные технологии», по определению Н.К. Смирнова, - это все те психолого-педагогические технологии, программы, методы, которые направлены на воспитание у учащихся культуры здоровья, личностных качеств, способствующих его сохранению и укреплению, формирование представления о здоровье как ценности, мотивацию на ведение здорового образа жизни (Воротилкина И.М).

Основными компонентами здоровьесберегающей технологии выступают:

Аксиологический, проявляющийся в осознании учащимися высшей ценности своего здоровья, убежденности в необходимости вести здоровый образ жизни, который позволяет наиболее полно осуществить намеченные цели, использовать свои умственные и физические возможности. Осуществление аксиологического компонента происходит на основе формирования мировоззрения, внутренних убеждений человека, определяющих рефлексию и присвоение определенной системы духовных, витальных, медицинских, социальных и философских знаний, соответствующих физиологическим и нейропсихологическим особенностям возраста; познание законов психического развития человека, его взаимоотношений с самим собой, природой, окружающим миром. Таким образом, воспитание как педагогический процесс направляется на формирование ценностно-ориентированных установок на здоровье, здоровьесбережение и здравотворчество, построенных как неотъемлемая часть жизненных ценностей и мировоззрения. В этом процессе у человека развивается эмоциональное и вместе с тем осознанное отношение к здоровью, основанное на положительных интересах и потребностях.

Гносеологический, связанный с приобретением необходимых для процесса здоровьесбережения знаний и умений, познанием себя, своих потенциальных способностей и возможностей, интересом к вопросам собственного здоровья, к изучению литературы по данному вопросу, различных методик по оздоровлению и укреплению организма. Это происходит благодаря процессу формирования знаний о закономерностях становления, сохранения и развития здоровья человека, овладению умениями сохранять и совершенствовать личное здоровье, оценке

формирующих его факторов, усвоению знаний о здоровом образе жизни и умений его построения. Этот процесс направлен на формирование системы научных и практических знаний, умений и навыков поведения в повседневной деятельности обеспечивающих ценностное отношение к личному здоровью и здоровью окружающих людей. Все это ориентирует школьника на развитие знаний, которые включают факты, сведения, выводы, обобщения об основных направлениях взаимодействия человека с самим собой, с другими людьми и окружающим миром. Они побуждают человека заботиться о своем здоровье, вести здоровый образ жизни, заранее предусматривать и предотвращать возможные отрицательные последствия для собственного организма и образа жизни.

Здоровьесберегающий, включающий систему ценностей и установок, которые формируют систему гигиенических навыков и умений, необходимых для нормального функционирования организма, а также систему упражнений, направленных на совершенствование навыков и умений по уходу за самим собой, одеждой, местом проживания, окружающей средой. Особая роль в этом компоненте отводится соблюдению режима дня, режима питания, чередования труда и отдыха, что способствует предупреждению образования вредных привычек, функциональных нарушений заболеваний, включает в себя психогигиену и психопрофилактику учебно-воспитательного процесса, использование оздоровительных факторов окружающей среды и ряд специфических способов оздоровления ослабленных.

Эмоционально-волевой, который включает в себя проявление психологических механизмов - эмоциональных и волевых. Необходимым условием сохранения здоровья являются положительные эмоции; переживания, благодаря которым у человека закрепляется желание вести здоровый образ жизни. Воля - психический процесс сознательного управления деятельностью, проявляющийся в преодолении трудностей и препятствий на пути к поставленной цели. Личность с помощью воли может осуществлять регуляцию и саморегуляцию своего здоровья. Воля является чрезвычайно важным компонентом, особенно в начале оздоровительной деятельности, когда здоровый образ жизни еще не стал внутренней потребностью личности, а качественные и количественные показатели здоровья еще рельефно не выражаются. Он направлен на формирование опыта взаимоотношений личности и общества. В этом аспекте эмоционально-волевой компонент формирует такие качества личности, как организованность, дисциплинированность, долг, честь, достоинство. Эти качества обеспечивают функционирование личности в обществе, сохраняют здоровье, как отдельного человека, так и всего коллектива.

Экологический, учитывающий то, что человек как биологический вид существует в природной среде, которая обеспечивает человеческую личность определёнными биологическими, экономическими и производственными ресурсами. Кроме того, она обеспечивает ее физическое

здоровье и духовное развитие. Осознание бытия человеческой личности в единстве с биосферой раскрывает зависимость физического и психического здоровья от экологических условий. Рассмотрение природной среды как предпосылки здоровья личности позволяет нам внести в содержание здравотворческого воспитания формирование умений и навыков адаптации к экологическим факторам. К сожалению, экологическая среда образовательных учреждений не всегда благоприятна для здоровья учащихся. Общение с миром природы способствует выработке гуманистических форм и правил поведения в природной среде, микро и макросоциуме. В то же время природная среда, окружающая школу, является мощным оздоровительным фактором.

Физкультурно-оздоровительный компонент предполагает владение способами деятельности, направленными на повышение двигательной активности, предупреждение гиподинамии. Кроме того, этот компонент содержания воспитания обеспечивает закаливание организма, высокие адаптивные возможности. Физкультурно-оздоровительный компонент направлен на освоение личностно-важных жизненных качеств, повышающих общую работоспособность, а также навыков личной и общественной гигиены.

Представленные выше компоненты здоровьесберегающей технологии позволяют перейти к рассмотрению ее функциональной составляющей.

Функции здоровьесберегающей технологии:

Формирующая: осуществляется на основе биологических и социальных закономерностей становления личности. В основе формирования личности лежат наследственные качества, предопределяющие индивидуальные физические и психические свойства. Дополняют формирующее воздействие на личность социальные факторы, обстановка в семье, классном коллективе, установки на сбережение и умножение здоровья как базы функционирования личности в обществе, учебной деятельности, природной среде.

Информативно-коммуникативная: обеспечивает трансляцию опыта ведения здорового образа жизни, преемственность традиций, ценностных ориентации, формирующих бережное отношение к индивидуальному здоровью, ценности каждой человеческой жизни.

Диагностическая: заключается в мониторинге развития учащихся на основе прогностического контроля, что позволяет соизмерить усилия и направленность действий педагога в соответствии с природными возможностями ребенка, обеспечивает инструментально выверенный анализ предпосылок и факторов перспективного развития педагогического процесса, индивидуальное прохождение образовательного маршрута каждым ребенком.

Адаптивная: воспитание у учащихся направленности на здравотворчество, здоровый образ жизни, оптимизировать состояние собственного

организма и повысить устойчивость к различного рода стрессогенным факторам природной и социальной среды. Она обеспечивает адаптацию школьников к социально-значимой деятельности.

Рефлексивная: заключается в переосмыслении предшествующего личностного опыта, в сохранении и приумножении здоровья, что позволяет соизмерить реально достигнутые результаты с перспективами.

Иинтегративная: объединяет народный опыт, различные научные концепции и системы воспитания, направляя их по пути сохранения здоровья подрастающего поколения.

Типы технологий:

- Здоровьесберегающие (профилактические прививки, обеспечение двигательной активности, витаминизация, организация здорового питания).
- Оздоровительные (физическая подготовка, физиотерапия, аромотерапия, закаливание, гимнастика, массаж, фитотерапия, арттерапия).
- Технологии обучения здоровью (включение соответствующих тем в предметы общеобразовательного цикла).
- Воспитание культуры здоровья (факультативные занятия по развитию личности учащихся, внеклассные и внешкольные мероприятия, фестивали, конкурсы и т.д.).

Анализ проведения урока с позиций здоровьесбережения:

Педагогу в организации и проведении урока необходимо учитывать:

1) обстановку и гигиенические условия в классе (кабинете): температуру и свежесть воздуха, рациональность освещения класса и доски, наличие/отсутствие монотонных, неприятных звуковых раздражителей и т. д.;

2) число видов учебной деятельности: опрос учащихся, письмо, чтение, слушание, рассказ, рассматривание наглядных пособий, ответы на вопросы, решение примеров, задач и др. Норма – 4-7 видов за урок. Частые смены одной деятельности другой требуют от учащихся дополнительных адаптационных усилий;

3) среднюю продолжительность и частоту чередования различных видов учебной деятельности. Ориентировочная норма – 7-10 минут;

число видов преподавания: словесный, наглядный, аудиовизуальный, самостоятельная работа и т.д. Норма – не менее трех;

5) чередование видов преподавания. Норма – не позже чем через 10-15 минут;

6) наличие и выбор места на уроке методов, способствующих активизации инициативы и творческого самовыражения самих учащихся. Это такие методы, как метод свободного выбора (свободная беседа, выбор способа действия, выбор способа взаимодействия; свобода творчества и т.д.); активные методы (ученики в роли учителя, обучение действием,

обсуждение в группах, ролевая игра, дискуссия, семинар, ученик как исследователь); методы, направленные на самопознание и развитие (интеллекта, эмоций, общения, воображения, самооценки и взаимооценки);

7) место и длительность применения ТСО (в соответствии с гигиеническими нормами), умение учителя использовать их как возможности инициирования дискуссии, обсуждения;

8) позы учащихся, чередование поз;

9) физкультминутки и другие оздоровительные моменты на уроке – их место, содержание и продолжительность. Норма – на 15-20 минут урока по 1 минутке из 3-х легких упражнений с 3 – повторениями каждого упражнения;

10) наличие у учащихся мотивации к учебной деятельности на уроке (интерес к занятиям, стремление больше узнать, радость от активности, интерес к изучаемому материалу и т.п.) и используемые учителем методы повышения этой мотивации;

11) наличие в содержательной части урока вопросов, связанных со здоровьем и здоровым образом жизни; демонстрация, прослеживание этих связей; формирование отношения к человеку и его здоровью как к ценности; выработка понимания сущности здорового образа жизни; формирование потребности в здоровом образе жизни; выработка индивидуального способа безопасного поведения, сообщение учащимся знаний о возможных последствиях выбора поведения и т.д.;

12) психологический климат на уроке;

13) наличие на уроке эмоциональных разрядок: шуток, улыбок, афоризмов с комментариями и т.п.;

В конце урока следует обратить внимание на следующее:

14) плотность урока, т.е. количество времени, затраченного школьниками на учебную работу. Норма - не менее 60 % и не более 75-80 %;

15) момент наступления утомления учащихся и снижения их учебной активности. Определяется в ходе наблюдения по возрастанию двигательных и пассивных отвлечений у детей в процессе учебной работы;

16) темп и особенности окончания урока:

– быстрый темп, «скомканность», нет времени на вопросы учащихся, быстрое, практически без комментариев, записывание домашнего задания;
– спокойное завершение урока: учащиеся имеют возможность задать учителю вопросы, учитель может прокомментировать задание на дом, попрощаться с учащимися;
– задержка учащихся в классе после звонка (на перемене).

Здоровый образ жизни не занимает пока первое место в иерархии потребностей и ценностей человека в нашем обществе. Но если мы не научим детей с самого раннего возраста ценить, беречь и укреплять свое здоровье. Если мы будем личным примером демонстрировать здоровый

образ жизни, то только в этом случае можно надеяться, что будущие поколения будут более здоровы и развиты не только личностно, интеллектуально, духовно, но и физически. Если раньше говорили: «В здоровом теле - здоровый дух», то не ошибется тот, кто скажет, что без духовного не может быть здорового.

Наблюдения показывают, что использование здоровьесберегающих технологий в учебном процессе позволяет учащимся более успешно адаптироваться в образовательном и социальном пространстве, раскрыть свои творческие способности, а учителю эффективно проводить профилактику асоциального поведения.

Список литературы:

1. Дронов А.А. Профилактика и коррекция плоскостопия // Начальная школа, 2005. - № 12 – с. 55.
2. Воротилкина И. М. Оздоровительные мероприятия в учебном процессе // Начальная школа, 2005. – № 4. – С. 72.
3. Ишмухаметов М.Г. Нетрадиционные средства оздоровления детей // Начальная школа», 2005. – № 1. – С. 91.
4. Карасева Т.В. Современные аспекты реализации здоровьесберегающих технологий // Начальная школа, 2005. – № 11. – С. 75.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ И ТЕХНОЛОГИЙ ИМИТАЦИОННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ В РАЗВИТИИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ – БУДУЩИХ ПСИХОЛОГОВ

О. А. Сидоренко, К. А. Купцова

Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева, Красноярск

Современные условия жизни и деятельности человека часто связаны с негативным воздействием на него экологических, социальных, профессиональных и других факторов. Усложнение информационной среды, нехватка времени, интенсивное общение с людьми, рост ответственности за принятые решения приводят к повышению физических и эмоциональных нагрузок на человека, ухудшению функционального состояния, изменению личностного статуса, нарушению профессиональной эффективности, развитию психосоматических заболеваний или невротических расстройств. Период обучения в вузе связан как с большими профессиональными, личностными и социальными достижениями, так и кризисами и стрессами у молодых людей.

Обозначенные характеристики жизни, информационные и эмоциональные нагрузки приводят к тому, что студенты все чаще попадают в кризисные ситуации, нарушающие привычный ход жизни, зачастую

меняющие отношение к миру и себе. При отсутствии способов преодоления трудностей и специфических характеристик личности у студента возникают психологические проблемы в виде негативных переживаний, нарушения межличностных взаимоотношений, снижении самооценки, устойчивости личности (А.А. Бодалев, А.А. Деркач, В.Г. Асеев, М.Ф. Секач и др.). В связи с этим все большее значение приобретает проблема стрессоустойчивости и успешности адаптации человека к разнообразным жизненным ситуациям и затруднениям в них.

Профессиональная деятельность психолога выдвигает особые требования к личности специалиста, призванного предоставлять психологическую помощь человеку в различных жизненных ситуациях. Личность психолога выступает и ресурсом, и эталоном психологического здоровья и комфорта. Одним из главных личностных качеств будущего психолога называется стрессоустойчивость. Проблематика стрессоустойчивости человека в социальных профессиях с давних пор привлекала внимание психологов различных направлений. Стала общепризнанной метафора, что ничто не является для человека такой сильной нагрузкой и испытанием, как другой человек. В исследованиях Селье, а позднее Розермана и Фридмана было показано, что воздействие стресса приводит к неблагоприятным последствиям, являясь причиной снижения психической устойчивости организма и появления чувства неудовлетворенности результатами своей деятельности, тенденциям отказа от выполнения заданий в ситуациях требований, неудач и поражений.

В этой связи человеку необходимы хорошие адаптационные способности, стрессоустойчивость, которые помогут эффективно разрешать трудные жизненные и профессиональные ситуации.

Стрессоустойчивость – это целостная характеристика личности, обеспечивающая резистентность по отношению к фрустрирующему воздействию ситуации, требующих повышенного психического напряжения, достаточную психическую и социальную адаптацию, необходимый уровень умственной и физической работоспособности в условиях воздействия стрессогенных факторов.

Стрессоустойчивость человека, очевидно, потому может выступать в качестве важного личностного и профессионального ресурса, способствующего преодолению стресса и достижению высокого уровня физического и психического здоровья, что оно, в частности, сочетается с некоторыми не менее важными его индивидуальными особенностями, придающими ему устойчивость и ориентирующими на значимые цели. По-видимому, человек с высокой стрессоустойчивостью стремится руководствоваться в своей жизни неким идеальным образом мира, что позволяет ему абстрагироваться от мелочей жизни и сформулировать четкие цели своей будущей жизни, направляющие его активность, не только, невзирая на возникающие трудности, но и креативно находя в них новые ресурсы

для продвижения к желаемому будущему. При этом ему свойственен высокий эмоциональный интеллект, повышающий его «живучесть» в современном социуме посредством эффективного оценивания эмоционального состояния партнеров по общению и способности адекватно управлять своими и чужими эмоциями. Очевидно, человек, обладающий совокупностью таких качеств, способен с большей вероятностью достигать поставленных целей; это, в свою очередь, может быть причиной переживания им чувства субъективного благополучия, также рассматриваемого в качестве одной из ведущих детерминант высокого уровня здоровья.

Понимание сущности феномена стрессоустойчивости определило выбор методов и методик проведенного нами эмпирического исследования: опросник оценки нервно-психической устойчивости (ЛВМА им. С.М.Кирова), методика определения индивидуальных копинг-стратегий» Э. Хайма.

В исследовании приняли участие 20 студентов-психологов КГПУ им. В.П. Астафьева.

Данные изучения стрессоустойчивости по методике ЛВМА им. С.М.Кирова показали, что только пятая часть исследуемых студентов (20%) демонстрирует высокий уровень стрессоустойчивости, который означает высокие приспособительные возможности личности, характеризуется наличием способности у человека сохранять определенную степень психологической стабильности в неблагоприятных условиях и самостоятельно возвращаться в состояние равновесия. У большинства опрошенных студентов (70%) наблюдается средний уровень стрессоустойчивости, который характеризуется средними приспособительными возможностями, ситуативным проявлением готовности действовать в сложных ситуациях и вероятностью нервно-психических срывов, особенно в экстремальных ситуациях, а у 10% студентов – низкий уровень стрессоустойчивости, который отражает неспособность и неготовность адекватно действовать в трудных ситуациях, обнаруживает высокую вероятность нервно-психических срывов. Таким образом, большинство студентов имеют низкий и средний уровень стрессоустойчивости.

Данные, полученные по методике определения индивидуальных копинг-стратегий» Э.Хайма свидетельствуют о том, что 45% опрошенных студентов-психологов используют продуктивные копинг-стратегии, помогающие им быстро и успешно совладать со стрессом; наиболее часто студенты исследуемой группы прибегают к продуктивным эмоциональным и поведенческим стратегиям, таким как оптимизм и сотрудничество; столько же студентов (45%) применяют относительно продуктивные стратегии, помогающие только в некоторых ситуациях, например, не очень значимых или при небольшом стрессе; 5% избирают непродуктивные копинг-стратегии, которые не устраняют стрессовое состояние, а напротив, способствуют его усилению; для 5% опрошенных студентов характерен смешанный

стиль копинг-стратегий, которые чередуются при появлении той или иной стрессовой ситуации. Таким образом, чуть меньше половины студентов-психологов в стрессовых ситуациях избирают функциональные, продуктивные стратегии совладания со стрессом, что актуализирует необходимость поиска методов и средств развития стрессоустойчивости в процессе профессиональной подготовки и обоснования возможностей освоения эффективных копинг-стратегий будущими психологами.

Интерес исследователей к вопросам, связанным со стрессом и механизмами формирования стрессоустойчивости человека, всегда был и остается актуальным. Формирование стрессоустойчивой личности является механизмом сохранения психологического здоровья, условием социальной стабильности и профессиональной продуктивности личности (Чебыкин А. Я.).

Представляется продуктивной возможность целенаправленного формирования стрессоустойчивости у будущих психологов путем практического применения методов и приемов произвольной психической саморегуляции.

Кроме того, в развитии стрессоустойчивости психологов могут продемонстрировать эффективность методы имитационного моделирования, суть которых состоит в моделировании в учебном процессе конкретных условий и содержания соответствующего вида деятельности, различного рода отношений и условий реальной жизни и профессиональной деятельности. К этим методам и технологиям относятся: ролевые и имитационные игры, «инсценировка», «разыгрывание» ситуации в ролях, метод инцидента, сценарный метод, кейс-стади. Для их реализации необходимо создание банка ситуаций взаимодействия психолога с клиентами, эти ситуации могут быть стандартными, уникальными, критическими, экстремальными, конфликтными, живыми и искусственными.

Один из важнейших принципов имитационного моделирования – принцип личного проживания – позволяет студентам – участникам игрового взаимодействия приобретать компетенции и развивать необходимые качества путем преодоления трудностей, эмоционального переживания различных ситуаций – проходя этап фрустрации, поиска и нахождения верных поведенческих решений. Полученные знания лично переживаются каждым участником и становятся его личным опытом.

Для всех этих методов характерна двуплановость, имеется в виду, что каждый участник ощущает полную реальность происходящего, получает реальный опыт и переживания, и одновременно осознает нереальность происходящего (разыгрывание ситуации с помощью выбранной им роли, которое происходит в условном времени и обстановке). Каждый из этих методов обладает ресурсом для формирования стрессоустойчивости студентов и освоения ими продуктивных поведенческих, коммуникативных и стратегий совладания со стрессом.

Список литературы:

1. Акмеология. Учебник под общ. ред. Деркача А.А. – Москва: РАГС, 2002.
2. Апчел В. Я., Цыган В. Н. Стресс и стрессоустойчивость человека. – СПб.: 1999.- 86 с.
3. Кузьмина Н.В., Пожарский С.Д., Паутова Л.Е. Акмеология качества профессиональной деятельности специалиста. – СПб., Колмна, Рязань, 2008
4. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1979.
5. Чебыкин А . Я . Стресс как актуальная проблема для современной молодежи // Наука і освіта. – 2000. – № 1-2. – С. 2-3.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

М. В. Сокольская, О. О. Олифер

Дальневосточный государственный университет путей сообщения

Проблема обучения детей с ограниченными возможностями развития в условиях современного российского образования не находит своего решения, пребывая на стадии становления, где вопросов о правах и образовательных возможностях таких детей больше, чем ответов на них. Несмотря на то, что в последние годы наблюдается тенденция к изменению отношения к детям с ограниченными возможностями развития в сторону улучшения, но до сих пор не определено их место в системе российского образования.

На смену принципам разделения детей по признаку успешности приходит позиция интеграции и объединения на базе предоставления равных возможностей, вне зависимости от возможностей физического и психического здоровья ребенка. Несмотря на это, проведенные исследования М.А. Резниченко, 2006; Д.И. Фельдштейна, 2005. показывают, что такой подход к интеграции и социализации детей остается формальным.

Проблема инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями развития ставит множество задач, решение для которых пока не найдено. Так остается нерешенным главный вопрос включения ребенка с ограниченными возможностями развития в систему общеобразовательной школы, а не просто его физического помещения в здание школы, когда ребенок фактически остается оторванным от жизни школы.

В течение многих лет инвалидность рассматривалась как болезнь, что приводило к ущемлению прав ребенка, формировало отношение к нему по принципу социальной защиты. Такой взгляд на проблему инвалидности неизбежно приводил к прямой или косвенной дискриминации детей с ограниченными возможностями развития, которые помещались в интернатные учреждения и фактически лишались свободы по причине

своей инвалидности. Из-за жесткости, негибкости системы образования дети с ограниченными возможностями развития «выталкивались» из обычной школы и под тем или иным предлогом переводились в специальные учреждения образования, формировавшиеся по признаку наличия того или иного дефекта.

Сегодня взгляд на обучение детей с ограниченными возможностями развития, их права на всеобщее образование, право жить в семье не оспариваются, однако, существует целый ряд препятствий, не позволяющих этой категории детей успешно интегрироваться в общество, быть полноправными его членами. В подавляющем большинстве случаев дети с ограниченными возможностями развития не могут реализовать свои права из-за отсутствия социальных условий, необходимого оборудования и наличия соответствующей архитектуры зданий. Не выработаны принципы взаимодействия, позволяющие этим детям устанавливать полноценные коммуникации с другими членами общества; социальная среда не приспособлена для людей, чье физическое или психическое здоровье требует введения специальных условий, способов для установления социальных контактов.

С переходом социальной педагогики и психологии в систему интеграционного, инклюзивного образования, требуются новые подходы к включению детей с ограниченными возможностями развития в общеобразовательные школы. И здесь было бы ошибкой сосредоточить все внимание только лишь на создании комфортного физического пространства и позитивного микроклимата в социуме, принимающего ребенка с ограниченными возможностями развития**.** Не менее важной является и психологическая готовность самого ребенка с ограниченными возможностями развития к таким изменениям; выявление его личностного потенциала, формирование способности к установлению необходимых социальных связей, которые в будущем возьмут на себя функции поддержки и помощи, обеспечив успешную интеграцию ребенка в общество.

Мы предлагаем рассматривать ребенка с ограниченными возможностями развития не только как объект социально-педагогического воздействия и помощи, но и как полноправного субъекта социума, имеющего внутренние (скрытые) ресурсы, актуализация которых позволить ему успешно преодолеть адаптационный этап в новой общеобразовательной среде.

Под внутренними ресурсами ребенка с ограниченными возможностями развития мы подразумеваем личностные качества, определяющие построение качественной коммуникации между нуждающимся в поддержке ребенком и окружающем его миром. Такими личностными качествами могут быть открытость, толерантность, доверие, позволяющие этому ребенку формировать социальные контакты, быть активным участником межличностного взаимодействия, создавать прочные социальные связи,

которые в дальнейшем обеспечивали бы ему поддержку, придавали бы дополнительный импульс его развитию.

Данный подход является новым в психолого-педагогической практике. В эпоху массового перехода к инклюзивному, включенному образованию угол зрения подчас смещен на создание внешних условий и принятие социальной средой ребенка с ограниченными возможностями развития таким, каков он есть. Не отрицая значимости подобной позиции, акцент в данном исследовании сделан на развитие личностного потенциала центрального участника процесса интеграции – ребенка с ограниченными возможностями развития.

Концептуальный подход к рассмотрению детей с ограниченными возможностями здоровья в современной отечественной психологии опирается на научные взгляды, получившие свое развитие в начале XX века. Точкой отчета и временем появления современной концепции инклюзивного образования можно считать работы Л.С. Выгодского, 1984; А.Р. Лурия, 1968, 1979 и других советских психологов, исследовавших проблемы обучения «дефективных» детей.

В отличие от своих предшественников, изучающих детскую дефектологию, эти исследователи, отойдя от привычных позиций изучения физических дефектов детей путем сравнения их со здоровыми сверстниками и поиска степени поврежденности психического развития, предложили принципиально иной подход. Вместо «отрицательной характеристики» ребенка с ограниченными возможностями развития была предложена модель исследования его развития, основывающаяся на изучении сохранных функций психики и возможности компенсации физического дефекта.

Предпосылкой такого подхода послужило теоретическое исследование А. Адлера, в котором он представил концепцию о компенсации и «сверхкомпенсации» (А.Адлер, 1998). Было показано, что основным механизмом компенсации и сверхкомпенсации дефекта оказывается постановка этого дефекта в центр внимания индивида и создание над ним некой «психологической надстройки», компенсирующей природный недостаток настойчивостью, тренировкой и использованием других, замещающих дефектную, функций. Тогда, природный дефект, выступает как фактор, организующий психику таким образом, чтобы была возможна максимальная компенсация, при этом «воспитывает огромную настойчивость в упражнении и развитии всего, что может компенсировать данный дефект» (А.Р. Лурия, 1968, 1979).

Таким образом, дефект признавался теперь не как статическое и раз и навсегда закрепленное образование, но как динамический фактор, способный организовывать психику, компенсируя или даже сверхкомпенсируя сам этот дефект.

Данный постулат перевернул всю систему специальной педагогики, задачей которой теперь становился поиск путей, способных «связать педагогику дефективного детства с общими принципами и методами социального воспитания, найти такую систему, в которой удалось бы органически увязать специальную педагогику с педагогикой нормального детства» (Л.С. Выготский, 1984).

Критика специальной школы была основана на том, что создание специальных условий не выводит ребенка с ограниченными возможностями развития из его изоляции, вызванной дефектом, а напротив еще более усугубляет ее, развивая в ребенке лишь те навыки, которые усиливают отрицательное влияние дефекта на его личность. Особые привилегии, специальные условия и исключительное отношение к ребенку с ограниченными возможностями развития не способствуют успешной социальной адаптации, но, усиливая негативное влияние дефекта на формирование личности, приводят к полной неспособности такого ребенка занять адекватную социальную нишу в будущем и реализовывать себя в качестве полноправного члена общества. Это негативное влияние дефекта в условиях изоляции, нарушающее нормальный процесс формирования личности, было названо Л.С. Выготским «социальным вывихом», ситуацией, когда смещаются, нарушаются те системы, которые определяют все функции общественного поведения ребенка (Л.С. Выготский, 1982, 1984).

Мировая практика показывает, что дети, с раннего возраста обучающиеся совместно с детьми с ограниченными возможностями развития более своих сверстников, обучающихся отдельно от таких детей, склонны к проявлению доброжелательности, более охотно взаимодействуют и сотрудничают с окружающими, проявляют большую терпимость и толерантность. Результаты наблюдений свидетельствуют, что здоровые дети принимают детей с ограниченными возможностями развития как партнеров, нуждающихся в помощи. Большинство школьников положительно относятся к появлению ребенка с ограниченными возможностями в своем классе и в школе, они готовы принять его как равного партнера по общению.

Социальные сети ребенка с ограниченными возможностями развития - это связи, которые устанавливаются между ним и теми, кто оказывает ему наиболее значимую поддержку, образуют невидимую глазу, но ощутимую для проблемного ребенка «естественную систему поддержки» (Усанова О.Н., 1995). Именно социальные сети образуют для ребенка с ограниченными возможностями развития ту необходимую систему поддержки, которая позволяет ему сохранять свою психическую и физическую целостность. Это тот ресурс, в котором такой ребенок черпает силы для мобилизации своих возможностей, который придает ему

уверенности, оказывает положительное воздействие на всю систему его мировосприятия и самовосприятия.

В процессе позитивного опыта межличностного взаимодействия социальные сети рождают у ребенка с ограниченными возможностями развития чувство принадлежности к социуму, сопричастности с миром, повышая его самооценку, чувство собственной значимости и ценности, усиливая адаптационные возможности.

На сегодняшний день преимущественными видами обеспечения прав детей с ограниченными возможностями развития в сфере образования являются интегративное и инклюзивное образование.

Интеграция предполагает приведение потребностей детей с психическими и физическими нарушениями в соответствие с системой образования, остающейся в целом неизменной, неприспособленной для них. Дети с ограниченными возможностями развития посещают массовую школу, но не обязательно учатся в тех же классах, что и другие дети. Необходимо подчеркнуть, что интеграция ребенка с ограниченными возможностями развития в школу не предопределяет его включение в систему этой школы. Интеграция такого ребенка означает только помещение его в среду школы, без создания для него условий, позволяющих стать полноценным членом школьного коллектива.

Уверенность в том, что само по себе физическое помещение ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательный класс приведет в конечном итоге к его социализации там, поверхностно. Присутствие такого ребенка в классе с нормально развивающимися детьми, к сожалению, чаще всего приводит к непринятию этого ребенка не только ученическим коллективом, но и педагогами школы.

Исследования Л.М. Шипициной, 2002; В.И. Лубовского, 1989; Р.В. Овчаровой, 2006; Г.Ф. Кумариной, 2003; С.А. Беличевой, 1994 и др. показали, что существующий подход к детям с ограниченными возможностями развития в современной системе образования приводят к формированию «проблемного» поведения таких детей в образовательной среде. Г.Ф. Кумарина акцентирует внимание на том, что при 8-10% биологических, органических трудностей и нарушений развития в детской популяции, нарушение условий развития детей приводит к тому, что количество детей, нуждающихся в психолого-педагогической коррекции, возрастает до 30%, а в сельской местности до 50%.

Инклюзивное образование предполагает, что разнообразию потребностей учащихся с ограниченными возможностями развития должен соответствовать широкий набор возможностей. Этот принцип означает, что все дети должны быть изначально включены в образовательную и социальную жизнь школы по месту жительства.

Только целостное понимание инклюзии, как образовательного процесса, создающего среду и возможности для всех детей быть вместе во время обучения, включая детей с инвалидностью, позволит решить проблемы социального принятия и гармоничного развития личности такого ребенка. Саламанская декларация (1994) определяет инклюзию как реформу, поддерживающую и приветствующую различия каждого ученика. В отличие от интегрированного обучения, при котором включение ребенка в массовую школу, не меняет при этом систему подходов к оценке и обучению такого ребенка, что приводит к приспособлению, адаптации ребенка с ограниченными возможностями развития к требованиям школы без учета его потребностей и особенностей, инклюзивное образование отстаивает принцип разности детей при равенстве их прав.

Попытка интегративного образования вернуть учащихся с особыми потребностями в массовую школу не уравнивает детей в их правах и возможностях. Дети с ограниченными возможностями развития попрежнему учатся в отдельных классах, а если они и помещены в общий класс, то там они обычно испытывают на себе социальную изоляцию и неприятие сверстников и учителей, не готовых к процессу интеграции. Существенный недостаток такой модели обучения заключается в том, что преподаватели, не сумевшие организовать процесс обучения таким образом, чтобы были учтены индивидуальные потребности каждого ребенка, вынуждены оставлять такого ребенка за рамками общего учебного процесса. В этот момент ребенок с ограниченными возможностями развития должен ждать специальной помощи учителя, и таким образом, оказывается снова исключенным из всеобщего процесса обучения и из жизни класса в целом. Полученные данные свидетельствуют, что здоровые школьники не стали чаще общаться с детьми с ограниченными возможностями здоровья, не произошло и повышения уровня мотивации и улучшения уровня учебных результатов таких детей.

Интеграция детей с ограниченными возможностями развития не только не способствовала развитию их личностного потенциала, но напротив, препятствовала формированию адекватной, успешной самооценки, способствовала развитию и закреплению негативного образа Я такого ученика.

В отличие от интеграционной модели образования, инклюзивная предполагает такую форму устройства процесса обучения, которая позволит всем без исключения учащимся в полном объеме участвовать в жизни коллектива. Такая модель реализуется за счет ресурсов, направленных на стимуляцию равноправия всех обучающихся и их участия во всех аспектах жизни коллектива. Этими ресурсами, в первую очередь, может стать развитие у всех учеников способностей, необходимых для

общения. Данный метод особенно актуален, когда речь идет о детях с ограниченными возможностями развития, которые вследствие своего замкнутого, закрытого образа жизни, обладают малым опытом межличностного взаимодействия и их коммуникативные способности обычно не развиты.

Последняя редакция федерального закона США «Об образовании людей с ограниченными возможностями здоровья» поддерживает практику инклюзии. Закон настаивает на включении детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательную среду, на прохождении ими общеобразовательной программы, поощряя при этом преподавателей и специалистов разных профилей работать с учениками с особенностями развития.

В российской системе образования одной из основных сложностей, встающих на пути внедрения инклюзивного образования, становиться как раз преодоление стереотипа восприятия ребенка с ограниченными возможностями развития педагогами общеобразовательных учреждений. Как показывают исследования, учителя начальных классов относятся к детям с ограниченными возможностями здоровья более лояльно, чем педагоги среднего и старшего звена. Общеизвестно, что в начальной школе с первого по четвертый класс большее количество детей с нарушениями интеллекта и задержкой психического развития обучаются в общеобразовательных учреждениях. Однако уже в пятом классе их количество значительно уменьшается за счет перевода таких детей в специальные (коррекционные) образовательные учреждения VII-VIII видов или специальные коррекционные классы.

Ранее существовавшая система специализированного обучения показала, что индивидуальный подход применялся лишь в случае «крайней необходимости». Дилеммой специального образования является то, что оно, с одной стороны, позволяет идти навстречу особым потребностям учащихся в медицинских, педагогических услугах, а с другой стороны, препятствует социальной интеграции детей с ограниченными возможностями развития, способствует их социальному исключению, сегрегации и ограничению жизненных шансов. В инклюзивных школах каждый ребенок должен быть обеспечен психологической поддержкой, вниманием, необходимыми условиями, которые позволят ему достичь лучших учебных результатов, а главное, создадут возможность качественного межличностного взаимодействия.

Основные принципы, положенные в основу концепции инклюзивного образования определяют за каждым человеком право на общение и право быть услышанным:

Постулат «все люди нуждаются друг в друге, в поддержке и дружбе ровесников» определяет инклюзивную модель образования как способную быть осуществленной только в контексте реальных взаимоотношений.

Методология и идеология инклюзивного подхода, таким образом, прямо указывает на необходимость и возможность развития коммуникативных навыков детей с ограниченными возможностями развития, развитие их способности к общению и взаимодействию, как на условие построения равных партнерских взаимоотношений в условиях общего образования. Отсюда вытекает, что развитие коммуникативных навыков у детей с ограниченными возможностями развития является тем личностным ресурсом, использование которого способствовало бы вхождению в детский коллектив инклюзивной школы и быстрой адаптации в нем.

Эффективная коммуникация детей с ограниченными возможностями развития и учащихся общеобразовательной школы позволит ученику с ограниченными возможностями здоровья не только безболезненно войти в детский коллектив, но стать его неотъемлемой частью, принятой и принимающей живое непосредственное участие во всем, что в этом коллективе происходит.

Список литературы:

1. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов / Пер с англ. А.А. Валеева и Р. А. Валеевой. – Ростов н/Д.: Феникс, 1998. – 448 с.
2. Выготский Л.С. Мышление и речь. Собр. соч.: В 6 т. / Л.С. Выготский. – Т. 2. – М.: Педагогика, 1982. – С. 5-361.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 4 / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1984. – С. 41, 75, 144.
4. Леонтьев А.Н., Лурия А.Р., Смирнов А.А. О диагностических методах психологического исследования школьников // Сов. педагогика, 1968. – № 7.
5. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М., 1989. – 86 с.
6. Лурия А.Р. Язык и сознание / А.Р. Лурия. – М. Изд-во МГУ, 1979. – 319 с.
7. Саламанкской декларации о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. - Саламанка, Испания, 7-10 июня 1994:
8. Усанова О.Н. Дети с проблемами психического развития / О.Н. Усанова. – М.: НПЦ «Коррекция», 1995.
9. Фельдштейн Д.И. Психология развития человека как личности в 2-х тт./ Д. И. Фельдштейн. – М., 2005.
10. Шипицина Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе / Л.М. Шипицина. – М. Институт общегуманитарных исследований, 2002.

CHILDREN'S LANGUAGE DISORDERS AND DEVELOPMENT OF FATIGUE TO FOLLOW

Julija Andrejeva

Klaipeda University Health scientific faculty,
Department of Rehabilitation, Lithuania

Dysarthria is defined as a neurological motor speech disorder characterized by slow, weak, imprecise and/or uncoordinated movements of the speech musculature. For adults dysarthria doesn't lead by speech apparatus destruction but for children dysarthria is often lead by word pronunciation upset and as consequence reading and writing skills disorder. Speech disorders during dysarthria can be corrected by speech therapists lessons (Yorkston K.M, Beukelman D.R, Strand E.A, Bell K.R, 1999).

The aim of the research was to analize speech disorder in children population thus fatigue relationship. So the general tasks of research were to describe main speech disorder forms thus to distinguish most appearing one and which one is most has an impact to child speech development disorder; to analize fatigue and chronique fatigue syndrome; to analize physical therapy methods which are effective to decrease fatigue level.

Multidimensional Fatigue Inventory by Smets, Garssen, Bonke, de Haes); Dutch Fatigue Scale. Results were statistically significant at $p<0, 05$. Microsoft Office 2010, Excel package were used to count a research results were used as the main research methods.

As a result of study we came to some conclusions. Among them are like these. For children with dysarthria fatigue level is more significant that for children without dysarthria, results were statistically significant, $p<0, 05$. Posture disorder for children with dysarthria was statistically significant higher than among children without dysarthria, $p<0, 05$.

So we can conclude the spastic form, which is most common form to appear and has a highest impact to a fatigue level and chronic fatigue syndrome, and the solution must be accepted in collaboration with speech therapist and physical therapist, by choosing a complex methods and a further research to be performed later.

How the dysarthria and fatigue are related?

Spastic dysarthria results from damage to the pyramidal tract. Recall that most pyramidal tract cells originate in the cortex of the precentral gyrus of the

frontal lobe which is also known as the motor strip. The pyramidal tract fibers that carry messages to the spinal nerves are called the cortico spinal tract. The part of the pyramidal tract that sends information to the cranial nerves involved in speech and swallowing is called the cortical bulbar tract. According to Dworkin (1991), spastic dysarthria is characterized by "Generalized hypertonicity", weakness, immobility, abnormal force physiology, and exaggerated reflexes of virtually all muscles of the speech mechanism produce obvious dysfunction of the articulation subsystem. Speech is slow-labored, and imprecise articulatory efforts, compounded by disturbances of respiration; resonation, and phonation often render speech unintelligible.

A potentially complicating factor in the classification of dysarthria type is speech severity. There is no standard measure of speech severity in dysarthria, but estimates of speech intelligibility are often used to index the extent to which neurological disease affects the speech mechanism (Kent R. D. et al., 1989). The main barrier to separating effects of severity from types of dysarthria, or other potential classification variables, has been the lack of relevant analyses from sufficiently large number of speakers with different dysarthria types and various levels of severity (Yunjung Kim; Raymond D. Kent,and Gary Weismer; 2011).

The management of fatigue is an important issue in society and there is increasing interest in the development of objective non-invasive systems that can be used to assist the identification and management of fatigue in both health and workplace settings (e.g., military operations, extended hours performed by medical workers) (Friedl et al., 2007). Assessment of the acoustic properties of speech provides reliable insight into damage and injury to the central nervous system (CNS), as speech often changes as a function of variety of insults, including neuromuscular degenerative disease (Folker et al., 2010) or brain injury (Ziegler et al., 1993). Even in healthy adults, changes in acoustic properties occur in response to environmental (Lieberman et al., 2005), physical (Patil and Hansen, 2008), and pharmacological (Hollien et al., 2001) challenges. It is well accepted that speech changes as healthy individuals become physically fatigued (Whitmore and Fisher, 1996) with studies showing changes in timing (Bard et al., 1996) and pitch (Harrison and Horne, 1997).

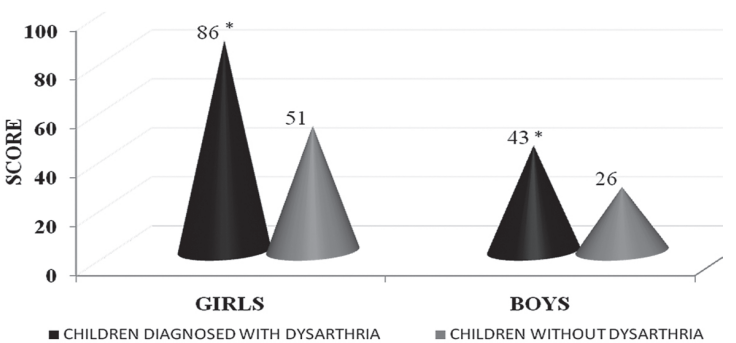
The methods of the research were Multidimensional Fatigue Inventory (by Smets, Garssen, Bonke, de Haes) MFI-20; Dutch Fatigue Scale; Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20).The MFI is a 20-item self-report instrument designed and validated by Smets et al. 1995. It measures five dimensions of fatigue: general fatigue (referring to the general functioning of the subject, with statements, such as "I feel tired"), physical fatigue (somatic sensations directly referring to tiredness, e.g. "Physically I feel only able to do a little"), mental fatigue (referring to cognitive symptoms, such as having difficulty in concentration, e.g. "It takes a lot of effort to concentrate on things"), reduced motivation (reflecting the motivation to start any activity, such as 'I dread having to do things.') and reduced activity (a potential consequence

of subjective fatigue, such as “I think I do very little in a day”).The score on each item ranges from 1 (no fatigue) to 5 (very fatigued). The score in each dimension ranges from 4 (no fatigue) to 20 (highest possible fatigue). The time frame was 90 days (Unal G, de Boer J.B, 2001).

Therefore, separate scales were developed to assess general fatigue (DUFS) The DUFS assesses generic aspects of fatigue defined as an overwhelming, sustained sense of exhaustion and decreased capacity for physical as well as mental work (Tiesinga Lucas J., Dassen Theo W.N., Halfens Rund J.G., 1998). (The scale consists of nine items with five response alternatives ranging from 0=no to 4=yes. Time frame was 3-5 days. The reliability of all scales was examined with the internal consistency coefficient Cronbach’s alpha for each MFI subscale and DUFS. In general a Cronbach’s alpha≥0.80 is considered sufficient (Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H., 1994).

Research subjects n=40. n=20 children with diagnosed spastic dysarthria, and n=20 children without dysarthria. Subject’s age 10±2,1year. Boys n=20, Girls n=20. The participants were asked to fill the questionnaires within 5 next days. All questionnaires were brought back (100%). Results were statistically significant at p<0, 05. Microsoft Office 2013, Excel package were used to count a research results.

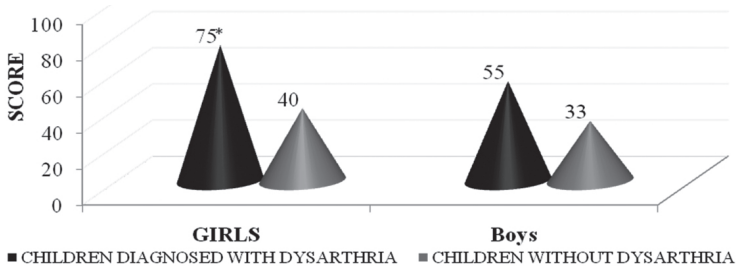
Results of the research.



Picture 1 MFI-20

Assessing the results of the multi dimentional fatigue inventory, it is shown that the fatigue level for children diagnosed with spastic dysarthria is higher than for children without dysarthria. The girls fatigue level is higher in both groups. Accordingly, girls with dysarthria (86±2.1) marks, without dysarthria (51±3.4) marks, the different between the groups is statistically significant, p<0.05. Comparing intersexual fatigue level in both groups, research results have shown, that girls fatigue level for children with dysarthria is higher than the boys, accordingly, girls (86±2.1) marks, (43±5.8), p<0.05. Group without dysarthria, accordingly girls (51±3.4) marks, boys without dysarthria (26±7.7)

marks, $p<0.05$. Comparing MFIS-20 results, just in a boys group, the results shown, that boys with disarthria showed a higher fatigue level than boys without dysarthria, accordigly (43±5.8) and (26±7.7), $p \geq 0.05$.



Picture 2 DUFS

Assessing general fatigue level for children with dysarthria in a long term aspect the results have shown, that girls' fatigue score is higher that the boys is. Statistical significant difference in DUFS scale was just in intersexual comparison of the scale for children with dysarthria group. Comparing separately just the boys group and the girls group, the children with spastic dysarthria fatigue level is significantly higher than the control group without dysarthria. Girls with dysarthria (75±4.4), boys with dysarthria (55±6.1), $p \leq 0.05$. Children without dysarthria: accordingly girls (40±2.9), boys (33±5.3), $p \geq 0.05$.

Assessing the results of the multi dimensional fatigue inventory, it is shown that the fatigue level for children diagnosed with spastic dysarthria is higher than for children without dysarthria. The girls fatigue level is higher in both groups. It can be explained of multi factorial nature of fatigue. The ethiology of fatigue is unknown, that's why scientists are making a statement about, that fatigue unclear nature (Berger, 2003). Fatigue is multi dimentional phenomena, which has physical, behavioral and psychological aspects (including and cognitive part) (Lewis & Wessely, 1992). Thus fatigue was documented as a mean symptom and complain for a significant number of patients and people with a chronic and life threatening conditions (Hofman, Ryan, Figueroa-Moseley, Jean-Pierre, & Morrow, 2007), for psycho conditions diagnosed patients (van der Linen et al., 2000). Additionally, fatigue was confirmed as a very widely spread symptom among healthy subjects (e.g. Pawlikowska et al., 1994; Rosmalen, Neelman, Gans, & de Jonge, 2007).

Assessing general fatigue level for children with dysarthria in a long term aspect the results have shown, that girls' fatigue score is higher that the boys is. Comparing separately just the boys group and the girls group, the children with spastic dysarthria fatigue level is significantly higher than the control group without dysarthria.

MFI -20 is a useful tool to assess a short period of time fatigue score, thus DUFS is a very operative and obvious tool to assess and long term fatigue level and chronic fatigue syndrome in aspect of a different type of pathology. In both scales, the results showed that the girls fatigue level is higher the boys are.

Chronic fatigue syndrome is lead by long lasting fatigue, which is not unavoidable even after a long rest. Chronic fatigue syndrome appearance is determined by vegetative NS regulative centers neurosis, which conditioned zones responsible for decay processes slowdown (Werbach M.R., 2001). It was a theory raised that chronic fatigue syndrome has the same multi factorial nature as a fatigue does (Wessely, Hotopf, & Sharpe, 1998). Provocative factors are: unbalanced emotional workload with insufficient physical activity (workload). The risk group is the people from mega polices.

Cognitive-behavioral model of fatigue within the chronic fatigue syndrome raises a very interesting hypothesis about, that negative emotions and highly raised standards and expectations and expectations disappointment determines permanent presence of high level fatigue (Surawy, Hackmann, Hawton, & Sharpe, 1995).

The correction methods for dysarthria and fatigue should be directed in multi directions. The work must be performed as a team results under strict control of according specialty professionals, consulting and taking into account new following researches results and practically implementing such modules of physical therapy, occupational therapy, psychology into a patient quality of life and wellness improvement: muscle tone correction (Ai Chi, Yoga, Pilates, Swiss Ball, Aquatic therapy); Fine Motor correction: drawing, plasticine, occupational therapy. Face Massage, tongue massage, mimic improvement, articulation muscle correction, salivation correction, respiration capacity thus voice tone correction (diaphragm breathing).

We can conclude the spastic form, which is most common form to appear and has a highest impact to a fatigue level and chronic fatigue syndrome, and the solution must be accepted in collaboration with speech therapist and physical therapist, by choosing a complex methods and a further research to be performed later.

References:

1. Berger, A.M., VonEssen, S., Kuhn, B.R., Piper, B.F., Agrawal, S., Lynch, J.C., et al. (2003). Adherence, sleep, and fatigue outcomes after adjuvant breast cancer chemotherapy: Results of a feasibility intervention study. Oncology Nursing Forum, 30, 513-522.
2. Dworkin James Paul. Motor speech disorders: a treatment guide. Mosby-Year Book, 1991 - 351 psl.
3. Folker, J. E., Murdoch, B. E., Cahill, L. M., Delatycki, M. B., Corben, L. A.,and Vogel, A. P. (2010). “Dysarthria in Friedreich’s ataxia: A perceptual analysis,” Folia Phoniatr. Logop.62, 97–103.
4. Friedl, K. E., Grate, S. J., Proctor, S. P., Ness, J. W., Lukey, B. J., and Kane,R. L. (2007). “Army research needs for automated neuropsychologicaltests: Monitoring soldier health and performance status,” Arch. Clin. Neuropsychol. 22(Suppl. 1), S7-S14.

5. Harrison, Y., and Horne, J. A. (1997). “Sleep deprivation affects speech,”Sleep20, 871-877.
6. Hofman M, Ryan J.L, Figueroa-Moseley C.D, Jean-Pierre P, Morrow G.R.Cancer-related fatigue: the scale of the problem. Oncologist. 2007;12 Suppl 1:4-10.
7. Hollien, H., DeJong, G., Martin, C. A., Schwartz, R., and Liljegren, K.(2001). “Effects of ethanol intoxication on speech suprasegmentals,”J. Acoust. Soc. Am.110, 3198–3206.
8. Kent, R. D., Kent, J. F., Weismer, G., Martin, R., Sufit,R. L., Brooks, B. R., & Rosenbek, J. C. (1989). Relationships between speech intelligibility and the slope of second formant transitions in dysarthric subjects. Clinical Linguistics & Phonetics, 3, 347–358.
9. Lewis G, Wessely S. The epidemiology of fatigue: more questions than answers. Journal of Epidemiological Community Health. 1992;46:92-97.
10. Lieberman, P., Morey, A., Hochstadt, J., Larson, M., and Mather, S. (2005).“Mount Everest: A space-analog for speech monitoring of cognitive deficits and stress,” Aviat., Space Environ. Med.76, 198–207.
11. Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994) Psychometric Theory, 3rdedn. New York [etc].: McGraw-Hill.
12. Patil, S. A., and Hansen, J. H. (2008). “Detection of speech under physical stress: Model development, sensor selection, and feature fusion,” inInterspeech-2008(Brisbane, Australia), pp. 817–820.
13. Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, et al.Development of a fatigue scale.J Psychosomatic Res1993;37:147–53.
14. Rosmalen JG, Neeleman J, Gans RO, de Jonge P. The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort.J Psychosom Res. 2007 Mar;62(3):305-11.
15. SmetsE.M.A., GarssenB., BonkeB., De HaesJ.C.J.M. The multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. Journal of Psychosomatic Research. Volume 39, Issue 3, April 1995, Pages 315–325.
16. Surawy C, Hackmann A, Hawton K, Sharpe M.Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach.Behav Res Ther. 1995 Jun;33(5):535-44.
17. TiesingaLucas J., DassenTheo W.N., HalfensRund J.G. DUFS and DEFS: development, reliability and validity of the Dutch Fatigue Scale and the Dutch Exertion Fatigue Scale. International Journal of Nursing StudiesVolume 35, Issues 1–2, February–April 1998, Pages 115–123.
18. Unal G, de Boer JB, Borsboom GJ, Brouwer JT, Essink-Bot M, de Man RA. A psychometric comparison of health-related quality of life measures in chronic liver disease. J Clin Epidemiol 2001;54:587–96.
19. Werbach M.R. Nutritional strategies for treating chronic fatigue syndrome // Altern Med Rev. 2001. Feb; 6(1): 4-6.
20. Wessely S, Hotopf M, Sharpe M. Chronic Fatigue and its Syndromes. Oxford University Press, 1998.
21. Whitmore, J., and Fisher, S. E. (1996). “Speech during sustained operations,” Speech Commun.20, 55–70.
22. Yorkston K.M, Beukelman D.R, Strand E.A, Bell K.R: Management of Motor Speech Disordersin Children and Adults. Austin, Pro-Ed, 1999.
23. Yunjung Kim; Raymond D. Kent,and Gary Weismer; (2011). Journal Of Speech, Language, And Hearing Research: JSLHR [J Speech Lang Hear Res] 2011 Apr; Vol. 54 (2), pp. 417-29.
24. Ziegler, W., Hartmann, E., and Hoole, P. (1993). “Syllabic timing in dysarthria,”J. Speech Hear. Res. 36, 683–693.

PUPPETEERS AND MEDICAL EXPERIENCES OF JOINT PROJECTS IN LITHUANIAN

Salomeja Burneikaite

Klaipeda University Health scientific faculty,
Department of Rehabilitation, Lithuania

The study presents the usage of possibilities of puppet therapy in the practice of Lithuanian puppet theatres. In this study on the subject are concept of puppet therapy, its origin in the history of theatre, the usage of puppet therapy in projects of Lithuanian puppet theatres and experience of cooperation between puppeteers and medics. The study also provides data of empirical research that shows, what practicians of Lithuanian puppet theatre know about expedient and motivated puppet therapy and how they use it in their practice.

Puppet is unanimated object, bound up with play or it can be attributed of theatre art as well. Even in antique Greece, as well as in many oldest cultures of the world, puppets were used not only for esthetical effect. In different eras people performed rituals with puppets and masks. It is already noticed that puppets accompany man from the oldest times and effect his emotions. In many nations' rituals puppets and masks were used by shamans and children played with puppets during all times as well. In this activity has also been noticed the therapical function of puppets, however the concept of *puppet therapy* belongs to our times.

In many countries – psycho therapists, psychologists, special and social educators, artists of puppet theatre – in their practice often requisite various means from puppet theatre and use expedient and therapeutically orientated methodic. In Lithuania one can also notice beneficial puppets' and puppet theatres' effect, but as method it is used very rare. It is a lack of consistent and purposeful described researches of puppet theatre therapy. It is the field of art therapy, as *puppetry* unifies many fields of the fine art (drawing, sculpture, textile, paper plastic, etc.) and theatre elements (alive action, movement, music, masks, puppets, light, etc.); all these elements go together with tales and games therapy.

Long time puppet theatre was linked to children, disports and cultured way of spending spear time. As time has changed and communication among nations appeared, it turned out that puppets may serve public needs much wider and may become expediently used as a therapy mean. In this sphere Lithuanian puppeteers manifested themselves as art specialists and educators. Now puppeteers experiment and seek for knowledge about expedient puppet therapy application in social work, education, psychotherapy, ergo therapy and other fields in contemporary conditions. *The goal of this study* – to discuss a concept of puppets' and puppet theatre's therapy and their scope in practice; also to present experience of Lithuania's puppet theatre's practice in the field of puppet therapy. *Research methods* – evaluation of scientific literature and empirical research; questionnaire, case investigation, observation while taking part in action.

The Concept and Origin of Puppet Theatre Therapy. Puppet, by its image very close to minimized human model, has very long history not even as a "toy", but also typically reveals human‘s relation with environment. Puppet helps to comprehend the world through symbols. Children, while involving themselves into game, reiterate the models of adult's world that reveal in front of their eyes as the ritual of becoming part of public. From the history of puppet theatre we know that first puppets were devoted not for playing games, but for performing rituals (Burneikaite, 2012; Князева, 2002; Skuratova, 2005; Голдовский, 2004) and the rituals were performed having an intention of healing as well. The contemporary concept of puppet therapy determines the way of healing, while using puppets. They can be drawn; created, constructed, dressed, one can talk about them and with them and create different plots. One can play with puppets or perform a role play, do something with them; in some languages this action is described in one word, for example, "play" or "играть" (in Russian). The base of theatre art is compound from a particular organized *action*, when the process is going *now, here* and *with me*, id est, with person that is directly taking part in it. Such an action is close to an ancient ritual process, where people used to participate with puppets and masks and perform actions that expressed their attitude towards the world. Masks, as well as puppets, hiding an acting person, conditionally provide some new or different properties for reflected form.

The history of puppet theatre testimonies the usage of puppets in the purpose of healing in different countries (Голдовский, 2004). For example, Indians from Panama‘s Cuna tribe from generation to generation transmitted the tradition of woodcarving puppets not for playing, but for healing only. For sick person they used to bring the powwow, who circled puppets around the patient. The quantity of puppets depended upon how sick the patient was. There is a ceremony, known in Japan, when all diseases of the patient were put on a special puppet, then this puppet was seated in a paper ship and cut adrift. When the ship moistened, the puppet and all diseases used to drown together with the ship. Nations that live in Russia, also have similar ceremonies.

Though usage of puppets having a purpose to heal is identifiable from everlasting, yet the concept of puppet therapy emerged only in the beginning of twentieth century (Голдовский, 2004). Doctor - neuropathologist Malcolm Rait from Wales in 1926 used puppets and puppet performances as a preventive method of healing that helps to overcome children‘s neurosis. Eventually this way of healing dispersed and was named for puppet therapy. In many countries - USA, Great Britain, Germany, the Netherlands, Russia and elsewhere – great effect is reached in this field, as puppets are used both for children and adult healing. It is assessed, that puppets could be used successfully to restore patient‘s movement functions after they have been disconcerted. The puppeteers from Russia their researches in this field started in 1917–1922. They were seeking for methods that could help children with assistance

of puppets to overcome stammer and to recover after various neurotic stresses; also they were researching children with movement disability and other.

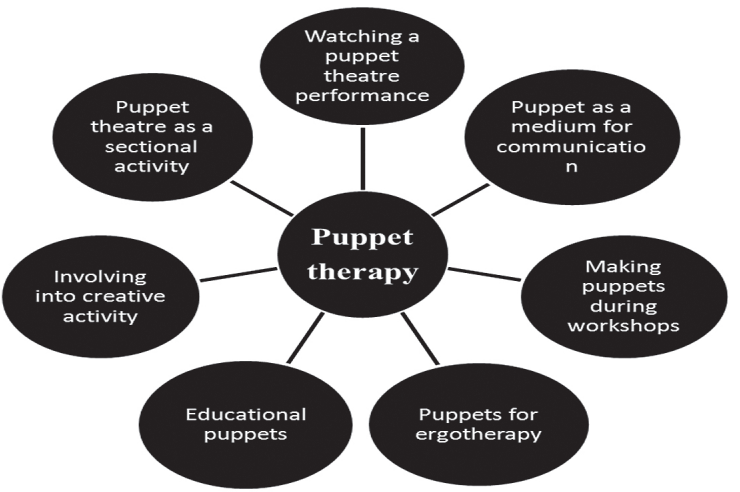
It is important to notice, that from the first steps of this research medics and puppeteers were looking for cooperation. In 1920 Institute of Children orthopaedics under the name of professor G. I. Turner in Saint-Petersburg together with "Teatr Petrushki" (under the leading of E. Demmeni), consistently have been working in this field of puppet theatre therapy. The remark of Doctor N. Shnirman, that was documented and reached our days, says: "The institute of Turner is trying to recover all sinews of those children who were strucked by any kind of physical disability; and this purpose is reached in two ways: orthopaedists eliminate the disability by improving the function of damaged organ, while educators are working with child and are forming his personal features. The first contributors of therapic effect seem to be joy of life, smile and laugh. Many sick children have no possibilities to attend the Drama theatre. They lie in their beds for many weeks or months, as they are treated by "extension". The theatre of glove puppets, while bringing a small screen, can grant a moving spectacle for those children. A child, who sees only an empty wall of the room for a long time, now is involved into the search of penguin Lolo in the freezing ocean, reads a "Letter from Italy", laughs together with puppets, etc. I am talking about lying children. Besides, traditional Petrushka is a crook-backed itself, so it is very close to those sick children" (Шнирман, 1934). Hereby in the beginning of the twentieth century puppeteers and medics together started to search for effective methods of puppet therapy. When it was proved that puppets not only teach, but heal as well, puppeteers started to visit hospitals with puppet performances, helping children to overcome consequences of various stresses and to get better.

Since 1920 there have been organized various seminars of specialists that work with puppets in many countries. During those international meetings puppeteers can exchange methods of their work and receive new data from medics. It happens that sometimes puppeteers take up healing quite successfully. When we recall, that from the oldest times puppeteers beside their own trade were acting as oracles as well, it turns out that this tradition has been extended and developed.

Mr. M. Aronoff, who works at Scottish Mask and Puppet Centre in Great Britain and consults puppeteers of special needs, had provided very valuable remarks. When representing such a specific activity of puppeteers, he speaks about the possibility to recognize the therapeutic medium in the puppet while working both with children and adults. M. Aronoff confirms that puppet theatre in therapy can be very efficient. This idea has been maintained by historical forms of developing puppet theatre art – from the ancient rituals to contemporary puppet theatre art. The puppeteers' consultant reminds that shamans all over the world still use puppets as the spiritual guides, pathfinders or mediums between spiritual and earthly world. Through puppets in very specific way the

personal and universal human attitude towards the world is revealed; and one can see how puppets are used in healing process (Aronoff, 1996).

At the moment everyone, who wants to develop one's qualification in the field of puppet theatre, may find many ways to do it. Here we name some means of puppet theatre that could become a contemporary space or instrument for therapy and help for specialists working in various fields:



Scheme 1. Puppet therapy use space under modern conditions.

From theoretical researches of puppet theatre (Jurkowski, 1970) we know, that puppet is inanimate object. Its animation gives life to it. While animating spiritless thing, man gives energy to puppet or, we can say, conditionally impart the spirit. Without ruling man (puppeteer), who theatrically animates puppet, it would stay only inanimate object. In the whole theatre art space the theatre of puppets seems to be a wide expanse of creation that includes not only puppets, but other arts as well: sculpture, music, dance, pantomime, stenography, light art, etc. As puppets are designed for very specific use, they must be easy manageable and express symbolic meaning. They can become good helpers in many spheres, not only in therapy. That's why puppeteer, who wants to work with puppets professionally, needs good skills not only in puppet theatre art and its technique, but also particular knowledge of psychology, medicine, ergotherapy, education, social sciences, etc. – it depends on his chosen purposes and goals.

Puppets as instruments for therapy are used by many specialists from various fields. It is important, what kind of result they want to achieve, how much time they can spend for puppet therapy and to develop their competence. In Western countries therapists of general practice do not use puppets

as mediums very often. Fragmentary usage of puppets in therapical practice applies these doctors, who have minimal knowledge of any means of puppet theatre. In most cases it is pediatricians, who sustain the usage of puppets', as efficient helpers, in their work. More often puppets are used in psychotherapy, therapy of games, in drama therapy, occupation therapy, social work, also while healing the defects of speech or training healthy way of living. In all those fields puppets are created to match those special needs (Aronoff, 1996).

The Steps of Puppet Therapy in Lithuania. When national revival had started, the artists of puppet theatre and educational specialists acknowledged immensely involving effect of puppet theatre and took their first steps towards puppet therapy. These specialists, who had great skills of puppet theatre, were invited by handicapped people clubs, associations, day centers that help people to feel joy of life through creative activities. In most cases the movement of Lithuania's puppet theatre serves for occupation therapy needs and motivates creativeness and self-expression. We have people already, who watched involving and healing effect of *puppets* and *puppet theatre*, and now are trying to use this effect as expedient as possible in therapy field.

In the height of Lithuania's revival first purposeful steps towards puppet therapy were made by Kaunas National Puppet Theatre. From the foundation in 1958 its attention was focused on children's educational activity. Documents that were saved in puppet theatre's museum show that in 1990 the headmaster S. Klibavičius initiated charity action „A Smile in a Ward" and involved Kaunas puppeteers to take part in it. During this action specially created mini puppet performances were shown in many children departments of Kaunas hospitals. The idea for this action arose while getting ready for a new theatre season. Puppeteers had a wish to rejoice children, who had to spend their feast of the 1st of September (the beginning of new school year) in the hospital. The idea was sustained by the medics also. At first performances were brought to Kaunas children isolation hospital (the head physician at that time was mr. S. Panavas). They decided to continue this action of "A Smile in a Ward" and came back with other puppet programmes. The newspaper "Kauno tiesa" (1990.09.13) published an article "A Smile in a Ward" and wrote: "The little hall was stocked by thirty children of different age in their pajamas, who watched the restless Pippi Longstocking and respectable doctor Dolittle with glinted eyes. The performance was sparkling with its wonderful improvisations for the whole half an hour". About the visit of puppeteers in children hospital in 1992 the same newspaper wrote: "Joyful and unembarrassed laugh and the gale of positive emotions – these are the real medicines for sick little people. They laughed and empathized with puppets, their mothers and grandmothers were gratified and the nurses, who supervised children, thanked a lot". As we can see from this quotation, the performance was attended not only by children, but by their parents and medical stuff. This is very important, because it testifies the effect of together experienced positive emotions

and fellow-feeling. The above mentioned newspaper in 1997.04.08 wrote that Kaunas isolation hospital was visited again with a puppet performance "At nanny-goat's with the sharp horns"; this play was shown in the Eve of Easter. The medical stuff evaluated this visit, saying: "The play cleared out the hardest feast days for sick children and we think that such "an injection of good emotions" is very helpful for our patients".

The charity action of Kaunas National Puppet Theatre had lasted for about ten years. They visited Kaunas children isolation hospital, the hospital of Red Cross, Kaunas third hospital and Panemune children garden, school and sanatorium. Later hospitals were visited only occasionally and as there were no possibilities to fund this action, it had to end up eventually.

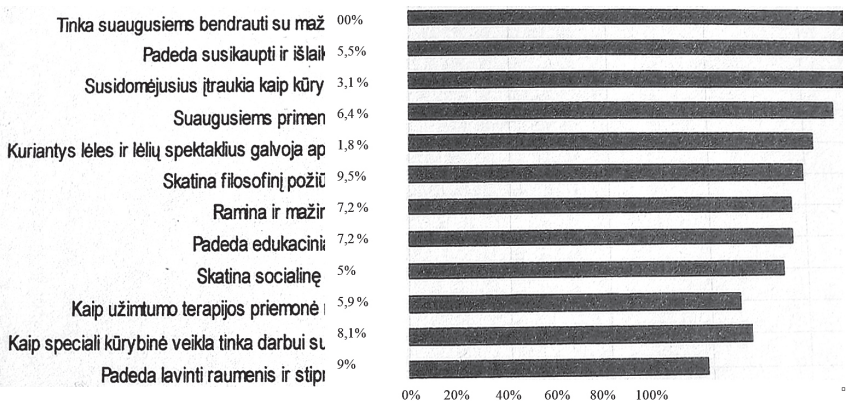
In 1991 similar activity in the field of puppet theatre therapy was started by Klaipeda's puppet theatre. In the beginning this theatre was called a puppet theatre "KU-K". The lecturer of Klaipeda's university Art department J. Januškevičiūtė organized a troupe from Art direction department's lecturers and suggested to perform a new puppet play "Giraffe in Stockings" at Klaipeda's children hospital. Both institutions were located in the same street, one in front of the other. So medical stuff sustained this idea and welcomed every new puppet performance. Of course, the puppeteers of Klaipeda tried to focus their attention on their little viewers, so from the first performances they experienced the therapy of puppet theatre and tried to analyze it. The emphatic *therapical* effect of *puppet theatre* they could watch in the period of 1991-2000, while the theatre was cooperating with Klaipeda's children hospital. At first actors brought their puppets and equipment and performed their mini programmes for the small patients straight in the lobby of the hospital. As they watched the reactions and mood range of the children, the puppeteers felt really useful, because little patients frankly rejoiced at puppets, forgetting everything in the world and trying to touch them and to talk with them. It was very important to choose the repertoire correctly, so mainly it was formed from fun tales and histories that were performed with small puppets with different design and sharp character.

Different kind of therapy was chosen by the student of puppet theatre directing A. Daukantaite. In 2004 with the assent of neurological department manager of Klaipeda's children hospital A. Savilov, she carried on an experiment with puppets. Together with specialist of kinesthesia therapy A. Savilovienė she tried to engage children by the movements of puppets. They have chosen the glove puppets in order that children could train their handbreadth. It was noticed that children, who had experienced physical injuries, got involved with specific vitality of the puppet and willingly tried themselves to handle them. Children made some painful and embarrassing movements, but kept on training the functions of muscle and joints. This experiment showed that puppet therapy fitted in children hospital may be the separate field of activity and the good will here is not enough.

When Klaipeda‘s puppet theatre became an independent institution. The new theatre initiated and implemented five projects with puppets, where handicapped children were involved. In 2005 the educational project for children with disordered audition was pursued. “Silent Theatre” project involved pupils from Klaipeda’s deaf and hard of hearing school. They relinquished any verbal means and written texts, but have chosen visual plastic, music, things and objects from theatre means. In 2005 social youth project **“**I don‘t want to dream” was implemented. It was a kind of contribution in drug prevention programme. In 2006 autumn the whole month preceded project “Puppets like People”. During this event the puppet exhibition from Kaunas National Puppet Theatre museum was organized and other 39 educational events as well. Some of them were orientated to children with seeing disability, mentally handicapped and hyperactive children, involving them in activity with puppets. In 2007 Klaipeda‘s puppeteers participated in reading inducement programme, where the project “An Evening Tale” was presented. This programme also involved handicapped children. During 2010 – new project was called “I Am You”. It was dedicated for the children with various and complex disabilities where Klaipeda Puppet Theatre worked in cooperation with the specialists of the Rehabilitation Department of the Faculty of Health Sciences of Klaipeda University. Also we can see strong position of some medics to sustain this communication. Yet only the projects with special finance maintenance can be implemented. In 2006 Klaipeda’s puppet theatre initiated a programme orientated to children with emotional disorders. But this idea remained only as future cooperation between puppeteers and medical institutions. Neurological department manager of Klaipeda‘s children hospital A. Savilov, who supported the first steps of puppet theatre in children hospital, in 2006 wrote a recommendation for this project: “Artistic-educational project “The Heaven doesn’t fall” could help children with emotional disorders to overcome their problems and could create and develop an effective method of therapy”. The doctor confirmed that the treatment of children‘s angst disorders and various phobias must be integrated. He also proved that involving parents, child‘s contemporaries, schools and other social organizations could be very effective way to solve this problem. When child is treated by individual puppet therapy, he is thought to be independent, his skills in communication are trained; also the methods of desensitizing various phobias and sectional therapy are applied.

The Summary of Empirical Research. In 2008 there was implemented a research, as we aimed to analyze puppeteers’ opinion about the possibilities of puppet theatre therapy. During the festival of amateur puppet theatres “Molinuko teatras” we gathered anonymous questionnaires from all over the country. The educators from schools and children gardens, the tutors of various circles and studies, actors, artists and art directors had answered the questionnaire, as they all use puppets in their work with people of different age.

A question “Have You noticed how puppets and puppet theatre helps in therapy” (2 scheme).

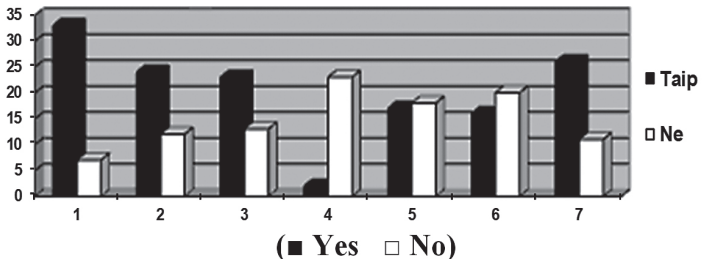


Scheme 2. Notices about puppets and puppet theatre activity in therapy.

We gave an answer that 100% of all respondents think that puppet theatre is a proper mean for communication between adults and children. Rather less (95,5%) approved that puppets help to concentrate and to focus one‘s attention; 93,1 % have noticed that, work with puppets involves other in creative process; 86,4 % of all respondents agreed that puppet theatre brings all adults back to their childhood; 81,8 % confirmed that people who create puppets and puppet shows really think about other people. Quite a large group of respondents - 79,5% - agreed with a statement that puppets promote a philosophical point of view; 77,2 % have noticed that this activity of puppet theatre calms down, decreases aggression and helps in their educational work; 75% of all respondents think that puppet theatre encourages social integration. 68,1% agreed that creation of puppets and puppet theatre serves as special creative activity while working with handicapped people. And only 59%, of all respondents think that puppets could help in training muscle and to strengthen one‘s physical power.

Most of our respondents constantly work in this field for many years. Some of them even more than 30 years. Over all 44 puppeteers of different age had answered the questions. Most of them were women. Even 24 of them were 4150 years old; 17 of them were educators; 17 had an artistical background themselves; other 3 mentioned their both artistical and educational training. Only 7 people from 44 wrote some other background. The leader of one group even had a diploma both of liberal education and specialist of kinesis therapy.

The second question aimed to analyse the knowledge of the respondents about an expedient puppet therapy employment in schools, children gardens, shelters and medical institutions, etc. during the period of 2-3 years (3 scheme).



Scheme 3. Puppeteers' knowledge of expedient puppet therapy application in Lithuania

(1 – Puppets are used very often, but never calling it a puppet therapy; 2 – I heard about it some times; 3 – I read about it in newspapers; 4 – I do not know anything about it; 5 – This is the part of my direct job; 6 – I know people who use puppets as the mean of therapy; 7 – I heard that this is very popular abroad)

In the horizontal axis of this table the number of question is marked that matches the given statement; and the vertical axis shows number of respondents. The black columns express positive answers and the white ones – negative answers.

So, the received data shows that during the last 2–3 years most of the puppeteers have heard about the possibility to use puppet theatre in therapy (24) or had read about it in some newspapers (23). 33 of them confirmed that puppets are used in therapy not calling it the puppet therapy. Only 2 from 44 said that had no idea of this thing at all. Though 17 puppeteers from 44 admitted that puppet therapy is the part of their direct work. 26 people mentioned that they heard about the popularity of this therapy abroad. Even 16 from 44 know someone else here in Lithuania, using puppets as the means of therapy.

Conclusions:

The best results of puppet theatre therapy can be reached only by cooperation and expedient coordination of activity of workers from various fields.

The fulfilled research showed that we already have specialists in Lithuania, who have any perception and knowledge about the possibilities of puppet theatre therapy. Also this study revealed from what background people come to work in the field of puppet theatre.

The work experience confirmed the statement that educators, social workers, psychologists, medics, ergo therapists, specialists of art therapy and specialists of rehabilitation should get acquainted with techniques of puppet therapy. These techniques should be included in the programmes of training the specialists of rehabilitation.

It is necessary to seek for new possibilities for medics and specialists of puppet theatre to cooperate more expedient and motivated and to use these possibilities of puppet theatre therapy in medical and other health institutions, rehabilitation and handicapped people centres.

References:

1. Голдовский Б. Энциклопедия «Куклы». Москва, 2004.
2. Князева Е. Мир кукол. Санкт-Петербург, 2002.
3. Шнирман Н. «Петрушки». Кукольные театры. Ленинград, 1934.
4. Aronoff M. Puppetry as a therapeutic medium: an introduction // British Journal of Therapy and Rehabilitation. April 1996, Vol. 3, No 4.
5. Burneikaitė S. Lėlių teatro technikų taikymas reabilitacijos procese. / Klaipeda, 2012.
6. Jurkowski H. Dzieje teatru lalek. Warszawa, 1970.
7. Skuratova J. Lėlės istorija nuo ritualo iki teatro // Lietuvos lėlių teatras: nuo ištakų iki mokyklos / sud. S. Burneikaitė/. Klaipeda, 2005.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ И УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА

Н. Н. Вишнякова, Н. И. Дьякова, Г. В. Сенченко

Красноярский государственный медицинский университет

В последние годы проблематика здоровья и факторов его сохранения все чаще становится объектом социологических и психологических исследований. Д.А. Изуткин отмечает, что теоретические исследования феномена здоровья осуществляются в рамках двух основных подходов: объективного (основанного на понимании оценки здоровья в процессе его эмпирического изучения) и субъективного, рассматривающего здоровье в его отношении к системе человеческих ценностей (Изуткин Д. А.,2011).

Широкое признание получило позитивное определение здоровья, данное ВОЗ: «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1946). Таким образом, представление о здоровье человека складывается из трех компонентов: физического, психического и социального. В настоящее время здоровье трактуется исследователями как способность к адаптации, сопротивлению, приспособлению, самосохранению и саморазвитию (Лищук В.А., 1994). Благодаря такому позитивному определению здоровья в медицине, наряду с патоцентрическим подходом (борьба с болезнями), утверждается и саноцентрический подход (направленность на здоровье и его обеспечение).

Понятие «здоровье», как и сам человек, представляется как целостное многомерное динамическое состояние человека, обеспечивающее определенный уровень жизнеспособности и жизнедеятельности за счет фундаментальных свойств - саморегуляции и адаптивности. В исследованиях Н.В. Дмитриевой, О.С. Глазачева отмечается, что степень развития

у человека способностей к адаптации определяет уровень его стабильности, в конечном итоге – здоровье (Дмитриева Н.В., Глазачев О.С., 2001).

Условиями, определяющими здоровье человека, являются внешние объективные факторы (наследственность, экология, состояние системы здравоохранения и пр.) и внутренние субъективные (образ жизни, условия, направленные на укрепления своего здоровья, отношения человека к собственному здоровью, и компетентность в вопросах здоровьесбережения). Внутренние факторы, в отличие от внешних целиком определяются активностью самой личности и принятием ответственности за свое здоровье на себя. Здоровье – это большая и значимая ценность каждого человека, оно является основным условие и залогом полноценной жизни. Какой бы совершенной не была медицина в настоящее время, она не может избавить человека от всех заболеваний, так как, каждый человек является и хранителем и создателем собственного здоровья.

Понятие самооценки здоровья как интегрального психического и физического состояния широко используется в психологии здоровья. Человек в соответствии со своей самооценкой здоровья, системой ценностей, моральных норм вырабатывает стратегию деятельности в отношении сохранения своего здоровья. Профилактика здоровья представляет собой систему государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней.

Диспансеризация является ведущим направлением в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, включающим комплекс мер по раннему выявлению заболеваний, постановке на учет и лечению больных, предупреждению возникновения и распространения заболеваний, формированию здорового образа жизни.

Для раннего выявления заболеваний и проведения необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий проводятся профилактические медицинские осмотры населения, по результатам которых все осмотренные разделяются на три группы диспансерного наблюдения:

1 группа – здоровые – лица, не предъявляющие никаких жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при обследовании не найдено отклонений от установленных границ нормы.

2 группа – практически здоровые – лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность.

3 группа – больные хроническими заболеваниями — подразделяются на лиц:

– с компенсированным течением заболевания, редкими и непродолжительными потерями трудоспособности;

– с субкомпенсированным течением заболевания, частыми обострениями и продолжительными потерями трудоспособности;
– с декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

Особенно актуальным становится вопрос представления о здоровье в среде молодежи. В этом плане очень важно изучение отношения отдельного молодого человека и различных социально-демографических групп в целом к проблеме культивирования здорового образа жизни. Заниженная самооценка своего «биологического имущества» чаще всего проявляется в невнимании к образу жизни. Пока учащаяся молодежь не будет ощущать ответственность за собственное здоровье, она не сможет воспринимать идеи по продвижению здорового образа жизни, которые основываются на необходимости изменять поведение индивидов.

Существующая проблема самосохранительного поведения учащейся молодежи заключается в противоречии между сознанием в области здоровья и реальным поведением. Именно данное противоречие определяет проблематичность выбранной нами темы, и его решение послужит решению многих исследовательских задач, поставленных в данной работе. Кроме того, изучение специфики отношения современной российской учащейся молодежи к здоровью позволит также наметить возможности ее оптимизации.

Целью нашего исследования было выявить такие особенности личности, как уровень субъективного контроля в области здоровья и соотнести эти данные с принадлежностью к группе диспансерного учета (как объективного показателя здоровья) и субъективной оценкой здоровья.

Исследование проводилось на базе университетской клиники семейной медицины КрасГМУ в период проведения планового медицинского осмотра. В исследовании приняли участие 173 респондента: 57 из них принадлежали к 1 группе, 64 ко 2 группе, 52 к 3 группе диспансерного учета.

Для диагностики особенностей личности нами использовался опросник УСК. Данная экспериментально-психологическая методика позволяет сравнительно быстро и эффективно оценить сформированный у испытуемого уровень субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями и пригодна для применения в клинической психодиагностике. Методика разработана в НИИ им. Бехтерева (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М., 1993). Для исследования самооценки здоровья нами использовалась анкета, а принадлежность к группам диспансерного учета определялась по медицинским картам.

Статистическая обработка данных включала общепринятые методы статистического анализа с использованием пакета прикладных программ Statistika 6.0. При соответствии данных нормальному распределению использовали t-критерий Стьюдента, с помощью которого анализировалась

значимость различий групп по среднему значению какого-либо показателя. Критический уровень значимости (p) принимался равным 0,05. Средние выборочные значения представлены в виде M ± m, где M – среднее арифметическое, m – ошибка средней. Описательная статистика представлена в виде процентных долей и стандартной ошибки доли.

Локус контроля является важной интегральной характеристикой личности, показателем взаимосвязи отношения к себе и отношения к окружающему миру. Теория локуса контроля опирается в своей основе на представления о внутренней и внешней локализации ответственности. Выделяют два типа локуса контроля: экстернальный и интернальный (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М., 1993).

В результате анализа интернальности в области здоровья получены следующие результаты. Из общей выборки у 66 респондентов (38,2±3,7%) имеется экстернальный локус контроля, что говорит, о том, что представители данной группы не принимают ответственность за события, происходящие в их жизни на себя. Для них характерна экстернальная позиция «я болезненный человек», которая определяет пассивность, отказ от рискованных мероприятий, отсутствие веры в эффективность лечения и профилактики. Внешний локус контроля часто определяет пониженную самооценку, чувство безысходности, депрессивный фон настроения. Об экстернальном локусе контроля говорят тогда, когда человек считает, что ситуация контролируется внешними, не зависящими от него обстоятельствами, другими людьми, случайностью, окружающей средой. Человек с низкими показателями по шкале Из считает болезнь результатом случая и надеется, что выздоровление придет в результате действий других, прежде всего врачей (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М., 1993).

Интернальный локус контроля выявлен у 107 респондентов (61,8±3,7%) $p<0,05$, им свойственна позиция «здоровый образ жизни - это путь к процветанию», что заставляет человека компенсировать недостатки своей физической конституции, добиваться улучшения качества жизни даже при неизлечимой болезни. Интернальный локус контроля проявляется уверенностью в том, что все находится во власти человека, что он сам может влиять на ситуацию, бороться с обстоятельствами, добиваться справедливости. Человек принимает ответственность за события, происходящие в его жизни, на себя, объясняя их своим характером, способностями, поведением. Интерналы более благожелательны к другим, более спокойны и уверены в себе, более популярны. Экстерналов же отличают меньшая терпимость к другим и повышенная агрессивность, повышенная тревожность, обеспокоенность, конформность и меньшая популярность. Экстерналы субъективно всегда находятся в ситуации большей неопределенности, чем интерналы из-за неконтролируемости событий собственной жизни. Чем выше неопределенность, тем выше эмоциональное напряжение. На основании данных исследования можно

сделать вывод о том, что здоровым людям в большей степени характерен внутренний локус контроля и адекватная самооценка здоровья.

При статистическом анализе результатов опросника УСК и принадлежностью к группе диспансерного учета получены статистически значимые различия по трем шкалам: общей интернальности, интернальности в области достижений и интернальности в области здоровья. Данные сравнительного анализа уровня интернальности, в зависимости от принадлежности к группе диспансерного учета представлены в таблице 1. По шкале общая интернальность (Ио) внешний локус контроля свойственен для 45,6%, а внутренний локус контроля – 54.4% респондентов из 1 группы диспансерного учета;во второй группе 56,3% - принадлежат к экстерналам и 43,8 – интерналам; в третьей группе 61,5% респондентов составляют экстерналы и 38,5% - интерналы.

Таблица 1

Уровни интернальности по шкалам УСК в группах диспансерного учета

Шкалы УСК	Локус контроля	1 гр. (n_1=57)	2 гр. (n_2=64)	3 гр. (n_3=52)	t-критерий Стьюдента
Ио	экстернальный	26 (45,6%)	36 (56,3%)	32 (61,5%)	P1,3<0,1
	интернальный	31 (54,4%)	28 (43,8%)	20 (38,4%)	P1,3<0,1
Ид	экстернальный	9 (15,8%)	17 (26,7%)	20 (38,5%)	P1,3<0,01
	интернальный	48 (84,2%)	47 (73,4%)	32 (61,5%)	P1,3<0,01
Из	экстернальный	27 (47,4%)	16 (25,0%)	23 (44,2%)	P1,2<0,05 P2,3<0,05
	интернальный	30 (52,6%)	48 (75,0%)	29 (55,8%)	P1,2<0,05 P2,3<0,05

Отмечаются значимые достоверные различия между 1 и3 группами (P1,3<0,1).по шкале Ио (общая интернальность). По шкале интернальность в области достижений (Ид) в первой группе – 15,8% имеют внешний локус контроля, а 84,2% - внутренний; во второй группе 26,6% - экстерналы и 73,4% – интерналы; в третей группе – 38,5 % - экстерналы и 61,5% - интерналы. Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями.

Такие люди считают, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем. Низкие показатели по шкале свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей.

По шкале интернальность в области здоровья (Из) в первой группе диспансерного учета 47,4% респондентов имеют внешний локус контроля, а внутренний локус контроля наблюдается у 52,6%. Во второй

группе диспансерного учета – 25,0% – имеют внешний локус контроля и 75,0% внутренний. В третьей группе – 44.2% - внешний локус контроля и 55,8% – внутренний.

При статистической обработке данных с использованием t-критерия Стьюдента, значимые различия обнаружены по шкале Ид между 1 и 3 группами диспансерного учета (P1,3<0,01). По шкале Из достоверны различия между 1 и 2 группами по экстернальности (P1,2<0,05) и различия между 2 и 3 группами по интернальности (P2,3<0,05).

При соотнесении данных, полученных при анализе самооценки здоровья с принадлежностью к группе диспансерного учета значимых различий не обнаружено (таб.1).

Таким образом, у представителей 1 группы (здоровых) высокая интернальность наблюдается лишь в 52,6% случаев при этом оценивают собственное здоровье как очень хорошее и хорошее 70,2%. Во второй группе отмечается высокая интернальность в 75% случаев и в 70,3% высокая субъективная оценка здоровья. А в 3 группе (наличие хронических заболеваний) в 55,7% случаев высокий уровень интернальности в области здоровья и высокая субъективная оценка здоровья в 65,3%.

Таблица 2

Сопряженность самооценки здоровья и диспансерной группы

Самооценка здоровья	Диспансерные группы			Итого
	первая	вторая	третья	
	Частота, % в Д/г			
Хорошее	70,2% (40)	70,3% (45)	65,4% (34)	68,8% (119)
Посредственное	28,1% (16)	25,0% (16)	28,8% (15)	27,2% (47)
Плохое	1,8% (1)	4,7% (3)	5,8% (3)	4,0% (7)

Можно предположить, что высокая субъективная оценка здоровья, полученная в результате анкетирования, и высокая интернальность в области здоровья у представителей 2 группы диспансерного учета связана с наличием опыта преодоления болезни. Человек, считающий себя виновником заболевания, часто проявляет больше желания бороться с болезнью и преодолевать ее последствия. При положительном опыте в самостоятельном преодолении болезни появляется вера в свои силы, которая помогает справляться со сложными ситуациями, избегая внутриличностного конфликта (Хорни К.,1997). Людям с внутренним локусом контроля свойственна высокая выносливость и соответственно высокая самооценка.

Однако в 3 группе при наличии в большинстве случаев высокой субъективной оценки здоровья уровень интернальности средний.

Пациент, чувствующий себя жертвой судьбы, часто бывает пассивен, надеется на чудо, безропотно сносит неудачи лечения, не пытается достигнуть большего, компенсировать себя в какой-нибудь новой деятельности. Как результат высокой самооценки здоровья при принадлежности к 3 группе диспансерного учета, т.е наличие хронических заболеваний в большей части психосоматических, говорит о формировании психологических защитных механизмов в виде вытеснения вплоть до отрицания. Эти незрелые защитные механизмы способствуют прогрессированию заболевания и его переходу в хроническую форму.

В первой группе наблюдается средний уровень интернальности в области здоровья и высокий уровень субъективной оценки. Можно предположить, что высокий уровень самооценки здоровья связан с отсутствием опыта преодоления болезни и с возрастными особенностями личности в виде оптимистических установок, а внешний локус контроля в половине случаев говорит о незрелости личности и переносе ответственности за свое здоровье на других (родителей, систему здравоохранения и др.), что в свою очередь при соответствующем образе жизни может способствовать возникновению заболеваний.

В целом, подводя итог данной части нашего исследования можно сделать вывод о том, что при проведении ежегодных диспансерных медицинских осмотров необходимо проводить психологическую диагностику, направленную на изучение самооценки здоровья и локуса контроля личности. При этом особое внимание следует уделять пациентам, которым свойственен внешний локус контроля, как один из неблагоприятных факторов в происхождении и течении заболевания. Что в свою очередь является поводом для разработки программы психологической коррекции направленной на личностный рост, личностную зрелость и адекватную самооценку.

Список литературы:

1. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля (УСК). – М.: «СМЫСЛ», 1993.
2. Дмитриева Н.В., Глазачев О.С. Полипараметрическая технология доклинической диагностики состояния здоровья человека// Профилактика заболеваний и укрепление здоровья: Научно-практический журнал МЗ РФ, 2001. - № 6. – С.41-45.)
3. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека / Е.П. Ильин. – М.: Питер, 2005. – 408 с.
4. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья: актуальные задачи, решения, рекомендации. М., 1994. – 133 с.
5. Реан А.А. Локус контроля делинквентной личности // Психологический журнал. 1994. № 2.
6. Хорни К. Наши внутренние конфликты: Конструктивная теория невроза: Пер. с англ. – СПб.: Лань, 1997.

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС РЕБЕНКА КАК ФАКТОР, ДЕТЕРМИНИРУЮЩИЙ ПРЕДПОСЫЛКИ К ФОРМИРОВАНИЮ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ

О. В. Волкова

Красноярский государственный медицинский университет им.В. Ф. Войно-Ясенецкого

Неоднократно подтверждено, что особым фактором, влияющим на развитие личности человека, является его соматическое здоровье. В настоящее время проблема уровня и качества соматического здоровья человека является острой и актуальной, что связано с ростом заболеваемости населения. Данная тенденция детерминирована ухудшением экологической обстановки, снижением уровня здоровья родителей (биологический фактор), уровня жизни семей, вредные привычки и т.д. (Ф.В.Бассин, Н.Г.Веселов, В.В.Николаева, А.Б.Холмогорова, Д.Н.Исаев, В.А.Ковалевский).

Низкий уровень соматического здоровья является одним из наиболее значимых факторов, способствующих возникновению синдрома выученной беспомощности. Будучи «благодатной почвой» для возникновения этого состояния, ослабленное соматическое здоровье остается стабильно низким, так как выученная беспомощность не способствует ориентировке человека на выздоровление, на улучшение собственного соматического здоровья. Таким образом, эти два явления (ослабленное здоровье и выученная беспомощность) симбиотически поддерживают, усиливают и взаимно укрепляют друг друга, становясь значимым препятствием на пути гармоничного, естественного психологического, личностного, физического развития ребенка. Кроме того, данный симбиоз, как уже было отмечено в данной работе, ставит в затруднительное положение диагностов в процедуре выявления первичности-вторичности, как выученной беспомощности, так и соматического недуга.

Выученная беспомощность, как форма организации жизнедеятельности, является катализатором соматического нездоровья и детерминирует снижение сопротивляемости организма вредоносным воздействиям внешней среды, способствует развитию и обострению соматических заболеваний различной этиологии.

Соматический статус является одним из определяющих факторов, как развития ребенка, так и организации всей социальной, предметной, воспитательно-образовательной среды, которая, к сожалению как показывает практика, чаще бывает ориентирована не на здоровье (как путь к выздоровлению), а на болезнь (как процесс и статус). В данном случае проблема формирования иммунитета является общей и в отношении выученной беспомощности, и в отношении соматического здоровья.

Соматический статус включает в себя понятие «здоровье», которое было впервые сформулировано Всемирной организацией здравоохранения в 1940 г. В настоящее время существует богатый ассортимент определений этого понятия, однако не существует определения, в полной мере раскрывающего его сущность.

По уставу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) феномен «здоровье» имеет следующее определение: «Здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и дефектов». Однако и это определение не является достаточно емким и универсальным, так как не может быть использовано для оценки здоровья на уровне индивидуальной жизни человека, как и для оценки здоровья на уровне популяции.

Жизнедеятельность человека обеспечивается на трех уровнях: биологическом, психическом и социальном. Взаимодействие трех уровней существования человека как единой системы, характеризуется единством и противоречием с позиции диалектики. Суть данного взаимодействия состоит в непрекращающейся борьбе социального и биологического начал в человеке, на фоне тесной взаимосвязи и взаимозависимости этих двух начал.

Первый уровень – биологическое (физическое) здоровье связано с организмом и зависит от динамического равновесия функций всех внутренних органов, их адекватного реагирования на влияние окружающей среды.

Критериями физического здоровья являются следующие параметры: болезнь (нарушение жизнедеятельности), функциональное состояние организма, резистентность организма к факторам окружающей среды, анатомические дефекты (наличие, характер и степень), психоэмоциональные и другие качества, физическое развитие (его уровень и течение).

Второй уровень - психическое (или душевное) здоровье связано с личностью и зависит от развития эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер личности, от развития самосознания личности, от осознания ценности для личности собственного здоровья и здорового образа жизни. Психическое здоровье - это состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию. Психическое здоровье относится к разуму, интеллекту, эмоциям (психологическое благополучие, уровни тревоги и депрессии, контроль эмоций и поведения, познавательные функции).

Третий уровень – социальное здоровье связано с влиянием на личность других людей, общества в целом и зависит от места и роли человека в межличностных отношениях, от нравственного здоровья социума. Социальное здоровье - мера социальной активности и, прежде всего, трудоспособности, форма активного, деятельного отношения к миру. Социальная составляющая здоровья складывается под влиянием родителей,

друзей, одноклассников в школе, сокурсников в вузе, коллег по работе, соседей по дому и т.д. и отражает социальные связи, ресурсы, межличностные контакты.

В определение соматического статуса входит понятие «болезнь». Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения болезнь - это нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и (или) морфологическими (структурными) изменениями, наступающими в результате воздействия эндогенных и (или) экзогенных, факторов.

Комплексная оценка состояния здоровья входит в число функций врача-педиатра. Вывод о состоянии здоровья может быть сделан на основе диагностики с опорой на шесть основных критериев:

1. особенности онтогенетического развития ребенка от момента зачатия до момента проведения диагностики, выявляемые с учетом генеалогического, биологического, социального анамнеза;
2. уровень физического развития и степень его гармоничности;
3. уровень нервно-психического развития;
4. уровень резистентности организма;
5. уровень функционального состояния;
4. наличие или отсутствие хронических заболеваний или врожденных пороков развития.

Исследовав и оценив состояние здоровья ребенка в соответствие с вышеперечисленными критериями, специалист имеет возможность сделать заключение о принадлежности ребенка к той или иной группе здоровья.

В классификации ВОЗ выделено пять групп здоровья детского населения.

Первая группа – здоровые дети, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций – дети, не имеющие хронических заболеваний; не болевшие или редко болевшие за период наблюдения; имеющие нормальное, соответствующее возрасту, физическое и нервно-психическое развитие (здоровые дети, без отклонений).

Вторая группа - здоровые дети, имеющие функциональные и незначительные морфологические отклонения, сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям – дети, не страдающие хроническими заболеваниями; имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения; часто (4 раза в год и более) или длительно (более 25 дней по одному заболеванию) болеющие (здоровые, с морфологическими отклонениями и сниженной сопротивляемостью).

Третья группа - дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма – дети, имеющие хронические заболевания или с врожденной патологией в стадии компенсации, с редкими и не тяжело

протекающими обострениями хронического заболевания, без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия (больные в состоянии компенсации).

Четвертая группа – дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями – лица с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации, с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным периодом реконвалесценции после острых заболеваний (больные в состоянии субкомпенсации).

Пятая группа – дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма – дети, больные с тяжелыми хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, со значительным снижением функциональных возможностей (больные в состоянии декомпенсации). Как правило, дети данной группы не посещают детские учреждения и массовыми медицинскими осмотрами не охвачены.

Распределение детей по группам здоровья в процентном отношении, выявленное ВОЗ на 2012 год: I группа - 12-14%; II группа - 40-60%; III группа - 30-35%; IV-V группы - 0,6-0,8-1,2%.

Для развития болезни необходимо сочетание факторов риска и непосредственных причин заболевания, то есть комплекс факторов, обуславливающих болезнь. Идентификация истинной причины заболевания зачастую является сложной, иногда невыполнимой задачей, так как причин может быть несколько, они взаимосвязаны, между собой, а также тесно связаны с психосоматической симптоматикой.

Всемирной организацией здравоохранения было выделено более 200 факторов, которые оказывают самое значительное влияние на современного человека. Среди них выделяют физические, химические, биологические, социальные, психологические, генетические факторы. Число факторов риска велико и растет с каждым годом: в 1960-е гг. их насчитывалось не более 1000, сейчас - примерно 3000.

Различают факторы риска первичные и вторичные.

К первичным факторам относятся:

1. нездоровый образ жизни (курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание, стрессовые ситуации, и т.д.);
2. неблагоприятная наследственность (наследственная предрасположенность к различным заболеваниям, генетический риск - предрасположенность к наследственным болезням);
3. неблагоприятное состояние окружающей среды (загрязнение воздуха канцерогенами и другими вредными веществами, загрязнение воды, загрязнение почвы, резкая смена атмосферных параметров, повышение радиационных, магнитных и других излучений);

4. неудовлетворительная работа служб здравоохранения (низкое качество медицинской помощи, несвоевременность оказания медицинской помощи, труднодоступность медицинской помощи).

Вторичными факторами считаются заболевания, которые отягощают течение других заболеваний (сахарный диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия и т. д.).

Проблемам детей с ослабленным соматическим здоровьем с точки зрения медицины посвящено большое количество работ, в них уделяется достаточно внимания утяжелению состояния при нарастании частоты эпизодов общей респираторной вирусной инфекции, обострений хронических заболеваний.

Несмотря на большое количество общеукрепляющих и оздоровительных мероприятий, разработанных традиционной медициной, проблема помощи, развития и обучения соматически ослабленных детей остается актуальной.

Существует достаточно большое количество исследований в области психосоматической медицины, касающихся именно детской практики. Основная их часть посвящена обсуждению влияния психологического фактора на возникновение психосоматических расстройств. В данных исследованиях определен сегмент заболеваний, в этиологии которых эмоциональные факторы играют неоспоримо важную роль, например: термоневрозы, дискинезии кишечника, головные боли, боли в суставах, психогенная рвота, гипо– и гипертонический синдром.

Однако в настоящее время в рамках упомянутого психосоматического направления недостаточно исследований, посвященных изучению проблемы влияния ситуации болезни на психическое развитие ребенка и адаптации психолого-педагогического процесса к соматически больному ребенку. При этом данная проблема признается объективно актуальной.

Проанализировать совокупность факторов, оказывающих непосредственное влияние на развитие личности ребенка, представляется возможным в ходе изучения отношений в рамках системы «ребенок – среда».

С позиции отечественной психологии наследственность, среда и активность являются определяющими факторами, ведущими детерминантами развития человека.

В данном случае роль фактора наследственности проявляется в индивидуальных свойствах человека и выступает в качестве предпосылок развития. Действие фактора среды отражается в социальных свойствах личности. Действие фактора активности обнаруживается во взаимодействии факторов среды и наследственности.

Социальный фактор в современных психологических исследованиях рассматривается как совокупность общественной среды, микросреды (семья, сверстники, образовательное учреждение), природной среды и экологии.

В данном случае важно утверждение Л.С Выготского о том, что «неправильно решение проблемы среды и ее роли..., когда среда рассматривается как нечто внешнее по отношению к ребенку, как обстановка развития, как совокупность объективных, безотносительно к ребенку существующих и влияющих на него самим фактом своего существования условий. К началу каждого возрастного периода складывается совершенно своеобразное, специфичное для данного возраста, исключительное, единственное и неповторимое отношение между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной. Это отношение мы называем социальной ситуацией развития».

В. В. Николаева в связи с этим отмечает, что «…в структуре социальной ситуации развития среда теряет качество «безличности» и становится субъективно окрашенным социальным пространством, активным творцом которого выступает сам человек как субъект деятельности».

Соответственно, важным фактором развития личности выступает ее активность, а условием развития – успешность ее самореализации в деятельности и во взаимодействии с окружающими.

В ситуации болезни очевидна зависимость развития ребенка от количественных и качественных показателей его общения со взрослыми: родителями, педагогом, а также от содержания деятельности, в которую они вовлекают ребенка. Соответственно, степень проявления самостоятельности, активности ограничена ближайшим социальным окружением ребенка, ориентированным на болезнь. Подобная ситуация создает предпосылки к формированию беспомощности с самого момента постановки соматического диагноза.

В. В. Николаева и Г. А. Арина утверждают, что новую социальную ситуацию развития создают для больного ребенка два вида ограничений:

а) ограничение движения,

б) ограничение познавательной деятельности. Однако известно, что двигательная активность является важной формой самовыражения ребенка, а также сильнейшим фактором его развития. Кроме того, изменение познавательной активности соматически больного ребенка и ограниченность общения со сверстниками на протяжении периода дошкольный возраст – юность существенно меняют социальную ситуацию развития, инфантилизируя ребенка, делая его беспомощным.

Соматическая болезнь может оказывать значительное влияние на условия протекания деятельности, ее динамику, выносливость человека к нагрузкам (в том числе и ребенка), условия деятельности, сохранности операционального состава. Для соматически больного ребенка характерны патологические изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни.

Если говорить о поведении соматически больного ребенка, то оно изменяется, часто становится «трудным» для окружающих его взрослых. И хотя болезнь, в большинстве случаев, не останавливает психическое развитие ребенка, она искажает, отягощает и замедляет его ход. Ситуация болезни, являясь тяжелой психической травмой, может не только активизировать его компенсаторный потенциал психики, но и разрушительно воздействовать на нее.

К особенностям познавательной деятельности детей с ослабленным соматическим здоровьем, можно причислить истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности; трудности переключения внимания; снижение продуктивности воспроизведения; снижение продуктивности внимания; уменьшение уровней развития творческого воображения; уменьшение объема произвольной зрительной памяти; большую эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшую самостоятельность, полноту и логическую последовательность.

Соответственно психологическими особенностями развития личности ребенка с ослабленным здоровьем (2 группа здоровья) можно отнести преобладание позиции «малоценности», ущербности и непосредственно-чувственное отношение к себе (Ливанова М.Н., Николаева В.В.). Для часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких, как горе, страх, гнев и чувство вины (Арина Г.А., Коваленко Н.А.). Кроме того, ярко выражена тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения (Касаткин В.Н., Румянцев А.Г.). У больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности – инфантилизму (Ливанова М.Н.). У часто болеющих детей более чем у их здоровых сверстников выражена тенденция к адекватной самооценке, но она во многом зависит от типа семейного воспитания. Основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми (Ковалевский В.А.).

Кроме того, существуют специфические особенности межличностного взаимодействия и деятельности соматически ослабленного ребенка. К ним относятся ограниченность круга общения больного ребенка, объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь.

Социальная ситуация развития ребенка в условиях болезни меняется кардинальным образом. Это оказывает немаловажное влияние на динамику развития познавательных способностей соматически больных детей, развития их личности, развития волевого поведения, формирования симптомокомплекса, описываемого Д.А. Циринг как «самостоятельность».

Особое влияние оказывает преобладание симбиотического, симбиотически – авторитарного, привязывающее – подавляющего стилей родительского отношения к ребенку (Ковалевский В.А., Николаева В.В.). Родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения; наблюдается скованность, замкнутость детей; они менее контактны и общительны (Арина Г.А., Коваленко Н.А.); утрачивается непосредственность общения со взрослыми и детьми, нет радости от совместных видов деятельности и даже развлечений; в более младшем возрасте нередки случаи отказа от выполнения режима дня, неподчинения старшим, упрямства; ограничен ведущий вид деятельности, соответствующий возрасту и как следствие активность ребенка (Исаев Д. Н., Николаева В. В.).

Степень проявления активности в направлении улучшения состояния соматического здоровья ребенка и подростка зависят не столько от внутренних эталонов здоровья, сколько от непосредственного воздействия и влияния ближайшего социального окружения, которое, в свою очередь, имея амбивалентное отношение к состоянию здоровья ребенка, может и не способствовать направленной активности по улучшению соматического статуса.

В этом механизме одну из значимых ролей выполняет феномен выученной беспомощности, блокирующий самостоятельность в принятии ответственности за собственное самочувствие, потенциал и социальный статус.

В число факторов, детерминирующих формирование внутренней картины здоровья также включают нормативные представления самой личности, ее мотивация действовать в соответствии со своими нормативными представлениями, ее общие представления о жизни, о самой себе, уровень самоуважения, знания о действиях на благо своего здоровья, осознание своих побуждений и эмоциональных состояний, затрат и компенсаций за совершение тех или иных действий, умение действовать в направлении своего здоровья, наличие саногенных навыков. Крайне важным в ситуации болезни является осознание «выгоды» как от здоровья, так и от болезни. Выбор в сторону одного из феноменов является определяющим в процессе укрепления или коррекции соматического статуса ребенка.

В этой связи важно отметить, что с точки зрения субъективной картины болезни, для часто болеющих детей характерно амбивалентное

(биполярное) отношение к ней. Так, большинство детей понимает, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, иногда даже можно попасть в больницу. Но на подсознательном уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье: она «выгодна» ребенку, потому что дает ему возможность приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Основная часть часто болеющих детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, больше обращать внимание и заботиться о них.

Тяжелое и длительное заболевание, которое ведет к ломке жизненного стереотипа, перспектив личности, шкалы ценностей, уровня притязаний и т.д., на бессознательном уровне или на уровне конкретных социальных реалий может иметь и положительную социально-психологическую, условно приятную для больного сторону, вытекающую из преимуществ ролевой функции больного.

В целом анализ медицинских и психолого-педагогических характеристик часто болеющих детей подтвердил базовые положения концепции культурно-исторического развития психики человека, системного подхода, психосоматического подхода, а именно, подтвердил, что в исследованиях специфики формирования выученной беспомощности ребенка с ослабленным здоровьем важно учитывать степень и характер влияние всех факторов, оказывающих влияние на становление личности ребенка. Изучение влияния биологических, социальных, психологических и духовных факторов в комплексе даст полное представление о характере этого развития.

Список литературы:

1. Архин Е. А. Влияние семейного воспитания на развитие ребенка / Е. А. Архин // Семья и школа. − 1976. − № 8. − С.24-26.
2. Бассин Ф. В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни / Ф. В. Бассин // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: Тез. докл. науч. – практ. конф. − М., 1972. − С. 25-33.
3. Варга А. Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции / А. Я. Варга // Вестник МГУ. Серия «Психология». − 1985. − №4. − С. 32-37.
4. Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт [электронный ресурс]. - http://www.who.int/ru/
5. Выготский Л. С. Развитие личности и мировоззрение ребёнка / Л. С. Выготский // Психология личности. Тексты. − М.: Педагогика, 1982. − Т. 5.
6. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций / Л.С.Выготский. – М.: АПН РСФСР, 1960. – С. 1-10, 364-484.
7. Иванов В.И. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений / В. И. Иванов // Вестник МГУ. − 1993. − № 1. − С. 31-38.
8. Исаев Д. Н. Психология больного ребенка / Д. Н. Исаев. − СПб., 1993. − 75 с.

9. Калью П.И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация / П.И. Калью – М., 1988. – С. 54-69 с.
10. Ковалев В. В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / В. В. Ковалев // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматической болезни: сб. науч. трудов / ГНЦССП им. В. П. Сербского. – М., 1972. – С. 102-114.
11. Ковалевский В.А., Урываев В.А. Психология ребенка – пациента соматической клиники. Практикум. – Красноярск – Ярославль, 2006. – 87 с.
12. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова / Под. ред. Б. С. Братуся, Е.Е. Соколовой. – М.: Смысл, 2006 – С. 85-105.
13. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Невропатология и психиатрия. – 1980. – Вып. 8. – С. 1195-1198.
14. Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики // СОЦИС. № 11, 2003.
15. Немов Р. С. Психология: В 3 книгах / Р. С. Немов. − М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1995. − 1532 с.
16. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. − М., 1987. − 166 с.
17. Ромек В.Г. Теория выученной беспомощности Мартина Селигмана / В.Г. Ромек // Журнал практического психолога, № 3-4, 2000. – С. 218-235.
18. Румянцев А. Г. Часто болеющие дети. Традиционный взгляд. / А. Г. Румянцев, А. Г. Касаткин // Школа здоровья. − 1996. − № 2. − С. 41-47.
19. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни / М. Селигман. – М., «София», 2006. – 368 с.
20. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. – М.: Медгиз, 1960. – 254 с.
21. Столин В. В. Семья как объект психологической диагностики / В. В. Столин // Семья и формирование личности. − М., 1981. − С. 26-38.
22. Тхостов А. Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / А. Ш. Тхостов, Г. А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. − Л., 1991. − С. 18-22.
23. Урванцев Л.П. Психология соматического больного / Л.П.Урванцев. - Ярославль: изд-во Институт «Открытое общество», 2000. – 167 с.
24. Холмогорова А. Б. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели / А. Б. Холмогорова, Н. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. − 2000. − № 2. − С. 5-50.
25. Цветкова И.В. Трансформация внутренней картины здоровья под влиянием культурных стереотипов / И.В. Цветкова // Материалы Междунар. молодеж. науч. форума «Ломоносов - 2010» (Москва, 12–15 апреля 2010 г.) / отв. ред. И.А. Алешковский и др. М.: МАКС Пресс, 2010.
26. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности: Учеб. пособие. / Д.А. Циринг. – М.: Академия, 2005. – 120 с.
27. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death / Seligman M.E.P. – San Francisco: Freeman. – 1975.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЗЫКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНИК В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА С ДЕТЬМИ

О. С. Размахова

ОГАОУ для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, «Центр психолого-медико-социального сопровождения», Иркутск

В последнее время все чаще психологами стали использоваться креативные методы коррекционно-развивающей работы, в частности, технологии Арт-терапии.

Арт-терапия – это метод коррекции и развития посредством художественного творчества. Это особенно актуально при работе с детьми и делает ее незаменимым инструментом для исследования, развития и гармонизации в тех случаях, когда ребенок не может выразить словами свое эмоциональное состояние.

Дети в большинстве случаев затрудняются в вербализации своих проблем и переживаний. Невербальная экспрессия для них более естественна.

Понятие «Арт-терапия» возникло в контексте идей З. Фрейда и К. Юнга и рассматривалось в психотерапевтической практике как один из методов терапевтического воздействия.

Современная Арт-терапия включает в себя следующие направления:

– Изотерапия – лечебное воздействие средствами изобразительного искусства: рисованием, лепкой, декоративно-прикладным искусством и т. д.;

– Имаготерапия – воздействие через образ, театрализацию, драматизацию;

– Музыкотерапия – воздействие через восприятие музыки;

– Сказкотерапия – воздействие посредством сказки, притчи, легенды;

– Кинезитерапия – воздействие через танцевально-двигательную, коррекционную ритмику (воздействие движениями), хореотерапию и т. д.

В контексте статьи мы более подробно остановимся на направлении «Музыкотерапия».

Музыкотерапия – метод, использующий музыку в качестве средства коррекции.

– Использование метода музыкотерапии позволяет решать следующие задачи:

– Предупреждение и коррекция поведенческих и эмоциональных расстройств (повышенная тревожность, замкнутость, агрессивность, страхи и др.);

– Развитие у обучающихся комплекса психологических навыков, необходимых для успешной психосоциальной адаптации;

– Актуализация творческих способностей;

– Обучение навыкам саморегуляции, коммуникации и самовыражения, формирование гибкости сознания и мировосприятия;

– Реабилитация/ ресоциализация детей и подростков с «особыми потребностями», т.е. имеющими те или иные системные нарушения (речи, слуха, зрения, двигательных функций), отклонения в поведении (Копытин, 2011).

– Преимущества использования музыкотерапевтической техники:

– Практически каждый обучающийся (независимо от возраста) может участвовать в музыко терапевтической работе, которая не требует от него наличия специальных способностей;

– Музыкотерапия – средство преимущественно невербального общения, она особенно ценна для тех, кто недостаточно хорошо владеет речью, затрудняется в словесном описании своих переживаний;

– Музыкотерапевтическая деятельность – мощное средство сближения людей, это особенно ценно в ситуациях взаимного отчуждения, при затруднениях в налаживании контактов;

– Продукты музыкотерапевтического творчества являются объективным свидетельством настроений и мыслей ребенка, что позволяет использовать их для оценки его состояния;

– Музыкотерапия – средство свободного самовыражения, она предполагает атмосферу доверия, терпимости, внимания к внутреннему миру человека;

– Музыкотерапевтическая работа в большинстве случаев вызывает у участников положительные эмоции, помогает преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию;

– Музыкотерапия основана на мобилизации творческого потенциала человека, внутренних механизмов саморегуляции и исцеления;

– Музыкотерапия помогает раскрыть широкий спектр возможностей человека и утвердиться в своем индивидуальном способе бытия в мире (Копытин, 2011).

Музыка как терапевтическое средство в историческом аспекте

История применения музыки в терапевтических целях насчитывает не одно тысячелетие. В древности музыка использовалась эмпирически для лечения различных заболеваний. Например, в Древнем Египте психические заболевания лечились катанием на лодке по Нилу в сопровождении музыки. В Италии музыкой лечили тарентизм - тяжелое психическое заболевание, вызванное укусом ядовитого паука. В Древней Греции музыкой лечили подагру, возвращали здоровье безумным.

Существовала теория, согласно которой с помощью определенных мелодий можно воспитать в человеке соответствующие личностные качества. Павлом Флоренским человеческий организм воспринимался как совокупность музыкальных инструментов. На основе этого им были выделены типы инструментов, легче всего вступающих в контакт с определенными органами тела. Так он считал, что флейта отвечает за головной мозг, позитивно действует на нервную систему, соответствует всей трубчато - костной системе; арфа настраивает работу сердца; виолончель

лечит заболевания мочеполовой системы и почек; звучание скрипки будит творческий потенциал, способствует просветлению мыслей.

Музыка была неотъемлемой составной частью всей жизни китайцев на протяжении нескольких тысячелетий. Они полагали, что существует восемь звучащих тел, а также восемь основных инструментов, через которые устанавливается гармоническая связь между людьми и космосом. Музыка и инструментарий подбирались согласно энергетическому состоянию меридианов человека, а также времени года и энергии дня. Одним из направлений древнекитайской музыкальной психотерапии был метод лечебного интонирования слогов, записанный в каноне китайской медицины Нэй Цзин, которая зарекомендовала себя одним из эффективных средств лечения и профилактики широкого спектра заболеваний.

Музыке в Индии предавалось значение прародительницы человеческого языка, с помощью которого древний человек выражал свои мысли и чувства. Древние индийцы связывали с тембром звука и тональностью определенные мистические свойства и утверждали, что именно с помощью музыки происходит обретение человеком мира и спокойствия.

В Средневековье григорианский хорал – традиционное литургическое пение римско-католической церкви, снижал ритм дыхания, уменьшал давление, являлся тонизирующим средством.

К 16 веку относятся сведения о применение музыки во время хирургических операций.

В 17-19 веках редкая лечебница для нервных больных обходилась без штатного музыкотерапевта.

Начало 19 века принесло самосознание музыки как содержательного и смыслового искусства. Новая ситуация открыла возможности для расцвета музыки романтизма. Романтическая музыка – язык чувств, универсально действующий способ коммуникации. Но использование музыки в психотерапевтических целях стало считаться ненаучной игрой. Однако в философских трудах 19 века музыка занимает центральное место. Музыка, выражающая чувства, отождествляется с человеком. К. В. Ф. Зольгер говорит, что музыка способна проникать во всю жизнь человека больше, чем любое другое искусство, поражая сливающиеся воедино полярные чувства: бешеные порывы и рассудительность, спокойствие.

С середины 19 века начинается новый период. Многовековые эмпирические наблюдения за лечебным воздействием музыки впервые получили научные обоснования. С выходом фундаментального труда «Учение о слуховых ощущениях как физиологическая основа для теории музыки» физиолога Генриха Гельмгольца стало возможным говорить о естественнонаучной основе исследований, о лечебном воздействии музыки. Экспериментальным путем были зафиксированы реакции сердечно-сосудистой, дыхательной, центральной нервной систем на музыкальные воздействие. Под действием музыки изменялся тонус мышц, моторная активность в зависимости от характера музыкального

произведения происходит увеличение или уменьшение числа сердечных сокращений, артериального давления, ритма респирации.

В 20 веке музыкальная психотерапия как независимая дисциплина стала широко практиковаться в различных странах Европы. В университетских клиниках Мюнхена, во Французском Национальном Институте переливания крови классическая музыка использовалась во время операций и в клинической практике, причем подбор музыки осуществлялся в соответствии с ее физиологическим действием на организм. В Лондоне со второй половины 20 века начали разрабатываться академические программы по подготовке профессиональных музыкотерапевтов, основан центр музыкальной психотерапии (Шушаржан, 2000).

Воздействие музыки на организм человека

Эффективное корректирующее воздействие музыки кроется в самой природе музыкального искусства (в его звуках различной высоты и тембра, в интонации, в ритме, темпе, в фактуре, в динамике и гармонии).

Звуки музыки могут быть как созидательными, так и разрушительными. Когда раздается звук в физическом мире, то ее резонансы отражаются на состоянии человеческого тела, на уровне психики и на глубочайшем уровне творческого разума. Рядом исследований было показано, что восприятие музыки ускоряет сердечные сокращения, повышает темп респирации. Было обнаружено усиливающее действие музыкальных раздражителей на пульс, дыхание в зависимости от высоты, силы звука и тембра. Частота дыхательных движений и сердцебиений изменялась в зависимости от темпа, тональности музыкального произведения.

Физиологическое воздействие музыки на человека основано на том, что нервная система, а с ней и мускулатура обладают способностью усвоения ритма. Музыка как ритмический раздражитель стимулирует физиологические процессы организма, происходящие ритмично как в двигательной, так и в вегетативной сферах. Используя музыку как ритмический раздражитель, можно достигнуть повышения ритмических процессов организма, более строгой компактности и экономичности энергетических затрат.

Влияние музыки на различных людей неодинаково. Это зависит от индивидуальных особенностей ее восприятия, степени музыкальной подготовки, духовно-этического уровня, психофизиологического состояния, характера и типа нервной системы.

Таким образом,

1. Музыка вызывает у слушателей отдельные эмоциональные состояния, мысли, представления, психологические установки и действия.

2. Каждый музыкальный фрагмент вызывает у человека определенную психофизиологическую реакцию (удовольствие-неудовольствие, возбуждение-успокоение, напряжение-расслабление, зрительные образы, осязательные ощущения).

3. Имеется связь между музыкальной стимуляцией, регуляцией двигательной деятельности и различных ритмических процессов. На различные колебания темпа и ритма человек откликается в первую очередь движением. Это происходит непроизвольно. Например, шестнадцатые ноты вызывают легкое движение пальцев. Часто под лидирующий темп мы покачиваем рукой, ногой, туловищем. Пульсация тактовых долей вызывает определенный ритм сердечных сокращений, а пульсация музыкальных фраз настраивает ритм дыхания. Обнаруживаются некоторые качественные различия в действии музыки на центральную нервную систему в зависимости от трактовки музыкальных произведений разными исполнителями, а также от наличия или отсутствия музыкального образования слушателей (Шушаржан, 1998).

Музыка способна устанавливать общее настроение, причем «эмоциональная окраска» образов, возникающих при ее восприятии, различна в зависимости от индивидуальных особенностей музыкального восприятия.

С помощью средств музыкальной выразительности можно моделировать определенные эмоции у слушателей. Научившись более точно разбираться в эмоциональном содержании музыкального произведения, можно получить возможность понимать себя, свои переживания и мысли (Петрушин, 2000).

С психоаналитической точки зрения эмоциональное воздействие музыки объясняется с позиций теории катарсиса. Катарсис – специальный прием терапевтического воздействия, заключающийся в разрядке, «отреагировании» аффекта, ранее вытесненного в подсознание и являющегося причиной невротического конфликта. Музыкальное произведение, как и любое художественное произведение, призвано давать нам наслаждение. Наслаждение художественным творчеством достигает своего кульминационного пункта, когда мы переживаем ощущения, которые избегаем в реальной жизни (страх, слезы, страдания), но ищем в искусстве (Ранк, 1997).

В традиционных по средствам музыкальной выразительности произведениях можно выделить следующие закономерности, которые следует учитывать при восприятии музыки для понимания заложенных в ней эмоций:

– Медленный темп плюс минорная окраска звучания в обобщенном виде моделируют эмоцию печали и передают настроение грусти, уныния, скорби, сожаления об ушедшем прекрасном прошлом.
– Медленный темп плюс мажорная окраска моделируют эмоциональное состояние покоя, расслабленности, удовлетворенности. Характер музыкального произведения в этом случае будет созерцательным, уравновешенным, умиротворенным.
– Быстрый темп плюс минорная окраска в обобщенном виде моделируют эмоцию гнева. Характер музыки будет напряженно-драматическим, взволнованным, страстным, героическим.
– Быстрый темп плюс мажорная окраска моделируют эмоцию

радости. Характер музыки жизнеутверждающий, оптимистический, веселый, радостный, ликующий (Петрушин, 2000).

Исследователь музыкальной психотерапии Г.-Г. Декер-Фойгт доказывает, что у каждого человека, наряду с программируемой реакцией может сформироваться сугубо индивидуальная реакция на музыку.

Г.- Г. Декер-Фойгт вводит понятия эрготропной и трофотропной музыки.

Он описывает эрготропную музыку, в которой преобладающим является пунктирный ритм, идет постоянное ускорение, основной лад – мажорный, имеют место диссонансы, наиболее распространенный динамический оттенок – форте.

Такая музыка является возбуждающей и приводит к повышению сердечно-сосудистого давления, учащению пульса и дыхания, мышечному тонусу. Благодаря ее воздействию происходит стимуляция и активизация симпатической нервной системы, а мозг поддерживается в рабочем состоянии.

Трофотропная музыка – музыка, приводящая к состоянию расслабленности, раскованности. Для трофотропной музыки характерны менее подчеркнутые ритмы, преобладание минорного лада, множество консонансов, невысокая громкость. Особенностями трофотропной музыки является преобладание легато, нежность, кантиленность, напевность мелодии, гармоничность. Трофотропная музыка способствует нормализации сердечно-сосудистого давления, выравниванию дыхания, стабилизации пульса, расслаблению мускулатуры, возникновению чувства успокоенности, связанным с ощущением удовольствия (Декер-Фойгт, 2003).

Характеристики используемого музыкального материала для музыкотерапевтической работы:

- Музыка, исполняемая в процессе терапевтической работы самими клиентами (вокальные, ритмические, инструментальные импровизации), а также специально организованное исполнение известных сочинений;
- Собственное музыкальное творчество клиентов, с одной стороны, есть средство самовыражения, а с другой – средство общения с другими участниками при групповой работе. Эти импровизации создаются людьми, далеко не всегда знакомыми с музыкальной грамотой и в традиционном понимании не умеющими играть. Импровизация на музыкальных инструментах означает в музыкальной психотерапии возможность избавиться отчего-то мучающего нас, чтобы обрести лучшее. Используя инструмент, как средство самовыражения, он озвучивает, а затем вербализует то, что отображает внутренний мир его души.
- Традиционно воздействующая музыка, звучащая извне. В зависимости от конкретной формы работы это может быть фонограмма или собственная игра музыкотерапевта;

Важно указать, что музыкальным материалом служат сочинения, принадлежащие к различным эпохам, стилям и жанрам – от архаической монодии до авангардной музыки XX века. Практически любая музыка может быть признана терапевтической при адекватном соотнесении с соответствующими упражнениями.

– Ощущение человеком своего организма, тела как музыкального инструмента – работа с ритмами дыхания, пульсациями внутри тела, тембром голоса;
– Символическое описание пространства, атмосферы, участников и самого терапевтического процесса в музыкальных терминах.

Какой стиль (жанр, произведение, инструмент) соответствует данному человеку (группе)? Каким музыкальным сочинением можно было бы озвучить только что завершившийся процесс? (Блинова, 1998).

Основные музыкотерапевтические приемы и упражнения.

Упражнение «Я – музыкальный инструмент». Данное упражнение используется в качестве диагностической проективной методики. Участникам предлагается представить себя реальным либо вымышленным музыкальным инструментом, описать себя, свои характерные особенности, внешний вид, историю жизни, взаимодействие с музыкантом, предназначение (для сольных, ансамблевых, оркестровых выступлений), предпочитаемую музыку, место концертных выступлений.

Приемы, основанные на пассивном восприятии музыки.

В данном случае музыка выполняет функцию катализатора эмоциональных процессов, а внимание клиента направлено на иные внутренние и внешние факторы (собственные мысли и чувства, содержание речи партнера). Это традиционная фоновая музыка во время релаксационных процедур, терапевтических бесед или в процессе медитативного или свободного рисования, усиливающая вовлеченность участников в процесс работы. Музыкальный материал выступает в подобных терапевтических процедурах в качестве фона, не требующего специального вслушивания, осмысления, переживания содержания звучащего сочинения. Главная сложность в данных процедурах заключается в точном подборе музыкального материала, соответствующего терапевтическим задачам.

Приемы, основанные на активной работе клиента с образами музыки, звучащей извне. Терапевтические эффекты достигаются путем активного переживания эмоционального содержания звучащего произведения: его осознания, устной или письменной вербализации, рисования, движения под музыку.

Упражнение «Самоосознание через музыку». Основано на объективных и ассоциативных способах восприятия музыкального содержания. Суть упражнения состоит в прямом или ассоциативном описании клиентом эмоционального и образного содержания музыки, после чего происходит сравнение выявленного образно-эмоционального ряда со своим актуальным состоянием (с образом своего состояния).

В каких ситуациях у клиента формируется состояние, воплощенное в музыке? Часто ли бывают такие ситуации? В случае если музыка вызвала яркие образы и ассоциации у человека, то мы выясняем степень значимости этих образов для участника, его отношение к ним. Упражнение помогает поиску связей состояния человека с внешними и внутренними причинами.

Упражнение «Изобразительный танец». Двигательное и мимическое выражение звучащей музыки, не обязательно принадлежащей к танцевальным жанрам и не обязательно имеющей четкую метроритмическую структуру. Работа проходит индивидуально, в парах, в группах, причем в парной и групповой работе. Хорошо осознаются и отрабатываются поведенческие модели, связанные с взаимодействием, невербальным общением. Особо сильный импульс к самопознанию дает танец «в паре с собственным отражением» перед зеркалом в полный рост. Упражнение решает задачи самовыражения, телесного и эмоционального раскрепощения.

Важно, чтобы музыкальные фрагменты были контрастными и достаточно продолжительными, чтобы участник мог вжиться в звучание произведения. В конце подобной работы хорошо включить медленно звучащее сочинение, построенное на ритмах шага, а участникам дать возможность походить или посидеть наедине с собой, интегрируя эмоциональные и телесные переживания, полученные в процессе танца.

Упражнение «Музыка в красках и линиях». «Зарисовка» слышимых музыкальных образов. Если индивидуальный рисунок служит активизации творческого самовыражения, стимулирует эмоциональное раскрепощение и «выведение» эмоций на бумагу, то парное или групповое рисование позволяет осознать и скорректировать модели взаимодействия с партнерами (стремление к соперничеству, сотрудничеству или изоляции; способы участия в разделении совместной территории). В упражнении может использоваться музыка любых стилей и жанров. Тем не менее, важно учитывать различие в восприятии классической музыки и авангардной, написанной в неклассических композиторских техниках. Произведения А. Шнитке, Э. Денисова, С. Губайдуллиной, П. Хиндемита не направляют творчество участников в определенное русло и, тем самым, дают больше простора для личностного самовыражения рисующего.

Приемы, основанные на самовыражении через музицирование в процессе терапевтической работы. Вокальные, ритмические, инструментальные импровизации.

Для инструментальных импровизаций ведущим и обязательным инструментом является фортепиано, хотя дополнить его могут многие другие музыкальные инструменты, в том числе и «детские».

Упражнение «Музыкальные зарисовки». Это индивидуальная импровизация, когда при помощи фортепиано клиент самостоятельно ищет способ выразить ту или иную эмоцию, настроение, действие, отношение к кому-либо или «автопортрет». Упражнение способствует эмоциональному

раскрепощению, формирует навыки невербального самовыражения. «Музыкальный автопортрет» – эффективная техника, способствующая сближению группы в тренинговой работе, усилению доверия и взаимопонимания.

Упражнение «Диалоги на фортепиано». Это упражнение, в котором участники терапевтической группы общаются на фортепиано друг с другом (умение играть на инструменте не обязательное условие). В процессе игры выясняется степень эмоционального контакта участников импровизации, психологическое состояние каждого из них по поведенческим паттернам, которые могут не осознаваться. Упражнение способствует формированию взаимопонимания в паре, помогает осознавать и понятно для других выражать свое состояние, отношение к партнеру, а также корректирует многие поведенческие модели, возникающие при общении в реальной жизни: способность к распределению «жизненных территорий», склонность к лидерству или подчинению, подавлению другого или к равноправному общению.

Упражнение «Живая музыка». В упражнении необходимо одну и ту же мелодию, интонацию, фразу исполнить в различных, подчас взаимоисключающих манерах. Например, колыбельную участники исполняют грубо, насмешливо, испуганно, решительно, очень тихо, очень громко и, наконец, нежно и ласково. Выразить нежность после противоположных эмоций удается более легко и естественно. Важно передать характер музыки не только голосом, но и позой, жестом, выражением лица, мимикой, движением. Упражнение способствует раскрепощению, активизации творческих способностей (Блинова, 1998).

Таким образом, все музыкально-терапевтические упражнения формируют и корректируют способность к глубокому эмоциональному общению, актуализируют творческие способности, развивают средства невербальной коммуникации, навыки чувствования себя и других, формируют гибкость сознания и мировосприятия, положительно сказываются на состоянии соматического и психологического здоровья.

Это делает целесообразным использование музыкотерапевтических техник в коррекционно-развивающей работе психолога.

Список литературы:

1. Блинова О. А. Процесс музыкальной психотерапии: систематизация и описание основных форм работы // Психологический журнал. – Т.19. – 1998. – № 3. – С. 106-117.
2. Декер-Фойгт Г.-Г. Введение в музыкотерапию. – СПб.: Питер, 2003. – 208 с.
3. Копытин А. Терапия искусством в системе образования // Школьный психолог. – 2011. – № 1.
4. Петрушин В. И. Музыкальная психотерапия. – М., 2000. – 197 с.
5. Ранк О. Миф о рождении героя. – М., 1997. – С. 117-132.
6. Шушаржан С.В. Музыкотерапия и резервы человеческого организма. – М.: Антидор, 1998. – 397 с.
7. Шушаржан С. В. Музыкотерапия: история и перспективы // Клиническая медицина. – 2000. – № 3. – С.72-79.

Раздел 5

ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

С. Г. Авхадеева

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 41 «Лесная сказка» общеразвивающего вида» г. Лесосибирска.

Ю. В. Живаева

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф.Войно-Ясенецкого»

Никакое другое поведение так не раздражает взрослых и не дезадаптирует детей, как агрессивное. Агрессивность проявляется в широком диапазоне от резких высказываний до физических действий, являя собой тот редкий случай, когда ребенок вызывает вместо сочувствия всеобщее раздражение и нередко – ответную агрессию, даже со стороны специалистов.

Взрослые не любят агрессивного поведения детей. Подобные дети их раздражают, и разговор о них, как правило, ведется в осуждающих терминах: «грубиян», «отвратительный», «хулиган» - такие ярлыки достаются всем агрессивным детям без исключения, причем не только в образовательных учреждениях, но и дома.

Характер агрессивного поведения во многом определяется возрастными особенностями человека. Каждый возрастной этап имеет специфическую ситуацию развития и выдвигает определенные требования к личности. Адаптация к возрастным требованиям нередко сопровождается различными проявлениями агрессивного поведения. Так, у только что родившегося ребенка уже можно определить состояние, когда он доволен и когда не доволен. Его недовольство проявляется в крике, движении тела, выражении лица. В два месяца легко выделить из общего состояния недовольства эмоцию гнева. По выражению лица можно сказать, что младенец злится. Становясь старше и овладевая своим телом, младенцы сопровождают данную эмоцию действиями: движение рук, ног. В дальнейшем добавляются бросание игрушек, их пинание и другие более демонстративные формы поведения. Причиной такого поведения является блокирование желаний или намеченной программы действий в результате применения воспитательных воздействий. Поэтому совершенно ясно, что такое поведение ребенка вызвано состоянием дискомфорта, фрустрации или беспомощности [3].

У годовалых детей осознанного агрессивного поведения не наблюдается практически никогда. Малыш может случайно, заигравшись

причинить боль взрослому или другому ребенку. Если взрослый немедленно остановит ребенка или предупредит саму возможность такого действия, то отпадет и всякая опасность. Соответственно не возникнет и вероятности закрепления подобных действий в поведении малыша.

Уже на втором году жизни ситуация несколько меняется. В этот период резко возрастает активность ребенка. В период раннего возраста на первый план все активнее выдвигаются конфликты и ссоры с ровесниками, связанные с обладанием вещами, чаще всего с игрушками. В этот же период развития более чем в пять раз возрастает число случаев использования детьми физического насилия, вспышки ярости становятся более целенаправленными и в поведении ребенка отчетливо прослеживается реакция нападения [5].

Научившись ходить, ребенок приступает к ознакомительной, исследовательской деятельности. Всем известно, сколько хлопот причиняют дети этого возраста. Проворные, шустрые и любопытные малыши всюду могут залезть, все стремятся потрогать. С расширением возможностей для самостоятельных действий возрастает независимость в поведении ребенка. Нередко это стремление к самостоятельности - знаменитое «я сам» – выливается в первые попытки маленького человека настоять на своем вопреки желанию родителей. Свое неудовольствие 2-3-летние дети выражают весьма непосредственно: кричат, топают, падают на пол и дрыгают ногами, визжат, царапаются, кусаются, дерутся. Единичные попытки такого поведения встречаются в этом возрасте у многих детей, однако привычными они становятся, к счастью, достаточно редко [5].

Ребенок сталкивается с целой системой новых для его опыта запретов, ограничений и социальных обязанностей. Невольно попадая в конфликтную ситуацию между ненасытной любознательностью, спонтанным интересом ко всему новому и необычному и родительским запретам, ребенок испытывает сильнейшую депривацию – ограничение возможности удовлетворение своих потребностей. И воспринимает эту ситуацию как акт отвержения со стороны родителей. Невозможность разрешения этого конфликта приводит к тому, что у него появляется злость, отчаяние, агрессивные тенденции. Однако если раньше на агрессивность ребенка родители реагировали лаской, отвлечением внимания, то теперь они чаще прибегают к угрозам, лишениям удовольствий, изоляции. Ребенок задумывается, как же ему реагировать на усиливающиеся санкции со стороны родителей, как вести себя дальше, чтобы родительская контрагрессия была по возможности минимальной. И чаще всего ребенок не находит выхода из создавшегося положения. Это может привести к всевозможным психическим расстройствам, которое проявляются в некоторых реакциях ребенка: он теряет аппетит, перестает проситься на горшок, тревожно спит [3].

Описанные варианты поведения ребенка в раннем детстве еще нельзя рассматривать как агрессивность в чистом виде, это лишь отдельные ее проявления, которые наблюдаются у ребенка в припадке ярости или в качестве протеста [5].

Дошкольный возраст – это довольно насыщенный период в жизни каждого человека. Это период пробуждения и расцвета познавательных, творческих и эмоциональных способностей ребенка. В этом возрасте малыш настолько быстро развивается, что каждый день он может быть новым, необычным, совершенно непредсказуемым в своем поведении [2].

В этом возрасте агрессивное поведение уже может расцениваться как специфическая форма взаимоотношений ребенка с другими людьми (в первую очередь со сверстниками) [5]. Адаптируясь к требованиям детского сада, дети могут обзываться, щипаться, плеваться, драться, кусаться и даже поглощать несъедобное. Причем эти действия совершаются, что называется, «без разбора» — импульсивно, не осознанно и открыто. Пассивным проявлением агрессии этом возрасте считаются негативизм, упрямство, отказы (говорить, есть), касание ногтей (губ). Следует заметить, что поведение ребенка дошкольного возраста дома существенно зависит от эмоционального климата в семье, а детская группа, в свою очередь, становится зеркальным отражением внутреннего состояния воспитателя. Если те или другие проявляют или даже просто испытывают агрессию, дети с большой вероятностью будут ее воспроизводить.

Немаловажную роль в формировании агрессивного поведения играют взаимоотношения ребенка с другими детьми вне семьи.

Ряд зарубежных исследователей утверждают, что регулярное посещение ребенком дошкольного учреждения может прямо повлиять на развитие его агрессивности. Предполагается, что дети, общающиеся со сверстниками, имеют больше возможностей для того, чтобы «попрактиковаться» в агрессивном поведении, чем дети, нерегулярно посещающие детский сад [7].

Маленький ребенок, находясь в группе сверстников, старается стать в этой среде популярным или авторитетным. Этим он удовлетворяет свое желание быть признанным и защищенным, пользоваться вниманием. Коммуникативные навыки в этом возрасте обычно недостаточно развиты, процессы возбуждения превалируют над торможением, а моральные нормы еще не сформированы, поэтому маленький человек часто старается занять лидерские позиции с помощью агрессивных методов [3].

Если попытаться охарактеризовать развитие агрессивности в разные возрастные периоды, то картину можно будет представить следующим образом. В целом детская агрессивность является обратной стороной беззащитности. Если ребенок чувствует себя незащищенным (например, когда его потребности в безопасности и любви не получают удовлетворения), в его душе рождаются многочисленные страхи. Стремясь справиться со своими страхами, ребенок прибегает к защитно-агрессивному поведению. Другим возможным способом преодоления страха может стать направление агрессии на самого себя. Аутоагрессия может проявляться по-разному, например в саморазрушительных фантазиях, в робости или идеях самонаказания [7].

В настоящее время появляется все больше научных исследований, подтверждающих тот факт, что сцены насилия, демонстрируемые в кино или на экранах телевизоров, способствуют повышению уровня агрессивности зрителей и в первую очередь, детей [1].

В своей книге «Откажись от привычки к телевизору» Дж.А. Вилкинз пишет, что за каждый час телевизионного времени на экране совершается девять актов насилия и двадцать один акт приходится на каждый час детских мультфильмов. По мнению автора, телевидение совершает своего рода насилие над детьми и учит их агрессивному поведению [7].

Наиболее опасно формирование синдрома привыкания к демонстрации агрессии, который проявляется в снижении физиологических реакций человека. Агрессия становится банальной и привычной в жизни современного ребенка: средства массовой коммуникации демонстрируют, как с ее помощью утверждается добро, осуществляется достижение цели. Через механизмы психологического заражения, подражания, внушения и убеждения ребенку прививается мысль о том, что агрессивным быть выгодно; современные мифы несут в себе идеи борьбы, уничтожения врага, славы победителя и так далее [2].

Но все, же основным социальным источником формирования агрессивного поведения является семья. Именно в лоне семьи ребенок проходит первичную социализацию. На примере взаимоотношений между членами семьи он учится взаимодействовать с другими людьми, обучается формам отношений, которые сохраняются у него в подростковом периоде и в зрелые годы. Реакция родителей на неправильное поведение ребенка, характер отношений между родителями и детьми, уровень семейной гармонии и дисгармонии, характер отношения с родными братьями и сестрами - вот факторы, которые могут предопределять агрессивное поведение ребенка в семье и вне ее, а также влиять на его отношения с окружающими в зрелые годы [4].

На формирование агрессивных форм поведения детей сильное влияние оказывают условия семейного воспитания. Большинство детей с асоциальным типом поведения - это дети из семей с неустойчивым типом воспитания, с присущими данным семьям равнодушием к эмоциональному миру детей и их интересам, противоречивостью требований, жестокостью наказаний, а иногда и полным отсутствием запретов и ограничений со стороны родителей [2].

Существует огромное число исследований, которые убедительно показывают зависимость между негативными взаимоотношениями в системе «родитель-ребенок», эмоциональной депривацией (лишение) в семье и агрессией. Установлено, например, что если у ребенка сложились негативные отношения с одним или обоими родителями, если тенденция развития позитивности самооценки и Я-концепции и не находит поддержки и опеки, то вероятность девиантного поведения уже в дошкольном возрасте существенно возрастает, ухудшаются отношения со сверстниками,

появляется агрессивность по отношению к собственным родителям. Согласно теории привязанности, маленькие дети различаются по степени ощущения безопасности в своих отношениях с матерью. У надежно привязанного ребенка - надежное, устойчивое и чуткое отношение со стороны матери. Такой ребенок склонен доверять другим людям, имеет хорошо развитые социальные навыки, склонен к конструктивному общению, неагрессивен. Ненадежно привязанный или тревожащийся по поводу своей привязанности ребенок отличается несговорчивостью, сопротивляется контролю, склонен к проявлению физической агрессии. Для таких детей характерны аффективные вспышки, импульсивность поведения (Baron, Richardson, 1994) [2]. Социолог М. Мид доказала, что в тех случаях, когда ребенка резко отлучают от груди и общение с матерью сводят к минимуму, у детей формируются такие качества как тревожность, подозрительность, жестокость, агрессивность, эгоизм. И наоборот, когда в общении с ребенком присутствуют мягкость, ребенок окружен заботой и вниманием, эти качества не вырабатываются [4].

Многое зависит от реакции взрослых: они могут мгновенно выполнять все требования родного чада, а могут и не обращать на него внимания. Интересно, что обе эти дороги приведут к одному результату - ребенок вырастает чрезмерно агрессивным.

Исследования показали, что родители, резко подавляющие агрессивность у своих детей, вопреки своим ожиданиям" не устраняют это качество, а напротив, взращивают его, развивая в своем сыне или дочери чрезмерную агрессивность, которая будет проявляться даже в зрелые годы. Ведь всем известно, что зло порождает только зло, а агрессия – агрессию.

Если же родители вовсе не обращают внимания на агрессивные реакции своего ребенка, то он очень скоро начинает считать, что такое поведение дозволено, и одиночные вспышки гнева незаметно перерастают в привычку действовать агрессивно.

Только родители, которые умеют находить разумный компромисс, «золотую середину», могут научить своих детей справляться с агрессией [4].

Однако это крайние варианты, встречающиеся относительно нечасто: большая часть агрессивности детей развивается где-то между этими двумя противоположностями, приводящими к одинаковому исходу [3].

Семьи агрессивных детей имеют свои особенности, присуще только им. Анализ особенностей семей агрессивных детей проводились на основе исследования влияния воспитания и семейных отношений на агрессивное поведение детей, сделанного А. Бандурой [2].

Особенности семей агрессивных детей

1. В семьях агрессивных детей разрушены эмоциональные привязанности между родителями и детьми, особенно между отцами и сыновьями. Родители испытывают скорее враждебные чувства по отношению друг к другу; не разделяют ценности и интересы друг друга.

2. Отцы часто сами демонстрируют модели агрессивного поведения, а также поощряют в поведении своих детей агрессивные тенденции.

3. Матери агрессивных детей не требовательны к своим детям, часть равнодушны по отношению к их социальной успешности. Дети не имеют четких обязанностей по дому.

4. У родителей агрессивных детей модели воспитания и собственного поведения часто противоречат друг другу, и к ребенку предъявляются взаимоисключающие требования. Как правило, очень жесткий отец и попустительская мать. В результате у ребенка формируется модель вызывающего, оппозиционного поведения, которая переносится на окружающий мир [8].

5. Основные воспитательные средства, к которым всегда прибегают родители агрессивных детей, - это:

– физические наказания;
– угрозы;
– лишение привилегий;
– введение ограничений и отсутствие поощрений;
– частые изоляции детей;
– сознательное лишение любви и заботы в случае проступка.

Причем сами родители никогда не испытывают чувства вины при использовании того или иного метода наказания.

6. Родители агрессивных детей не пытаются разобраться в причинах деструктивного поведения своих детей, оставаясь равнодушными к их эмоциональному миру [7].

На сегодняшний день, пожалуй, уже не вызывает сомнения, что между строгостью наказания и уровнем агрессивности детей существует прямая зависимость, которая распространяется и на те случаи, когда наказание является реакцией родителей на агрессивное поведение ребенка, то есть используется в качестве воспитательной меры, направленной на снижение агрессивности и на формирование неагрессивного поведения ребенка.

Но попытки сдерживать агрессивное поведение ребенка с помощью физического наказаний зачастую напоминает метание бумеранга. Попытки свести агрессию на нет или хотя бы контролировать ее проявления с помощью суровых наказаний фактически являются подкреплением и могут потворствовать агрессивному поведению и увеличивать уровень демонстрируемой агрессии.

Использование физических наказаний как средства воспитания детей в процессе социализации скрывает в себе ряд специфических «опасностей». Во-первых, родители, наказывающие детей, фактически могут оказаться для тех примером агрессивности. В таких случаях наказание может провоцировать агрессивность в дальнейшем. Во-вторых, дети, которых слишком часто наказывают, будут стремиться избегать родителей или оказывать им сопротивление. Если они «не сгибаются» под ударами «карающих мечей», вряд ли потом они усвоят другие, не такие горькие уроки, которые

помогли бы им социализироваться. Вдобавок, подобное аверсивное обращение может, в конце концов, привести ребенка в компанию «людей, демонстрирующих и одобряющих чрезвычайно рискованное поведение, которое действительно должно быть наказано». В-третьих, если наказание слишком возбуждает и расстраивает детей, они могут забыть причину, породившую подобные действия. Если после сурового наказания ребенок расстроен или рассержен, он из-за боли может забыть, за что его наказали. И, наконец, дети, изменившие свое поведение в результате столь сильного внешнего воздействия, скорее всего не сделают нормы, которые им пытаются привить, своими внутренними ценностями. То есть они повинуются только до тех пор, пока за их поведение наблюдают. Возможно, эти дети так никогда и не примут правил приемлемого в обществе поведения, тех правил, которые предотвратили бы необходимость наказания в дальнейшем. По сути дела, наказание заставляет скрывать внешние проявления нежелательного поведения, но не устраняет его [4].

Американский психолог А. Фромм пишет, что ребенок начинает думать, что стоит, пожалуй, иной раз получить подзатыльник ради удовольствия позлить родителей. Кроме того, он ждет наказания и хочет получить его ради очистки совести. Он знает: за то, что он натворил, нужно расплачиваться. А расплатившись, чувствует себя вновь свободным и начинает опять повторять свои выходки (согрешил - покаялся). Только он уже начинает действовать с большей осмотрительностью, чтобы его не поймали на месте «преступления». Короче, ребенок удовлетворяет и свое желание сделать что-то недозволенное, и очищает свою совесть одновременно [3].

Физические наказания наносят невосполнимый урон взаимоотношениям детей и родителей. Ребенку трудно осознать, что он подвергся телесному наказанию из-за своего неверного поведения, он скорее склонен считать, что такое наказание — это проявление гнева или нелюбви со стороны отца или матери. При этом дети легко теряют веру в добрые намерения своих родителей. Все время, демонстрируя ребенку свою несдержанность, родители не могут научить его самообладанию, не прививают ему умения справляться с отрицательными эмоциями. Один из очень нежелательных результатов частого битья - тот, что ребенок начинает видеть в нем способ излить накопившийся гнев и разрешить возникшую проблему.

Реакция на побои у детей бывает разной; маленький ребенок, которого ударили, зачастую начинает плакать еще громче; ребенок чувствует себя оскорбленным и униженным; ребенок чувствует глубокую неприязнь к своим обидчикам; ребенок, которого бьют постоянно, чувствует ненависть к самому себе и окружающим [5].

Если родители подавляют агрессию ребенка с позиции силы и /или отвечают на детскую агрессию гневной вспышкой, то ребенок усваивает эти формы поведения и применяет их в дальнейшем в общении с детьми и со взрослыми, а также в играх. Интересный пример приводит

В. Куинн, Мама, которая, решив наказать дочь за сквернословие, моет ей рот с мылом, провоцирует ребенка на дальнейшее употребление грубых слов в свое отсутствие. Кроме того, подобные действия матери могут привести к ухудшению взаимоотношений с дочерью, что в дальнейшем выльется в серьезные разногласия и противоречия. Психологи считают, что «наказывать ребенка лучше лишая его хорошего, чем делая ему плохое». Наказания должны быть приближены по времени к проступку и не носить длительный характер, так как длительные наказания вызывают обиду и могут привести к эмоциональному срыву [1].

По сути, самой главной причиной агрессивного поведения детей является нежелание родителей разбираться в его причинах, равнодушие к их эмоциональному миру. При работе с психологом такие дети говорят о том, что чувствуют себя в семье одинокими, никчемными, ненужными, о плохом отношении с одним или обоими родителями, отсутствии поддержки и заинтересованности их жизнью. Именно поэтому они и ополчаются на весь мир, родителей и самих себя.

Специалисты считают, что агрессивное поведение – своеобразный крик о помощи, о внимании к своему внутреннему миру, в котором накопилось слишком много разрушительных эмоций, с которыми ребенок не в силах справится самостоятельно, и таким образом борется за свое психологическое выживание.

Общение ребенка с родителем имеет большое значение. Возможность высказать наболевшее – первый шаг к преодолению агрессивного поведения. Ребенок проявляет агрессию не потому, что он плохой, а потому что ему требуется помощь. Агрессивность – это, прежде всего, способ выражения своего протеста, гнева, которое является вторичным чувством. В его основе лежит обида, страх, боль, унижение, а они в свою очередь возникают из-за неудовлетворенности базисной потребности в любви и чувства нужности другому человеку [1].

Таким образом, из всего выше сказанного можно сделать вывод, что зачастую агрессия не является целенаправленной, а выступает лишь как побочный эффект жизнедеятельности субъекта, который может даже и не иметь представления о том, что он поступает агрессивно.

Ведь агрессивность вызывает не только отрицательные эмоции, но и положительные, такие как готовность защитить себя и окружающих от негативного вторжения, желание познать себя и окружающий мир, стремление к цели, к творческой деятельности, морально-волевым усилиям.

Современные психологи выделяют позитивную агрессию, обеспечивающую индивиду, группе или обществу в целом возможность выживания, безопасности и развития, и агрессию негативную, направленную на удовлетворение влечений путем причинения вреда окружающим [3].

В социальной среде уровень агрессивности определяется степенью социализации и этнокультурными нормами, требованиями, установками. Общее развитие цивилизации направлено на все большее ограничение

агрессии нравственными и социальными нормами. Любая культура декларирует и санкционирует свои специфические нормы и характеристики, предопределяя, что запрещать и что поощрять. Однако, сколько бы ни социализировался человек, уйти от своей биологической природы он не может, поскольку наделен огромной и устойчивой силой агрессии. Любые человеческие отношения, даже если на первый взгляд они продиктованы позитивными чувствами, такие как любовь, дружба, кооперация, - это всегда более или менее выраженная борьба за власть, а, значит, в той или иной степени и проявление агрессии.

Из сказанного понятно, что искоренять проявление агрессии не только бессмысленно, но и вредно. Скорее необходимо добиваться, чтобы они оказывались соразмерными обстоятельствам и социально допустимыми, а также не ограничивали без необходимости права и свободы человека.

Адекватное проявление гнева способствует социальному, личностному и физическому благополучию человека. Однако нужно помнить, что любое проявление гнева сопряжено с риском, так как может привести к нежелательным последствиям.

Социализация детской доброкачественной агрессивности, перевод ее в социальную активность, а не подавление, должны стать важнейшим условием успешной педагогической работы. Осуществить этот перевод можно следующим образом: сублимировать активно негативное поведение в игровую, трудовую, познавательную деятельность; перенести разрушительные действия с объектами на неживые (природные материалы, песок, воду, глину, пластилин и тому подобное); объяснить нецелесообразность поведения и поступков, ведущих к насилию и жестокости; выразить сопереживание и сочувствие пострадавшему; показать образец поведения, с помощью которого «гасятся» деструктивные действия.

Список литературы:

1. Агрессивное поведение у детей. [Электронный ресурс] // Мой компас:http: [web-сайт]. 16.12.2008. // <moikompas.ru/compas/agressia_deti>
2. Андриенко Е.В. Социальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. пед. уч. заведений / под ред. В.А. Сластенина. – М.: Академия, 2002. – 264с.
3. Бреслав Г.Э. Психологическая коррекция детской и подростковой агрессивности: учеб. пособие для специалистов и дилетантов / Г.Э. Бреслав. – СПб.: Речь, 2007. – 144 с.
4. Волкова Е.М. Трудные дети или трудные родители? / Е.М. Волкова. – М.: Профиздат, 2002. – 144 с.
5. Детская агрессивность. [Электронный ресурс] // Надежда: [web-сайт]. 31.10.2008. <http://www.babyblog.ru/user/Nadezhda/234415>
6. Заостровцева М.Н. Агрессивность дошкольников: коррекция поведения / М.Н. Заостровцева, Н.В. Перешеина. – М.: ТЦ Сфера, 2006. – 112 с.
7. Зимина И.С. Детская агрессивность как предмет педагогического исследования / И.С. Зимина // Педагогика. – 2003. – № 5. – С. 14-18.
8. Змановская Е.В. Девиантология: учеб. пособие для студ. высш. уч. заведений / Е.В. Змановская. – М.: Академия, 2003. – 288 с.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ

Н. В. Басалаева, А. В. Измайлова

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Ежегодно проводится множество исследований, посвященных тематике суицида в подростковой среде. Статистические данные, полученные в исследованиях разных авторов, постоянно меняются и обновляются. Так, согласно статистике, приведенной экспертами, в России число самоубийств детей и подростков до 14 лет с 2000 года по 2010 год сократилось в два раза – с 500 до 240. С другой стороны, согласно данным ВОЗ: «критический уровень» – 11 случаев суицида на 100 тысяч населения, а в России этот показатель превышен в четыре раза – 38-40 случаев.

По словам П.А. Астахова (уполномоченного при президенте РФ по правам ребенка), наша страна занимает лидирующую позицию по подростковым суицидам. П.А. Астахов считает, что одной из причин данной проблемы является нехватка психологов в образовательных учреждениях (один психолог на 800 учащихся) (Астахов, 2010). Психологам требуется изучить реальные причины, то, что толкает подростков на этот крайний шаг.

Подростковый возраст – один из самых сложных возрастов в жизни человека. Именно в этот период, согласно статистическим данным, наблюдается пик суицидального поведения. По данным статистики до 13 лет суицидальные попытки редки. С 14-15 лет суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16-19 лет. В подростковом возрасте формируется страх смерти, который, однако, еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни. Общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка, а в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения (Зайцева, 2012).

Суицидальное поведение рассматривается в работах большинства авторов как один из видов отклоняющегося поведения. Это вид саморазрушительного поведения, которое направлено на причинение вреда себе самому, а не окружению. Суицидальное поведение включает в себя пять степеней выраженности:

1) антивитальные переживания;
2) пассивные суицидальные мысли;
3) суицидальные замыслы;
4) суицидальные намерения;
5) суицидальная попытка.

Проанализировав теоретические аспекты организации профилактической работы, мы выяснили, что специально организованная работа позволит осуществлять социальную и психологическую защиту детей, снизить количество детей с девиантным поведением и избежать суицидальных попыток, организовать работу по оптимизации взаимоотношений в детско-родительской среде. Психопрофилактика способна не допустить возникновения суицидального риска у подростков, благодаря устранению внешних причин, факторов и условий, способствующих его возникновению. Профилактика осуществляется на трех уровнях:

1) первичная;
2) вторичная;
3) третичная.

Цель общей профилактики – это повышение групповой сплоченности в школе. На данном уровне, мероприятия направлены на создание общих школьных программ психического здоровья, здоровой среды в школе, так чтобы дети чувствовали заботу, уют, любовь. Организация внеклассной воспитательной работы. Разработка эффективной модели взаимодействия школы и семьи, а также школы и всего сообщества.

Учащиеся, чувствующие, что учителя к ним справедливы, что у них есть близкие люди в школе, ощущающие себя частью школы, гораздо реже думают или пытаются совершить самоубийство.

Задачи педагога-психолога на данном этапе:

1) изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого учащегося с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении;
2) создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе так и в период трудной жизненной ситуации (составление программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся);
3) привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты законных прав и интересов ребенка;
4) формирование позитивного образа Я, уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей;
5) привитие существующих в обществе социальных норм поведения, формирование детского милосердия, развитие ценностных отношений в социуме.

На уровне первичной профилактики, цель - выделение групп суицидального риска; сопровождение детей, подростков и их семей группы риска с целью предупреждения самоубийств.

Основные мероприятия данного уровня:

1. Диагностика суицидального поведения

В задачи педагога-психолога на данном этапе входит: 1) выявление детей, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите; 2) работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние; 3) оказание экстренной первой помощи, обеспечение безопасности ребенка, снятие стрессового состояния.

2. Индивидуальные и групповые занятия по обучению проблем-разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.

Задачи педагога-психолога на данном этапе: 1) сопровождение детей и подростков группы риска по суицидальному поведению с целью предупреждения самоубийств: терапия кризисных состояний, формирование адаптивных копинг-стратегий, способствующих позитивному принятию себя подростками и позволяющих эффективно преодолевать критические ситуации существования; 2) работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние.

3. Классные часы, круглые столы, стендовая информация

Задачи педагога-психолога на данном этапе: 1) изучение теоретических аспектов проблемы с позиции различных наук (философии, физиологии, психологии, социологии, педагогики) и использование информации в работе с педагогами и родителями; 2) повышение осведомленности персонала, родителей и учащихся о признаках возможного суицида, факторах риска и путях действия в этой ситуации.

С педагогами проводится психопросвещение в вопросах дезадаптивного поведения детей и подростков, в том числе суицидального, дается информация о мерах профилактики суицида среди детей и подростков.

Родителей необходимо познакомить с информацией о причинах, факторах, динамике суицидального поведения, обеспечить рекомендациями, как заметить надвигающийся суицид, что делать, если у ребенка замечены признаки суицидального поведения.

С детьми о суициде вести беседы необходимо с позиции их помощи товарищу, который оказался в трудной жизненной ситуации. Подростки должны быть осведомлены о том, что суицид - это уход, уход от решения проблемы, от наказания и позора, унижения и отчаяния, разочарования и утраты, отвергнутости и потери самоуважения, от того, что составляет многообразие жизни, пусть и не в самых радужных ее проявлениях. Прежде чем оказать помощь другу, который собирается совершить суицид, важно располагать основной информацией о суициде и о суицидентах. Особенно важно быть в курсе дезинформации о суициде, которая распространяется гораздо быстрее, чем информация достоверная. Дети

должны получить достоверную информацию о суициде, которую необходимо знать для оказания эффективной помощи оказавшемуся в беде другу или знакомому.

4. Разработка плана действий в случае самоубийства, в котором должны быть процедуры действия при выявлении учащегося группы риска, действия при угрозе самоубийства и после самоубийства

Задачи педагога-психолога на данном этапе: 1) включение созданной системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе (составленной программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся) в общий план действий; 2) определение своей позиции и перечня конкретных действий при выявлении учащегося группы риска, при угрозе учащегося закончить жизнь самоубийством, и после самоубийства.

Третий уровень – вторичная профилактика. Цель данного уровня является - предотвращение самоубийства.

Мероприятия, совершаемые на данном уровне, включают в себя:

1. Оценку риска самоубийства

Оценка риска самоубийства происходит по схеме: крайняя (учащийся имеет средство совершения самоубийства, выработан четкий план), серьезная (есть план, но нет орудия осуществления) и умеренная (вербализация намерения, но нет плана и орудий).

Задачи педагога-психолога на данном этапе: 1) педагог-психолог может взять на себя роль того, кто мог бы отговорить самоубийцу от последнего шага или выступить в роли консультанта того, кто решился вступить в контакт с учащимся, который грозится покончить жизнь самоубийством, отговорить самоубийцу от последнего шага; 2) психолог входит в состав кризисного штаба по предотвращению самоубийства.

2. Оповещение соответствующего учреждения психического здоровья (психиатрическая клиника), запрос помощи. Оповещение родителей.

Задачи педагога-психолога на данном этапе должны быть определены и требуют проработки.

3. Разбор случая со школьным персоналом, который был включен в работу, так чтобы он мог выразить свои чувства, переживания, внести предложения относительно стратегий и плана работы.

Задачи педагога-психолога на данном этапе должны быть определены и требуют проработки. Если самоубийство официально признается причиной смерти учащегося, тогда в уведомлении о причине смерти в среде учащихся должно звучать слово «самоубийство», а не «несчастный случай» или «неизвестная причина смерти». Однако ни в коем случае не должно быть упоминания средств совершения самоубийства.

На четвертом уровне – третичной профилактике, цель - снижение последствий и уменьшение вероятности дальнейших случаев, социальная и психологическая реабилитация суицидентов.

Мероприятия:

1. Оповещение, возможность проконсультироваться с психологом, внимание к эмоциональному климату в школе и его изменению.

Задачи педагога-психолога на данном этапе: оказание экстренной первой помощи, снятие стрессового состояния у очевидцев происшествия (дети, подростки, персонал школы).

2. Глубинная психотерапевтическая коррекция, обеспечивающая профилактику образования конфликтно-стрессовых переживаний в дальнейшем

Данная работа – уровень медицинских психологов, психотерапевтов.

Н.В. Морозова и М.Н. Овчинникова выделяют следующие два основных направления работы с подростками, склонными к суицидальному риску (Морозова, 1994).

1. Оптимизация условий обучения и воспитания, способствующих полноценному развитию личности подростка посредством воздействия на основные сферы межличностного взаимодействия учащихся (в первую очередь, семью, учебную группу – класс и педагогический коллектив) с целью оказания психолого – педагогической и социальной поддержки в плане предотвращения, устранения или ограничения негативных влияний ближайшего окружения на личность ребенка, процесс его развития;

2. Предупреждение, ранняя диагностика и коррекция нервно–психических расстройств, психосоматических заболеваний, аномалий психического и личностного развития учащихся.

Основная деятельность по этой программе – психопрофилактическая. В самом общем виде, главная цель данного направления состоит в устранении факторов, оказывающих патогенное влияние на психику ребенка, и использовании факторов, обладающих положительным, саногенным воздействием. Это, в первую очередь, оздоровление психосоциальной среды развития ребенка, то есть работа с родителями, педагогами. Кроме этого, оказывается разносторонняя специализированная помощь родителям – в плане коррекции воспитательских установок, нарушений в семейном общении: педагогам – относительно проблем профессионального, личностного порядка, предупреждения психоэмоциональных перегрузок. Особо следует выделить программы работы с так называемыми «проблемными», то есть социально неблагополучными семьями.

Для подростков проводятся групповые социотренинги, направленные на снятие синдрома тревожности, агрессивности, затруднений в общении, коррекции неадекватной самооценки, низкого социального статуса и других нарушений взаимоотношений со старшими, сверстниками. Эти программы, в сочетании с индивидуализированными программами аутотренинга, аутогенных тренировок, суггестивных программ по преодолению дурных привычек, коррекции негативных социальных установок, призваны внести весомый вклад в дело профилактики

трудновоспитуемости, девиантного поведения, поскольку хорошо известно, что генезис отклоняющихся форм поведения тесно взаимосвязан с процессом деформации социальных связей и отчуждения детей, подростков от основных институтов социализации, и потому одной из важнейших задач психолого-педагогической поддержки является преодоление этого отчуждения, включение подростка в систему общественно значимых отношений, благодаря чему он сможет успешно усваивать позитивный социальный опыт (Овчарова, 2003).

Нами было организовано экспериментальное исследование, направленное на изучение склонности к суицидальному поведению подростков, на базе МБОУ «СОШ №4» г. Лесосибирска, среди учащихся восьмых классов. В качестве диагностического инструментария были использованы методики: «Опросник суицидального риска» (в модификации Т.В. Разуваевой) и характерологический опросник К. Леонгарда – Г. Шмишека.

Анализируя результаты проведенного нами экспериментального исследования по изучению склонности подростков к суицидальному поведению, мы условно распределили учащихся экспериментальной группы на 3 группы: 1 группа (14,2%) - с высоким уровнем сформированности суицидального риска, для данных испытуемых свойственны такие акцентуации характера как гипертимическая, педантическая, циклотимическая; для учащихся второй группы (7,1%) со средним уровнем сформированности суицидального риска характерна гипертимическая акцентуация характера; испытуемые, находящиеся в третьей группе – 78,5% (с низким уровнем суицидального риска), имеют следующие акцентуации характера: эмотивную, циклотимическую, гипертимическую, педантическую, экзальтированную.

Подростки, находящиеся в первой группе (группе риска), характеризуются желанием привлечь к своим проблемам внимание окружающих, которое расценивается с внешней стороны как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей». Также для них характерно доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Они готовы реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайних ситуациях, у таких подростков может произойти аффективная блокада интеллекта. Такие подростки могут воспринимать себя, ситуации как явление исключительное, не похожее на другие, непроницаемы для опыта. Выявлено наличие отрицательной концепции собственной личности и окружающего мира. Для них характерно восприятие мира как враждебного, несоответствующего представлениям о нормальных и удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Возможно, для них характерна следующая формула внутреннего диалога – «Вы все недостойны меня». Такие подростки характеризуются тем, что находятся в постоянном поиске культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение, и считают его в какой-то

мере привлекательным. Данные подростки заимствуют суицидальную модель поведения из литературы и кино. В крайнем варианте они ставят главенствующей ценность смерти, а не жизни. Также, данные подростки характеризуются инфантильным максимализмом ценностных установок. Такие подростки характеризуются невозможностью конструктивно планировать свое будущее.

Нами апробирована программа по первичной профилактике суицидального поведения «Ценность жизни» Е.Ю. Зиновой в условиях общеобразовательного учреждения. В основу данной программы по первичной профилактике суицидального поведения подростков «Ценность жизни» положена система групповой и индивидуальной работы с подростками склонными к суицидальному поведению, посредством групповых занятий с элементами тренинга, досуговых мероприятий для учащихся в образовательном учреждении, индивидуальных консультаций (Зинова, 2011).

Проанализировав результаты повторной диагностики склонности к суицидальному риску старших подростков экспериментальной группы, мы отмечаем, что снизилось количество подростков со средним уровнем суицидального риска до 14,2%, также не было выявлено учащихся с высоким уровнем сформированности суицидальных намерений. Это говорит о том, что у данных подростков наблюдается снижение склонности к демонстративному поведению, повысилась способность контролировать свои эмоции в разных сложных ситуациях, данные учащиеся не подразумевают исключительные варианты выхода, они «проницаемы» для опыта - могут умело использовать в повседневной жизни как собственный жизненный опыт, так и чужой, данные учащиеся положительно относятся к самому себе, к самоуважению, принятию себя. Важно отметить, что испытуемые «гибки» в установках и не фиксируются на неудачах.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод, что понимание и осознание психологических особенностей подростков со склонностью к суицидальному поведению, и грамотно организованная первичная профилактика суицидального поведения подростков помогут избежать и своевременно предотвратить попытки суицида в среде подростков.

Список литературы:

1. Астахов П.А. Мифы и реальность подросткового суицида [Электронный ресурс]: / П.А. Астахов / Мифы и реальность подросткового суицида. П.А. Астахов. – электронный журнал.– М.: Сфера, 2010. – Режим доступа: http://www.myblogінfo.ru/view_post.php?id=141
2. Зайцева Н.В. Опыт образовательных учреждений России по профилактике детских суицидов // Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики. 23-24 декабря 2012г. / отв. ред. Н.Ю. Синягина, Н.В. Зайцева, Е.Г. Артамонова – М., 2012. – С. 60-64.

3. Зинова Е.Ю. Программа по первичной профилактике суицидального поведения подростков 14-17 лет «Ценность жизни» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.vashpsixolog.ru/preventive-work-of-a-psychologist-in-the-school/130-prevention-of-suicide-suicide/1639-programma-po-pervichnoj-profilaktike-suiczidalnogo-povedeniya-podrostkov-14-17-let-lczennost-zhiznir
4. Морозова М.В. Диагностика суицидального поведения подростков. Диагностика и коррекция нарушений социальной адаптации подростков / М.В. Морозова, М.Н. Овчинникова. – М., 1994. – 174 с.
5. Овчарова Р.В. Практическая психология образования. – М.: Академия, 2003.

АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗДОРОВЬЯ

Ж. Г. Дусказиева

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»,

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева»

Феномен здоровья и факторы, его определяющие, изучаются еще с Античного времени, однако современные представители психологических и медицинских наук до сих пор не могут однозначно определить критерии здоровья, а также четко обозначить границы нормы и патологии, механизмы и факторы, определяющие тот или иной вид здоровья. До сих пор ведутся споры о соотношении факторов здоровья, в том числе и психологических.

Подходы к определению здоровья отличаются многообразием (П.И. Калью, 1988). Наиболее распространенные определения здоровья:

- нормальная функция организма на всех уровнях его организации (клеточном, биохимическом, гистологическом и др.);
- динамическое равновесие организма и его функций с окружающей средой;
- способность к выполнению основных социальных функций;
- способность к адаптации в изменяющихся условиях;
- отсутствие болезни, болезненных состояний;
- полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие.

Наиболее интересным и объективным нам представляется определение здоровья как совокупности потенциальных и реальных возможностей человека в осуществлении своих действий без ухудшения физического и духовного состояния, без потерь в адаптации к жизненной среде (И.С. Ларионова)

С конца 70-х г.г. двадцатого века возникает новая научная область – психология здоровья, в рамках которой изучаются психологические

причины здоровья, методы и средства его сохранения, укрепления и развития. Анализируя научную литературу по психологии здоровья (Ходырева Н.В., 1992; Ананьев В.А., 1998; Никифоров Г.С., 2003; Пахальян В.Э., 2006; Чебакова Ю.В., 2013 и др.) можно выделить основные психологические факторы, коррелирующие со здоровьем и болезнью:

– личностные характеристики и поведенческие особенности;
– когнитивные особенности;
– эмоциональные особенности;
– механизмы психологической защиты и копинг-стратегии;
– демографические переменные;
– факторы социальной среды;
– стрессоры.

Взаимосвязь вышеперечисленных факторов формируют у человека внутреннюю картину здоровья, которую можно определить как систему представлений о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном, угрожающих здоровью факторах, способах его сохранения и возвращения. Внутренняя картина здоровья является сложноорганизованной системой, включающей в себя несколько компонентов:

– телесный – ощущение физического комфорта или дискомфорта;
– эмоциональный – переживания и чувства человека, связанные с состоянием здоровья, а также особенности эмоционального состояния, возникающие из-за ухудшения физического или психического самочувствия человека;
– когнитивный – знания человека о своем здоровье, о его роли в жизни, знание основных факторов, укрепляющих и повреждающих здоровье;
– мотивационный (поведенческий) – актуализация деятельности человека по сохранению здоровья. Мотивационный компонент внутренней картины здоровья опосредуется ценностью здоровья и определяет образ жизни, направленный или на сохранение, или на разрушение здоровья.

Если рассматривать здоровье как сложный, многокомпонентный феномен в рамках биопсихосоционоэтической модели, можно выделить следующие психологические факторы здоровья:

1. Эффективность/неэффективность взаимодействия матери и ребенка на ранних этапах развития. Эффективность взаимодействия матери и ребенка предполагает ее способность удовлетворить его потребности в безопасности, любви и заботе. Если мать сама не обладает достаточной психологической зрелостью, ребенок может выступать средством поддержания ее самоуважения. Подобная зависимость от собственного ребенка позволяет определить стиль ее отношения как условное принятие, при котором он любим в том случае, если соответствует ее ожиданиям.

Подобное взаимодействие затрудняет формирование самоценности ребенка вне родительских ожиданий. Тогда болезнь, нездоровье может стать средством своеобразной коммуникации матери и ребенка, выполнения функцию выгоды, позволяющей обрести материнскую любовь и заботу.

2. Адекватность/неадекватность семейных стереотипов как культурных первообразов здоровья и болезни. Семья – это социальный институт, участвующий в формировании личности человека. Первыми в процесс социализации включается семья. Через родителей ребенок учится социально опосредовать свои телесные и психические функции. Если родители соматически и психически здоровы, ведут здоровый образ жизни, то процесс социализации функций ребенка будет успешен. Однако если родители болеют, то ребенок может копировать как сами симптомы, так и способы реагирования на болезнь, усваивая семейные стереотипы здоровья и болезни. Однако, если, несмотря на заболевания, родные демонстрируют направленность на здоровый образ жизни, желание справиться с болезненными ощущениями, то ребенок учится правильным способам сохранения и поддержания своего здоровья. Причем наиболее значимым в формировании отношения к собственному здоровью для ребенка становится не то, что родители транслируют ему посредством речи, а то, что они показывают на примере своего поведения, отношения к собственному здоровью.

3. Психологическая зрелость/инфантильность. На ранних этапах онтогенеза ребенок образует единую систему со взрослым, осуществляющим о нем заботу. Обычно таким человеком выступает мать, которая должна удовлетворять физиологические потребности ребенка, сочетая данный процесс с трансляцией любви и эмоционального тепла. Мать выполняет функцию первичной позитивной оценки ребенка, на основании которой он приобретает способность любить себя и самостоятельно регулировать самоотношение, в том числе и отношение к своему здоровью.

4. Способность/неспособность заботиться о себе. Способность заботиться о себе является одним из атрибутов психологической зрелости и зависит от компетентности матери обеспечить ребенку трансляцию любви и эмоционального тепла, основанных на удовлетворенной потребности в безопасности. В этом смысле нездоровый образ жизни можно рассматривать как реализацию тенденций к самоуничтожению (растянутый во времени суицид). Например, отсутствие следования системе самоконтроля при сахарном диабете приводит к риску рецидивов состояний пониженного и повышенного сахара, не только угрожающих жизни, но и приводящих к отдаленным последствиям болезни (потеря зрения, ампутация нижних конечностей и др.).

5. Грамотность/психологическая некорректность системы информирования в области последствий нездорового образа жизни. При информировании отдаленных последствий нездорового образа жизни

специалисты должны придерживаться рамок собственной профессиональной компетенции, а также учитывать индивидуальные особенности людей.

6. Наличие/отсутствие ценностного компонента здоровья. В семьях, где имеется «культ болезни», у детей не формируется в должной мере ценностного компонента здоровья. Если ребенок в такой семье заболевает, то становится психосоматическим больным, так как мотивационный компонент здоровья искажается, возникает амбивалентное отношение к болезни, когда мотив получить психологическую выгоду от симптомов значительно сильнее, чем мотив от них избавиться и выздороветь. Пример отношения родителей к своему здоровью в результате действия механизма идентификации также влияет на ценностный компонент здоровья ребенка.

7. Позитивный/конфликтный личностный смысл здоровья. Личностный смысл здоровья определяет его значение в контексте жизни конкретного человека. Нездоровый образ жизни с данной позиции можно понять как реализацию конфликтного личностного смысла здоровья: при наличии позитивного личностного смысла здоровья может иметь место альтернативный смысл отсутствия здорового образа жизни. Например, ценность здоровья может вступать в конфликт с позитивным смыслом табакокурения как акта коммуникации в подростковой субкультуре. В данной социальной структуре курение может выступать как атрибут принадлежности к референтной группе. Данный пример также иллюстрирует, что наличие когнитивного компонента внутренней картины здоровья, т.е. знание о вредных последствиях курения не выступает реальным регулятором поведения, направленного на здоровый образ жизни (Чебакова Ю.В., 2013). Для современного человека характерен парадокс в отношении своего здоровья: на когнитивном уровне имеется понимание о необходимости сохранять здоровье и вести здоровый образ жизни, однако страдает поведенческий компонент – человек не прикладывает для этого необходимых усилий.

Остановимся на тех личностных качествах, которые обеспечивают оптимальное проявление поведенческого (мотивационного) компонента внутренней картины здоровья.

Одним из основных психологических факторов здоровья является воля. Именно такое качество личности как сила воли отвечает за реализацию любых действий по сохранению, укреплению и развитию здоровья человека. Волевые качества способны передаваться не только генетически, но и являются новообразованием пережитого возрастного кризиса 3-х лет («Кризиса Я-сам») или развиваются вследствие упорной психологической тренировки (самовоспитание).

В значительной степени влияют на здоровье и такие качества личности как терпеливость, настойчивость и целеустремленность. Нередко здоровье утрачивается в течение жизни или изначально человек

не рождается с хорошими физическими задатками, ресурсами. В подобных случаях на пути к восстановлению или укреплению здоровья много трудностей, и терпение, настойчивость, целеустремленность могут явиться ресурсом для их преодоления. Например, после физической травмы для восстановления утраченной функции может потребоваться ежедневное выполнение комплекса физических упражнений, и медицинских процедур, вызывающих боль. Вышеперечисленные качества в данной ситуации в сочетании с усилием воли могут дать положительный результат, тогда как бессистемные занятия или апатичное, депрессивное отношение к болезни могут лишь усугубить состояние.

Если здоровье рассматривать через призму жизнедеятельности человека, то болезнь, как правило, угрожает лицам со следующими личностно-психологическими особенностями:

– решительным, активным, но при этом чрезвычайно честолюбивым, отличающимся повышенным чувством ответственности, долга, высоко требовательным к себе и другим лицам;
– педантичным, прямолинейным, бескомпромиссным, болезненно реагирующим на оценку себя со стороны окружающих;
– предрасположенным к «застреванию» на отрицательных эмоциях, самобичеванию, скрытым, подавляющим эмоции;
– трудно приспосабливающимся к быстро изменяющимся условиям жизни, нестойким в отношении неприятностей, неудач, агрессии со стороны других, крайне ранимым, тревожным и мнительным (Горовая В.И., Петрова Н.Ф., 2006).

Таким образом, понятие здоровья тесно связано с индивидуально-психологическими характеристиками человека.

Анализируя совладающее со стрессом поведение можно выделить следующие психологические факторы здоровья:

– конструктивность используемых механизмов психологической защиты, гибкость их применения (например, сублимация агрессивных импульсов во многих ситуациях снижает риск гипертонической болезни);
– адаптивность копингов (например, такие копинги как оптимизм, конструктивная активность помогают укрепить и сохранить здоровье);
– стрессоустойчивость.

Подробное изучение различных характеристик психологических факторов здоровья позволило объединить их в три основные группы по источникам формирования – факторы собственной активности, формируемые самой личностью в процессе социализации (например, здоровый образ жизни); факторы, обусловленные наследственностью и особенностями физической стороны жизни человека (например, некоторые черты характера, условия жизни в детстве, травмы) и социальные факторы (например, ценность здоровья в семье или «культ болезни», образец

отношения родителя к своему здоровью). Соотношение данных факторов в формировании здоровья человека может варьироваться в зависимости от его внутренних и внешних ресурсов.

Список литературы:

1. Ананьев В.А. Психология здоровья. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
2. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С.Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с.
3. Горовая В.И., Петрова Н.Ф. Идея системности в определении понятия здоровья // Фундаментальные исследования. – 2006. – № 3 – стр. 25-27. URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=1539 (дата обращения: 12.10.2013).
4. Ларионова И.С. Здоровье современного человека как ценность // Материалы конференции «Человек будущего». – Тула, 2005. – Том 1. [Электронный ресурс http://genmir.ru/b/dok/lar2.htm]
5. Пахальян В.Э. Развитие и психологическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст. – СПб.: Питер, 2006. – 240 с.
6. Чебакова Ю.В. Психологические факторы здоровья и болезни человека // Лекции о здоровом образе жизни. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. 2013. [Электронный ресурс http://www.rsmu.ru/7495.html]

НЕОБХОДИМОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ИБС

Е. В. Зорина, Н. Н. Вишнякова

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф.Войно-Ясенецкого»

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в течение многих лет является главной причиной смертности населения во многих экономически развитых странах (ВНОК, 2009).

В настоящее время ССЗ играют решающую роль в эволюции общей смертности в России. В 2010 г смертность от болезней системы кровообращения в РФ составила 56,5% в общей структуре смертности. Из них около половины приходится на смертность от ИБС.

В России показатели сердечно-сосудистой смертности значительно выше, чем за рубежом, однако последние 3 года наметилась тенденция к их стабилизации.

Частота стенокардии резко увеличивается с возрастом, начиная с 45 лет и достигает максимума в 65-74 года (ВНОК, 2009).

Около 10 млн. россиян трудоспособного возраста страдает ИБС, из которых 3,5 млн. приходится на стабильную стенокардию.

Только 40-50 % всех больных стенокардией знают о наличии у них заболевания и получают соответствующее лечение, 50-60% случаев заболевания остается нераспознанным (ВНОК, 2009).

Кардиологическая реабилитация повышает шанс пациента выжить. Кардиологическая реабилитация подходит пациентам всех возрастов и при многих формах заболеваний сердца. Реабилитация при болезнях сердца – это программа, основанная на индивидуальных особенностях пациента, которая состоит из упражнений, мероприятий и обучения, целью которой является восстановление здоровья после того или иного перенесенного заболевания сердца либо после перенесенного кардиохирургического вмешательства (Смулевич, 2005).

Реабилитация при болезнях сердца состоит из четырех основных частей:

1. Медицинская обследование и оценка общего состояния
2. Физическая активность
3. Обучение правильному образу жизни
4. Психологическая поддержка

Кардиологическая реабилитация часто начинается уже тогда, когда больной все еще находится в стационаре на лечении, а затем продолжается и после выписки. Первые этапы большинства программ кардиологической реабилитации длятся от трех до шести месяцев. В этом время с больными работают врач-кардиолог, обучающий специалист, диетолог, специалист по реабилитационным упражнениям, специалист по трудотерапии, физиотерапевт, а также психолог (Киселева, 2012; Смулевич, 2005; Сидров, 2008).

Заболевание сердца – это серьезная проблема, которая «выбивает» человека на какое-то время из привычной колеи. Это может привести к депрессии, беспокойству. Человек не можете работать, заниматься привычными вещами. Поэтому очень важна психологическая поддержка. Если у больного депрессия, не стоит игнорировать этот этап реабилитации, иначе восстановление от болезни будет протекать очень трудно. Психологическая реабилитация – важное звено в цепи всей кардиологической реабилитации. Все знают, что постоянный стресс – это фактор риска развития ИБС, инфаркта миокарда и инсульта. Для практики психологической реабилитации важно отношение к здоровью и болезни, направленность на скорейшее выздоровления, возвращение к труду, общественной жизни. Первое и главное — успокоиться, принять случившееся как свершившийся факт и не мучиться сожалениями, сравнивая свое состояние с тем, каким оно были до болезни. Отрицательные эмоции могут привести к худшим последствиям заболевания (Кисилева 2012, 2011; Сидоров, 2008; Смулевич, 2005).

Необходимо помнить, что стресс может усугубить течение заболевания, привести к обострению. Вот почему так важна правильная психологическая реабилитация.

Поэтому психологи помогут больным ИБС справиться со стрессом и депрессией (Киселева, 2012; Смулевич, 2005).

Таким образом, целью нашего исследования явилось: изучение психологических особенностей личности больных ИБС для разработки программы их психологической реабилитации

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Определить группы больных с ИБС.
2. Подобрать диагностические методики для изучения психологических особенностей личности больных ИБС.
3. Проведение исследования по выбранной теме.
4. Разработать программу психологической реабилитации больных ИБС.
5. Разработать рекомендации по улучшению психологического состояния больных с ИБС.

Нами было проведено диагностическое исследование больных с ИБС на базе ФМБА России СКЦ ТО №1 и кардиологического отделения ККБ.

Было проинтервьюировано 50 больных ИБС, находящихся на лечении в терапевтическом отделении №1 Сибирского Клинического Центра и ККБ.

Для изучения психологического состояния больных ИБС мы выделили 2 группы:

– 1 гр. это больные с ИБС до операции (ожидают операцию от недели до месяца).
– 2 гр. – больные ИБС после операции (до 3 лет).

Возраст больных составил 55-70 лет.

При проведении исследования было выявлено, что 58% составили мужчины и с 56 лет отмечается рост ИБС и пик заболевания приходится на возраст 66-70 лет.

Мы знаем, что при заболеваниях сердца имеет место и психосоматика. Поэтому у больных ИБС преобладает состояние тревожности и снижена стрессоустойчивость. Для изучения этих показателей мы провели тест Ридера и тест на определение уровня тревожности.

По нашим данным у больных ИБС до операции высокий уровень тревожности наблюдался практически в половине случаев, и несколько меньше средний, который составил 33%. У больных после операции значительно преобладал средний уровень тревожности – 60%, а высокий и низкий уровень тревожности оказались одинаковыми и составили по 20%

По данным теста Ридера на определение уровня стресса, было отмечено что, у больных ИБС до и после операции максимально преобладает низкий уровень стресса (86,7% и 93,3%). Средний уровень стресса незначительно отмечался в обеих группах, но в группе до операции превышал в 2 раза уровень стресса послеоперационных больных (13,3% и 6,7%).

Нуждающимся в психологической реабилитации были проведены беседы на темы:

«Действие стресса на организм человека», «Стресс и пути преодоления стресса», а так же больные ИБС посетили Школу здоровья.

Больные были обучены: методу глубокого дыхания; методу аутогенной тренировки; десяти заповедям преодоления стресса и стрессовых реакций.

После проведения вышеуказанных мероприятий мы вновь провели анкетирование для выявления полученных результатов.

В результате отмечалась положительная динамика в обеих группах, уровень высокой тревожности уменьшился как у больных с ИБС до, так и после операции. Преобладал средний уровень тревожности 46,7% в той и другой группе.

Нами так же было отмечено улучшение результатов при проведении теста Ридера. У больных до операции снизился средний (6,7%) и повысился низкий уровень стресса (93,3%). У больных после операции определялся только низкий уровень стресса и составил 100%.

Выводы:

1. При исследовании больных ИБС большинство (58%) составляют мужчины, с 56 лет заболеваемость растет и пик приходится на возраст 66-70 лет, что соответствует данным ВОЗ.

2. У больных ИБС до операции высокий уровень тревожности наблюдается практически в половине случаев, и несколько меньше - средний (33%). У больных после операции значительно преобладает средний уровень тревожности (60%), а высокий и низкий уровни тревожности оказались одинаковыми и составили по 20%.

3. У больных ИБС до и после операции максимально преобладает низкий уровень стресса (86,7% и 93,3%). Средний уровень стресса незначительно отмечается в обеих группах, но в группе до операции превышает в 2 раза уровень стресса послеоперационных больных (13,3% и 6,7%).

4. После проведения психологической реабилитации отмечалась положительная динамика в обеих группах: уменьшился уровень высокой тревожности, остается средний уровень тревожности составил 46,7% в той и другой группе. У больных ИБС до операции снизился средний и повысился низкий уровень стресса. У больных после операции определялся только низкий уровень стресса, который составил 100%.

Таким образом, хотелось бы отметить, что для практики психологической реабилитации важно отношение к здоровью и болезни, направленность на скорейшее выздоровление, возвращение к труду и общественной жизни. Фактически каждый больной ИБС нуждается в психологической реабилитации.

Список литературы:

1. Диагностика и лечение стабильной стенокардии: Российские рекомендации / Разработаны Комитетом экспертов ВНОК / Секция ишемической болезни сердца. – Москва, 2009.

2. Киселева М.Г. Психологические факторы в возникновении и течении сердечнососудистых заболеваний / Л.А. Бокерия, М.Г. Киселева // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2011. – № 6. – Т. 6. – С. 24-31.
3. Киселева М.Г. Психологические факторы и течение сердечнососудистых заболеваний / М.Г. Киселева // Национальный психологический журнал. – 2012. – № 1 (7). – С. 124-131.
4. Киселева М.Г. Личностные черты и риск возникновения сердечнососудистой патологии / М.Г. Киселева // Теория и практика общественного развития: электрон, науч. жури. |Электронный ресурс]. – 2012. – № 3: http://teoria-practica.ru/.
5. Киселева М.Г. Роль психологических факторов в течении периоперационного периода / М.Г. Киселева // Ученые записки университета Лесгафта. – 2012. – № 2(84). – С. 69-73.
6. Сидоров П. И. Клиническая психология: Учебник / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.
7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокардиология. – М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2005. – 784 с.

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Д. В. Каширский

Алтайская академия экономики и права

Проблема девиантного (отклоняющегося) поведения затрагивалась в работах многих отечественных и зарубежных ученых (Адамчук и соавт., 2004; Айхорн, 2001; Гилинский, Афанасьев, 1993; Дюркгейм, 2004; Ениколопов, 2005; Змановская, 2003; Каширский, 2013; Клейберг, 2001; Ковалев, 1979; Корнилова и соавт., 2005; Куттер, 1997; Личко, 2010; Менделевич, 2001; Мертон, 1966; Платонов, 1986; Собкин и соавт., 2005; Фельдштейн, 2008 и др.), и в то же время требует дальнейшей детальной проработки, так как сохраняет свою высокую актуальность в настоящее время.

С.Н. Ениколопов определяет девиантное поведение как «действия, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе (социальной группе) моральным и правовым *нормам* и приводящие нарушителя (девианта) к изоляции, лечению, исправлению или наказанию» (Ениколопов, 2003). В психологическом словаре под ред. И.М. Кондакова, девиантное поведение определяется как «форма поведения, характеризующаяся совершением поступков, которые противоречат нормам социального поведения, принятым в том или ином обществе» (Кондаков, 2007). Е.В. Змановская отмечает, что отклоняющееся (девиантное) поведение – это «устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся ее социальной дезадаптацией» (Змановская, 2003).

Анализ приведенных определений показывает, что девиантное поведение, прежде всего, связывается с несоблюдением людьми определенных норм. И в этом смысле между специалистами по девиантологии нет существенных расхождений в трактовке девиантного поведения. Расхождения начинаются в тот момент, когда ученые определяют то, какие именно нормы (социальные, правовые, медицинские и пр.) следует принимать во внимание при описании феномена девиантного поведения и что именно входит в содержание той или иной нормы. По мнению В.А. Пятунина, в настоящее время в литературе не существует ни четко установленного определения абсолютной поведенческой нормы, ни абсолютного понимания девиации (Пятунин, 2010). Заметим, что нормы изменчивы и в одной и той же культуре, поэтому если исходить из того, что девиация – это отклонение от некоторой нормы, то следует сказать о том, что представления о девиантном поведении также изменчиво (Каширский, 2013).

В основе выделения того, что нормально, от того, что нормальным не считается, лежат несколько критериев: *статистический*, *психопатологический*, *социально-нормативный*, *индивидуально-психологический* (Змановская, 2003).

Статистический критерий – самый распространенный и самый общий: нормально то, что встречается с большей частотой. Например, если бо́льшая часть людей курит, то в соответствии с этим критерием, курение – норма.

Социально-нормативный критерий девиантного поведения заключается в том, что отклоняющимся признается поведение, не соответствующее требованиям общества на данной стадии его развития, а одобряемым и поощряемым является нормативное поведение, которое соответствует культурным нормам и ценностям. Нормы удерживают общественную систему в состоянии равновесия и, как отмечает Ю.А. Клейберг, выступают в качестве «требований и ожиданий, которые предъявляет социальная общность (группа, организация, класс, общество) к своим членам с целью регуляции деятельности и отношений» (Клейберг, 2001). При этом любая норма относительна, так как носит культурно-исторический характер.

Индивидуально-психологический критерий девиантного поведение выражается в оценке самой личностью социальной нормы, способность соотносить культурные ценности с общечеловеческими и субъективными, личностными. Так, если в обществе большинство курит, то в соответствии со статистическим критерием, курение – это норма. Однако, если в обществе большинство курит, какая же это «норма»?

В соответствии с *психопатологическим или медицинским критерием* поведение можно разделить на два типа – нормальное и патологическое (аномальное). В основу разделения положены медицинские показатели,

указывающие положение человека на континууме «здоровье – болезнь». Между тем, связь между болезнью (в медицинском смысле) и девиантным поведением не является однозначной. По мнению Е.В. Змановской, «в некоторых случаях психические заболевания могут сопровождаться поведенческими нарушениями, вызывая патогенную дезадаптацию. В других случаях психических расстройств поведенческие девиации отсутствуют» (Змановская, 2003). «В классификации болезней, – отмечает Е.В. Змановская, - девиантное поведение не выделено в качестве отдельной нозологической единицы, следовательно, оно не является ни формой патологии, ни строго определенным медицинским понятием. По мнению автора, типология отклоняющегося поведения должна строиться на основе вида нарушаемой нормы и негативных последствий девиантного поведения. В результате выделяются: антисоциальное (делинквентное) поведение, противоречащее правовым нормам, угрожающее социальному порядку и благополучию окружающих людей; асоциальное поведение, противоречащее морально-нравственным нормам общества, угрожающее благополучию межличностных отношений (агрессивное поведение, сексуальные аддикции и др.); саморазрушающее (аутодеструктивное) поведение, непосредственно угрожающее цельности и развитию самой личности (суицидальное поведение, злоупотребление ПАВ, пищевые аддикции и др.).

В то же время девиантное поведение широко рассматривается в ряду явлений, лежащих между нормой и патологией, таких как акцентуации характера, ситуативные реакции, нарушения развития, предболезнь, поэтому девиантное поведение может быть осмыслено как проблема психологии здоровья. Так, в работах некоторых авторов отклоняющееся поведение рассматривается в контексте проблемы здоровья и болезни. Так, в работе Р. Геррига и Ф. Зимбардо с опорой на справочник DSM-IV-TR и ряд исследований зарубежных авторов приводятся семь критериев, по которым можно было бы назвать поведение человека ненормальным (Герриг, Зимбардо, 2004):

1. *Дистресс или неспособность к действию.* Человек пребывает в угнетенном состоянии или теряет способность действовать, отчетливо возникает угроза физической или психической деградации или потери свободы движений.

2. *Неадекватность.* Субъект действует так, что это затрудняет достижение им целей, не способствует упрочению личного благополучия или сильно мешает другим в достижении их целей и удовлетворении потребностей общества.

3. *Иррациональность.* Человек действует или говорит так, что его слова и поступки представляются окружающим неразумными и непостижимыми.

4. *Непредсказуемость.* Человек ведет себя непредсказуемо и хаотично от ситуации к ситуации, так, будто не владеет собой.

5. *Необычность и статистическая редкость.* Образ действий человека по статистике встречается редко, и это нарушает общественные нормы того, что считается приличным и желательным. Однако статистически редкий образ действий не ведет к заключению о ненормальности. Например, гениальный ум встречается редко, но обладание им считается желательным. С другой стороны, чрезвычайно низкий интеллект также встречается редко, но обладание им считается нежелательным, так что его носители часто признаются ненормальными.

6. *Дискомфорт наблюдателя.* Человек причиняет окружающим неудобство, заставляя их испытывать угрозу или некое тягостное ощущение.

7. *Нарушение морально-этических норм и осквернение идеалов.* Человек нарушает преставление о том, как он должен вести себя с учетом общественных норм. По этому критерию девиантным может быть признано поведение человека, если он отказывается работать, или (в некоторых культурах), посещать церковь, или если он курит, или нарушает закон и пр.

Е. В. Змановская выделяет специфические особенности отклоняющегося поведения, к числу которых автор относит следующие:

1. *Несоответствие общепринятым или официально установленным социальным нормам*.

2. *Негативная оценка со стороны других людей* (общественное осуждение, социальные санкции, административная ответственность, уголовное наказание и пр.).

3. *Наносит реальный ущерб личности и окружающим людям (*дестабилизация существующего порядка, причинение морального и материального ущерба, физическое насилие и причинение боли, ухудшение здоровья и пр.).

4. *Стабильность во времени* (девиантное поведение стойко повторяется – многократно или длительно).

5. *Согласованность с общей направленностью личности* (девиантное поведение – не есть следствие нестандартной или критической ситуации, самообороны).

6. *Рассмотрение в пределах медицинской нормы.*

7. *Сопровождается проявлениями социальной дезадаптации*.

8. *Выраженное индивидуальное и возрастно-половое своеобразие* (отклоняющееся поведение, отражая «внешнее бытие» личности в социуме, является чрезвычайно разнообразным «изнутри»; индивидуальные различия людей затрагивают мотивы поведения, формы проявления, динамику, частоту и степень выраженности, то, как человек переживает отклоняющееся поведение – как нежелательное или как обычное или привлекательное).

Представляется, что приведенные выше особенности девиантного поведения могут быть отнесены и к тем поведенческим нарушениям, которые рассматриваются в контексте проблемы здоровья и болезни.

В литературе выделяются различные типы, виды, формы девиантного поведения. Так, Я.И. Гилинский и В.С. Афанасьев пишут, что в зависимости от типа нарушаемой социальной нормы, могут быть выделены следующие типы девиаций: правонарушения (преступность), пьянство (алкоголизм), злоупотребление наркотиками, самоубийства, бродяжничество, аморальное поведение, проституция, хулиганство, приверженность к деструктивным культам и др. (Гилинский, Афанасьев, 1993). С точки зрения медицинского подхода, различают: поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголь, табак, седативные и снотворные вещества, различные стимуляторы и др.), синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (расстройства приема пищи, половая дисфункция и др.), расстройства привычек и влечений (патологическая склонность к азартным играм, садомазохизм, педофилия и др.) и др. (Клиническая…, 2002). По мнению В.Д. Менделевича, тип девиантного поведения зависит от особенностей взаимодействия человека и общества. По мнению автора, к типам девиантного поведения относятся: делинквентный (асоциальное и антисоциальное поведение), аддитивный, патохарактерологический (патологические изменение характера), психопатологический (например, саморазрушающее поведение), а также девиации, обусловленные гиперспособностями человека (например, проявления гениальности). В качестве форм делинквентного поведения В.Д. Менделевичем называются: агрессия, суицидальное поведение, злоупотребление ПАВ, нарушения пищевого поведения, аномалии сексуального поведения, сверхценные увлечения (нехимические аддикции, философская интоксикация и пр.), характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипация, группирование и пр.), коммуникативные девиации (конформизм, аутизация, нигилизм и пр., безнравственное и аморальное поведение), неэстетическое поведение, или девиации стиля поведения (Менделевич, 2001).

Как видно из представленных классификаций проблема девиантного поведения затрагивает и сферу психопатологии.

В проведенном нами исследовании приняли участие 49 подростков в возрасте 15-18 лет с патологическими изменениями характера, обратившихся за помощью к психологу и посещающих тренинги личностного роста на базе Алтайского краевого клинического психоневрологического диспансера. Исследование было направлено на изучение субъективных ценностей и анализ внутренних «конфликтов» и «вакуумов» в системе ценностей молодежи. Выполнено исследование уровня самоактуализации личности и степени осмысленности жизни подростков.

Подростки обращаются к психологу в силу разных причин: часть из них направляется медико-психологической службой учебных заведений, в которых они обучаются; другие, обратившись вначале с жалобами на свое самочувствие к участковому невропатологу в поликлинику

по месту жительства и получив соответствующие направления, также оказываются в психоневрологическом диспансере; некоторые юноши имеют направление к психиатру, выданное военкоматом, и в связи с рекомендациями психиатра начинают посещать тренинги личностного роста; какую-то часть ребят приводят родители или другие члены семьи; довольно большая часть юношей и девушек приходят сюда самостоятельно, узнав о проводимых занятиях с подростками от своих друзей, которые либо уже участвовали когда-то в тренингах, либо посещают группу в настоящее время.

Перед проведением психодиагностической части исследования, опираясь на данные наблюдений и результаты экспертного опроса психолога и психиатра, а также применяя биографический метод (в том числе изучение анамнеза), мы установили ряд общих особенностей исследуемых подростков, среди которых можно выделить следующие:

- Высокий или средний интеллект;
- Неуверенность в себе, заниженная самооценка; неумение вступить в контакт как со взрослыми, так и со сверстниками в силу стеснительности и пассивности;
- Недоверие к миру, скептическое отношение ко всему;
- Высокий уровень тревожности. Некоторых подростков постоянно посещают различные страхи (в том числе и фобии). Следствием последних, зачастую, являются беспокойный сон и ночные кошмары;
- Беспокойство по поводу «утраты» смысла жизни;
- Повышенная раздражительность, вспыльчивость, утомляемость; жалобы на частые головные боли;
- Конфликты с родителями;
- Резко негативное отношение к учению (особенно у подростков, обучающихся в школе), враждебное отношение к учителям;
- Трудности в самоопределении (профессиональном, жизненном, личностном).

Практически все обследованные юноши и девушки (за редким исключением) имели акцентуации характера или же характеризовались наличием психопатии. Среди них: аутичные (шизоидные), психастенические, астенические, эпилептические, возбудимые, сензитивные, застревающие (ригидные), тревожные, истероидные типы личности.

Методы исследования: тестирование с помощью методики диагностики системы ценностей, внутренних конфликтов и вакуумов (Д.В. Каширский), «самоактуализационного теста» (Л.Я. Гозман и др.), теста «смысложизненных ориентаций» (Д.А. Леонтьев); наблюдение и беседа; биографический метод, экспертный опрос, лонгитюдный метод.

В эмпирическом исследовании установлено, что для подростков с патохарактерологическими изменениями свойственна низкая значимость «альтруистических ценностей», таких как социальная активность,

помощь другим людям, милосердие и сострадание к ближнему, патриотизм и любовь к Родине. Для подростков более значимы такие ценности, как любовь, семейная жизнь, получение высокого образования, интересная работа.

Для подростков характерна внутренне противоречивая (дисгармоничная, деформированная, выражено гетерогенная) система ценностей. Наиболее вероятными источниками внутренних противоречий и конфликтов в системе ценностей являются такие жизненные сферы, как любовь, общение и здоровье. Таким образом, блокирование ценностей «Любовь», «Общение», «Здоровье» в подростковом возрасте или препятствия на пути реализации данных ценностей, ставшие для субъекта непреодолимыми, невозможность полноценной амплификации соответствующих этим ценностям личностных смыслов, связано с «уходом субъекта в болезнь» и развитием патохарактерологического типа девиантного поведения.

Подростков отличают средние или низкие показатели самоактуализации личности. Жизнь юношей и девушек менее осознанна и целенаправленна. Для данной категории молодежи характерна жизнь сегодняшним или вчерашним днем. Жизненная перспектива представляется этими подростками весьма призрачной и размытой. Подростки не удовлетворены тем, как складывается их жизнь в целом, их также не устраивает прожитая часть жизни, им свойственна выраженная зависимость от мнения окружающих, инфантилизм, а в некоторых случаях даже ничем не подкрепленное прожектерство. Патохарактерологические проявления у подростков соседствуют с дискретностью временной трансспективы. Так, будущее этими подростками видится вне связи с их настоящим и прошлым.

Проведенное исследование позволяет говорить также и о близости феноменов девиантного поведения и патологии характера подростков. Как показал анализ среди участников исследования – подростков, характеризующихся характерологическими расстройствами, подавляющее большинство отличает и наличие различных проявлений отклоняющегося поведения. Поэтому можно согласиться с авторами, относящими различные виды психопатологии характера к форме отклоняющего поведения. Таким образом, проблема девиантного поведения предстает перед исследователями не только как проблема патологии поведения, вопрос, актуальный для представителей общей или прикладной (возрастной, социальной, юридической) психологии, но и как проблема психологии здоровья.

Список литературы:

1. Герриг, Р. Психология и жизнь / Р. Герриг, Ф. Зимбардо. – СПб.: Питер, 2004. – 955 с.
2. Гилинский, Я.И. Социология девиантного поведения / Я.И. Гилинский, В.С. Афанасьев. – СПб.: Санкт-Петербургский филиал РАН, 1993. – 140 с.

3. Ениколопов, С.Н. Девиантное поведение /Большой психологический словарь /под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – М.: Прайм-Еврознак, 2003. – 672 с.
4. Змановская, Е.В. Девиантология : (Психология отклоняющегося поведения). – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 288 с.
5. Каширский Д.В. Субъективные ценности подростков с девиантным поведением /Д.В. Каширский. – Барнаул: Изд-во ААЭП, 2013. – 199 с.
6. Клейберг, Ю.А. Психология девиантного поведения. *М.*: ТЦ Сфера, Юрайт-*М* , 2001. – 160 с.
7. Клиническая психология /Под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.
8. Кондаков, И.М. Психология. Иллюстрированный словарь /И.М. Кондаков. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 783 с.
9. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения. – М.: МЕДпресс, 2001. – 432 с.
10. Пятунин, В.А. Девиантное поведение несовершеннолетних: современные тенденции [Текст] / В.А. Пятунин. – М.: РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия», 2010. – 286 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ПЕДАГОГА

Е. Э. Кригер

Алтайская государственная педагогическая академия

Повышенная стрессогенность общества, усиление напряжения отражается на деятельности и здоровье многих педагогов, что ослабляет их жизненные силы, приводят к психологической утомляемости и изменениям личности. При этом, как следствие феномена отраженной субъектности, своей личностью педагог формирует в детях ряд деструктивных качеств, нарушающих их нравственное развитие. Вследствие чего, необходимы исследования, представляющие актуальные и потенциальные результаты обеспечивающие определение путей поддержания личностного развития педагога и сбережения его профессионального здоровья.

Одним из путей решения проблем профессионального здоровья педагога является коррекция его личностных изменений, профессионально деформирующих поведение педагога в отношении с детьми. В данной статье мы ставим перед собой задачу обобщить представления о профессиональных деформациях педагога и представить типы профессиональных деформаций, свойственных современному педагогу.

Профессиональные деформации педагогов в психологической науке были исследованы в работах Г.В. Акопова, С.Г. Вершловского, Р.М. Грановской, Н.В. Кузьминой, Л.М. Митиной, В.С. Мухиной, А.Б. Орлова, А.В. Осницкого А.О. Прохорова, А.Л. Савинацкого, В.А. Сластенина, Н.М. Симонова А.И. Щербакова и др. Авторы данных работ указывают на наличие искажений в личности, обусловленных профессиональной деятельностью, при которых профессия начинает проникать в личностную сферу педагога. Они отмечают то, что профессия учителя является одной из наиболее деформирующей личность.

А.Л.Свенцинский под профессиональными деформациями личности понимает профессиональные стереотипы, становящиеся настолько характерными для человека, что он ни как не может в других социальных ролях выйти за рамки сложившихся стереотипов, перестроить своё поведение сообразно изменившимся условия. (А.Л.Свенцицкий, 2004).

Э.Ф.Зеером дана следующая классификация профессиональных деформаций педагога:

- Общепедагогические деформации, которые характеризуются сходными изменениями личности у всех лиц, занимающихся педагогической деятельностью.
- Типологические деформации, вызванные слиянием личностных особенностей с соответствующими структурами функций педагогической деятельности в поведенческие комплексы.
- Специфические деформации личности педагога обусловлены спецификой преподаваемого предмета.
- Индивидуальные деформации определяются изменениями, происходящими с подструктурами личности и внешне не связаны с процессом педагогической деятельности, когда параллельно становлению профессионально важных для преподавателя качеств происходит развитие качеств, не имеющих на первый взгляд отношения к педагогической профессии (Э.Ф.Зеер, 2003).

Как отмечает Л.М. Митина, у представителей педагогических профессий закономерно обнаруживается ряд профессиональных деформаций, из которых особого внимания заслуживают общепедагогические деформации, обусловленые спецификой пространства, в котором существует личность учителя, основанной на необходимости построения взаимодействия с другим субъектом. Часто педагоги, используют свою личность как инструмент влияния, для появления авторитарного стиля руководства [96].

Л.М. Митина определяет параметры основных проявлений профессиональной деформации, в ней она выделяет:

- Низкий уровень педагогической направленности (предметная направленность);
- Педагогическая ригидность (неадекватное эмоциональное реагирование, однотипные способы психологической защиты, интеллектуальное «застревание»);
- Низкий уровень психолого-педагогической компетентности (мастерства);
- «Разорванное», неструктурированное самосознание (низкий уровень самопознания, самоотношения, саморегуляции, самоидентичности) (Л.М. Митина, 2005).

Согласно наблюдениям Р.М. Грановской многих учителей отличает поучительная манера речи, привычка к упрощенному подходу решения проблемы, авторитарность. Проявление указанных особенностей

не только мешает работе учителя, но и затрудняет его общение вне школы – в кругу близких (Р.М.Грановская, 2003).

Исследования Г.В. Акопова, А.А. Бодалева, Н.В. Кузьминой, В.С. Мухиной, А.О. Прохорова, В.А. Сластенина, А.И. Щербакова и др. свидетельствуют о преобладании в профессиональной деятельности учителя тенденции навязывания своего образа «Я» учащимся и окружающим взрослым. Возникает неврозоподобная потребность в эксплуатации других, стремлении к власти над детьми и людьми вообще. Е.В. Улыбина обращает внимание на повышенную агрессивность педагогов (Е.В. Улыбина, 1993), Н.М. Симонова отмечает репрессивную направленность общения педагогов, выводы ею были сделаны в ходе анализа записей дневников учащихся в возрасте 10-15 лет, которые свидетельствуют об агрессивности и манипулятивных тенденциях учителей в общении с ребенком (Н.М. Симонова, 1982). А. Милгрем, А. Бандура и С. Алтемеер указывают на то, что педагогам характерна тенденция, рассматривать детей как заслуживающих наказания, факторами повышающими вероятность их жестокости являются выученная предрасположенность учеников к послушанию, уважение к власти, боязливость и добродетельность (А. Бандура, 1999).

С.Г. Вершловский выделяет группу учителей, которых отличает авторитаризм, отрицание и игнорирование в учащемся субъективного начала (так называемый «самоутверждающийся» тип). Истинную педагогическую направленность автор характеризует как проявление ценностного отношения к личности ученика, ориентацию на взаимодействие с учащимся, наличие эмпатии, сопереживания, сочувствия. Он считает, что центральными качествами учителя являются психологические качества личности (С.Г. Вершловский, 1994).

А.В. Осницкий указывает на то, что профессиональная деформация педагога особенно сильно выражена в период кризиса зрелых лет. Нередко в этом возрасте возникает разлад с взрослеющими детьми, приводящий к тяжелому одиночеству. Привычка учить, доминирующий, авторитарный, монологичный стиль общения создают трудности во взаимодействии с окружающими: тяжелее становиться слушать и слышать собеседника, труднее отвечать на вопросы и позволять себе сомнения. Активно формируется безапляционность суждений, привычка «вещать на публику», привлекать к себе внимание. Невнимание окружающих воспринимается все более остро. Различные перегрузки ведут к повышенной раздрожительности и агрессивности, сужению интересов, ограниченности взглядов и суждений. В психотерапевтических группах их поведение, на первом этапе работе, характеризуется как яростное сопротивление любой попытке подвергнуть сомнению какую-либо из их субъективных установок. Вклад в динамику развития группы – негативный, тормозящий развитие терапевтического взаимодействия. У них часто наблюдаются психические срывы, иногда подобные пациенты вообще не корригируемы (А.В. Осницкий, 2004).

А.Б. Орлов отмечает, что одной из наиболее распространенных особенностей деформаций личности учителя является так называемый эффект прилипания профессиональной маски к лицу, возникающий как результат обезличивания (депресонализации) учебно-воспитательного процесса. В педагогической коммуникативной системе взаимодействуют не личности, а социальные роли. «Поведение участников взаимодействия жестко детерминировано ролевыми, ситуативными требованиями, предписаниями, ожиданиями. Все, что думают и переживают учителя и учащиеся во внутреннем плане, подвергается как бы строгой цензуре, и во внешнем плане, в поведении, отражается лишь то, что согласуется с требованиями соответствующих ролей». Такое функционально-формализованное взаимодействие индивида с окружением, исходящее не от своего индивидуального «лица», а от требований исполняемой роли, можно назвать ролевой маской. Деперсонализация профессиональной деятельности, оправданная реально существующей педагогической идеей о том, что учитель должен быть образцом, интеллектуально-нравственным идеалом и эталоном, приводит к реальному обезличиванию коммуникативных процессов (А.Б. Орлов, 1988).

Г.В. Митин отмечает, что использование однотипных способов психологических защит вызывает такую психологическую деформацию как эмоциональную, интеллектуальную и поведенческую ригидность (Г.В. Митин, 2005). В работах А.А. Ерошенко также показано, что фактором, затрудняющим педагогическое общение является регидность. Она способствует выбору жестких стереотипов педагогического воздействия, усиливает доминирование и дистанцию педагога во взаимодействии, требования их беспрекословного послушания, а также приводит к использованию императивных способов воздействия на учащихся, к нетерпимости к их ошибкам и недостаткам поведения (А.А. Ерошенко, 1989).

К. Левиным совместно с Р. Уайтом и Р. Липпитом были выделены признаки авторитарного синдрома, к которым они отнесли:

- Опору на власть и внешнюю престижность (убранство кабинета, аппаратура);
- Акцент на том, что ученик находится в зависимой позиции;
- Все взаимоотношения строятся на основе строгих требований, обязанностей, теплота во взаимоотношениях с учащимися рассматривается как слабость;
- Особое отношение к учащимся, родители которых могут оказаться полезными;
- Эгоцентрическая реакция: представление о собственном предмете как о самом главном; другие предметы (а иногда их носители) принижаются, собственному приписываются все добродетели, характерно употребление слова «настоящий»;

– Психологическая ригидность, неспособность изменить свое поведение, даже если оно неэффективно, нетерпимость ко всякого рода инициативам, идущим снизу, ненависть к инакомыслию;
– Дистанцированность от учащихся, клановость, относительное безразличие к их интересам (К.Левин, 2001).

К.В. Судаков обращает внимание на такой деформирующий личность учителя момент как феномен «учительской агрессии» (экспрессивная, импульсивная, враждебная и инструментальная агрессия). Накопившиеся отрицательные эмоции приводят педагога к вербальной агрессии, выраженной в специфическом речевом поведении, основанном на репрессиях. Автор выделяет следующие особенности репрессивного поведения:
– диктаторский, безапелляционный тон;
– штампованные назидания;
– издевательские обращения;
– угрозы, запугивания (К.В.Судаков, 1997).

Таким образом, обобщая рассматриваемые источники, мы можем констатировать, что существуют следующие типы профессиональной деформации личности педагога:

1) Авторитарность педагога как стремление максимально подчинить своему влиянию участников педагогического взаимодействия. Стремление придать большую значимость собственному авторитету, канонизировать себя, не дать право на ошибку и не позволить ошибаться другому. Стремление обеспечить единоличное управление педагогическим процессом, и не дать никому усомниться в правильности своего подхода.

2) Демонстративность – как стиль поведения, используемый как средство самоутверждения, проявляющийся в эгоцентризме, жажде внимания к своей персоне, центрации на своей позиции, мнении, авторитете. Тем не менее, определенная демонстративность педагогу все таки необходима.

3) Дидактичность – проявление поучительного, назидательного взаимодействия, использование нравоучений, вплоть до профессионального занудства.

4) Догматизм – как стремление использовать неизменные вечные положения, неподвергаемыми критике при решении типичных задач. Педагогический догматизм проявляется в стремлении упростить проблему, решить её без учета всей сложности педагогической ситуации, игнорируя данные психолого-педагогических теорий, пренебрегая наукой, посредством самоуверенности и завышенной самооценки.

5) Доминантность, связана со стремлением педагога к доминированию во взаимодействии. Часто педагоги, имеющие эту деформацию склонны устанавливать достаточно большую дистанцию во взаимодействии, проявлять властную позицию, самоутверждаться за счет учеников. Среди средств педагогического воздействия использовать наказание, требование и контроль.

6) Индифферентность, основанная на безразличии, игнорировании индивидуальности учащихся, проявлении равнодушия по отношению к их достижениям или проблема развития. Часто такие педагоги проявляют отстраненность, безучастность равнодушие по отношению к другим субъектам педагогического взаимодействия. Они также не проявляют интереса к новой информации, тенденциям развития психолого-педагогической науки и области знания преподаваемого предмета.

7) Консерватизм, проявляющийся как стремление использовать уже наработанные материалы, применять заготовленные формы и методы работы, проявление осторожности или сопротивления по отношению к новому, неизвестному.

8) Агрессивность предполагает проявление вербальной враждебности и нетолерантности по отношению к факторам, нарушающим внутреннее равновесие. Использование грубости, фамильярности в обращении к учащимся, преобладание обвинительных и назидательных высказываний и безапелляционных суждений.

9) Ролевой экспансионизм, наблюдается у педагогов тотально погруженных в профессию, ограниченных восприятием своей предметной области, фиксированных на педагогических проблемах и трудностях, неспособных видеть индивидуальное развитие учащегося. Ролевой экспансионизм обнаруживается в жестком ролевом поведении за пределами учебного заведения, в преувеличении роли преподаваемого предмета.

10) Декларативность, как склонность иметь нравственную и духовную позицию на словах, а не на деле. Стремление пропагандировать моральные принципы и нормы поведения без осознавания их роли и места в своей индивидуальной жизни, склонность к лицемерию, социальной желательности, неискренности чувств.

11) Поведенческий трансфер предполагает проявление в поведенческих, эмоциональных и речевых реакциях черт и качеств, присущих воспитанникам, учащимся.

13) Выученная беспомощность формируется у педагогов при условии, что в ситуации, которая его не устраивает, он обнаруживает, что она ни в коей степени не зависит от его поведения и его усилия не приведут к изменению ситуации. Вследствие чего, педагог уходит в страдания, переживает свою беспомощность, перекладывает решение всех своих проблем на окружающих людей, подменяя, персональные мотивы личного и профессионального развития и роста поиском внешней спасающей инстанции.

Знание типологии профессиональных деформаций позволяет правильно организовать работу по управлению рисками профессионального здоровья педагога и использовать оптимальные способы, позволяющие в определенной степени прогнозировать наступление рискового события и принимать меры к снижению степени возникновения риска.

Список литературы:

1. Подростковая агрессия [Текст]/ А.Бандура, Р.Уолтерс. – М., 1999. – 512 с.
2. Вершловский, С.Г. Учитель крупным планом. Социально-педагогические проблемы учительской деятельности С.Г. Вершловский. – СПб, 1994, – С. 32.
3. Грановская, Р.М. Элементы практической психологии [Текст] / Р.М. Грановская. – СПб., – 2003. – 655 с.
4. Ерошенко А.А. Особенности установок учителя на различных этапах овладения мастерством [Текст] // А.А.Ерошенко/ Психология учителя. – М., –1989. – С. 36-45.
5. Зеер, Э.Ф. Психология профессий [Текст]/ Э.Ф.Зеер. – М., – 2003. – 336 с.
6. Левин, К. Динамическая психология: [Текст] Избранные труды/ К. Левин. – М.: Смысл, – 2001. – 572 с.
7. Митина Л.М., Митин Г.В., Анисимова О.А. Профессиональная деятельность и здоровье педагога [Текст]// Л.М.Митина, Г.В.Митин, О.А. Анисимова. – М., – 2005, – 363 с.
8. Орлов, А.Б. Перестройка психолого-педагогической подготовки учителя [Текст] / А.Б.Орлов // Вопросы психологии. – № 1, – 1988. – С. 21.
9. Осницкий, А.В. Проблемы психологического здоровья и адаптации личности [Текст]/ А.В. Осницкий. – СПб., – 2004. – С. 199-251.
10. Свенцицкий, А.Л. Психология управления организациями [Текст]/ Свенцинский А.Л. – СПб: Издательство С.-Питерб. ун-та, 2004. – 224 с.
11. Симонова Н.М. Экспериментальное исследование структуры мотивации при усвоении иностранного языка в вузе. Автореф. канд. дис. – 19.00.07 М., 1982. –24 с.
12. Судаков, К.В. Общие закономерности системогенеза [Текст]// Теория системогенеза / Под ред. К.В. Судакова. – М., 1997. – С. 74.
13. Улыбина Е.В. Проблемы агрессии учителя-профессионала. [Текст]/ Улыбина Е.В.// Становление личности учителя-профессионала: проблемы и перспективы. – Ставрополь, – 1993. – С. 75.

ВЛИЯНИЕ СТИЛЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

И. О. Кононенко, Е. В. Зорина, Н. Н. Вишнякова, Л. В.Зазворка

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Проблема «отцов и детей» во все времена не оставляла равнодушной даже простых обывателей, не говоря уже о писателях, драматургах, философах, учёных и т.д. Сфера взаимоотношений ребёнка с родителями на протяжении всего периода взросления остаётся значимой и оказывает сильное влияние на формирование его личности: его потребностно-мотивационной сферы, системы отношения к себе и окружающим и т.д. В ходе взросления отношение к родителям и семье в целом изменяются, причём в подростковом возрасте эти изменения происходят особенно интенсивно и становятся особенно значимыми. Изменяется так же система отношений взрослых к ребенку, соответственно его личностным

и возрастным изменениям. При этом те стратегии воспитания, которые использовали родители в отношении своих детей, в более младшем возрасте: контроль поведения, оберегание от неприятностей, степень доверия, должны быть пересмотрены по отношению к подростку. К сожалению, родители часто не понимают, что дети, перейдя в подростковый возраст, требуют к себе другого отношения, и стараются применять те же стратегии отношений, что и раньше. Это, в свою очередь, приводит к бунту со стороны подростка и может служить предпосылкой для формирования девиантных форм поведения (Калинина, 2000; Райс, 2000). Родительское отношение к подростку может оказывать влияние на его стрессоустойчивость, понижая или повышая её. И это поддерживающее отношение так же должно становиться частью родительской стратегии взаимоотношений с подростком (Богомолова, 1988; Эйдемиллер, 1999).

Родительские отношения - это система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков (Смирнова, 2000). В основе любого стиля взаимодействия, установки и родительской позиции лежит отношение родителя к своему ребенку. Изначально родительское отношение формируется как установка, но развиваться может только в условиях активного общения с ребенком.

Изучив данную проблему теоретически, мы провели ряд экспериментальных исследований на базе детской комнаты полиции микрорайона Северный г. Канска, а так же на базе общеобразовательной средней школы № 19 г. Канска. Выборку составили подростки в возрасте 15- 16 лет, в количестве 51 человека. Для проведения исследования нами подростки были разделены на 2 группы. Первую группу составили подростки в количестве 25 человек, состоящие на учете в детской комнате полиции, которую мы назвали «девианты»; вторую - подростки, обучающиеся в общеобразовательной средней школе, под названием «норма» в количестве 26 человек.

При изучении характеристики семей, где проживают подростки «девианты» было выявлено, что 24% подростков проживают в малообеспеченных семьях, 32% -проживают в асоциальных семьях, где один или оба родителя злоупотребляют спиртными напитками, либо имеют судимость, 36% проживают в формально-благополучных семьях (семьи, где существуют: гиперопека или равнодушное отношение к подростку) и 8% подростков проживают в семьх, где один из родителей страдает психическим заболеванием.

У подростков в группе «девианты» нами были выявлены следующие формы девиантные поведения. Все подростки (100%) данной группы курят, употребляют алкоголь и наркотики, более половины (58%) имеют судимость, 23 % ведут регулярную половую жизнь. Подростки, вошедшие в группу «норма», учатся в общеобразовательной средней школе, на заметку в полицию никогда не ставились.

При выяснении толерантности к курению в группе «девианты», было выявлено, что 16% курят более 10 сигарет в день, остальные несколько меньше. По стажу курения большинство курят с 10 лет.

При изучении проблемы употребления алкоголя и наркотиков подростками группы «девианты» было установлено, что почти половина подростков ежедневно употребляют алкоголь и периодически принимают наркотики, а 38 % принимают наркотики регулярно.

При изучении причины судимости у подростков на первом месте оказалось хулиганство, на втором - грабежи и на третьем – изнасилование.

При оценке сексуальной активности «девиантов» было выявлено, что 58% подростков имеют опыт сексуальных отношений.

Анализ анкетирования подростков группы «норма» показал следующее: все подростки (100%) пробовали курить и употребляли алкоголь, из них 44% пробовали наркотические средства, судимость не имеет ни кто. Не смотря на это, среди подростков постоянно курят только 20%, алкоголь регулярно никто не употребляет (употребляют алкоголь примерно 3-4 раза в месяц), наркотики вообще ни кто не употребляет, постоянного сексуального партнера имеют 12%, а 60 % еще не вступали в интимные отношения.

Далее мы изучили самоотношение личности подростков и выявили стиль родительского отношения к своим детям-подросткам. При изучении самоотношения личности подростков с помощью методики исследования самоотношения С.Р. Пантилеева (МИС) были получены следующие усредненные показатели.

Анализ показателей МИС у подростков группы «девианты» и группы «норма» выявил достоверные различия ($p<0,01$) по всем шкалам: низкие показатели группы «девианты» по сравнению с группой «норма» по шкалам 1 (закрытость - открытость), 2 (самоуверенность), 4 (отражённое самоотношение), шкала 5 (самоценность), шкала 6 (самопринятие) и более высокие по шкалам 8 (внутренний конфликт), 9 (самообвинение). Наши данные МИС показали, что подростки с девиантным поведением менее склонны принимать себя, такими как они есть и переживают внутреннюю конфликтность своего поведения и личности, склонны к самообвинению. В данном случае девиантное поведение может выступать как защитный механизм от авторитарного поведения родителей. Подростки из группы «девианты», считают себя нелюбимыми и не принимаемыми семьей.

Для подростков группы «норма» характерно, что они несколько идеализируют собственный образ, считая, что они несколько привлекательнее других людей как личности, что вокруг них может вертеться мир, и их внутренний мир богат и глубок, и другие люди не могут этого не видеть. Описанное выше, в принципе, укладывается в возрастные особенности старших подростков, которые на данный момент ищут себя и свое место (предназначение) в жизни, строят интимно – личностные отношения, а так же активно познают свое внутреннее Я.

Далее мы изучили стиль родительского отношения к своим детям-подросткам с помощью опросника родительского отношения (ОРО), в результате чего были получены следующие усредненные показатели.

Проведенный нами анализ показателей усредненного профиля ОРО в зависимости от отношения родителей подростков группы «девианты» к своим детям показал, что самыми выраженными шкалами являются 1 (принятие - отвержение), причем в данном случае преобладает именно отвержение, 2 (кооперация), 3 (симбиоз), 4 (авторитарная гиперсоциализация) и 5 (маленький неудачник). Отношение родителей к своим детям группы «норма» находится в пределах тестовой нормы.

В отношении родителей подростков группы «девианты» и группы «норма» имеются достоверные различия ($p<0,01$) по всем шкалам.

По нашим данным об отношении родителей к подросткам из группы «девианты» очевидно, что родители предоставляют им ограниченную свободу действий, строго контролируя «выход» ребенка за рамки родительских представлений. Часто наказывают за неправильное поведение, начиная с командно-приказного тона, переходя к крику, постановке в угол, наказания ремнем, запретом на удовлетворение потребностей ребенка, считая, что за один и тот же проступок мера наказания должна, постоянна возрастать. Ласкают ребенка очень редко, в основном предъявляя к нему высокие требования. Это следует из содержания и признаков авторитарного стиля воспитания родителей.

Для родителей второй группы подростков («норма») характерен другой стиль родительского воспитания, который обладает чертами рассудительного стиля. Родители, склонные к данному стилю, предоставляют ребенку свободу действий, с тем, чтобы он самостоятельно путем проб и ошибок приобретал личный опыт. Терпеливо рассказывают и отвечают на возникающие у ребенка вопросы. Взаимоотношения ровные и спокойные во всем. Четко следят за тем, чтобы достоинство ребенка никогда не принижалось. Отсутствие наказания порождает у ребенка не страх, а желание не причинять вреда другим. Родители много беседуют и отвечают на вопросы ребенка, поддерживают стойкий интерес и любознательность, преподносят интересные факты для осмысления ребенком.

Далее мы изучили уровень информированности родителей и выяснили, что почти все родители подростков обеих групп нуждаются в получении дополнительной информации по вопросам воспитания своих детей. Для родителей наиболее актуальными вопросами оказались: методы воспитания подростков в борьбе с плохим девиантным поведением, правила общения родителей с подростками, как уберечь подростков от вредных привычек, взаимоотношение подростков с противоположным полом.

В последнее время в помощь родителям и подросткам у нас в стране стали появляться «Школы психического здоровья». По нашим данным многие родители знают о существовании таких школ. Все родители проявили интерес к данной школе, и посещать ее хотели бы 89%.

При изучении уровня информированности подростков о девиантных формах поведения и о существовании «Школы психического здоровья» оказалось, что 85 % не владеют такого рода информацией и посещать такую школу согласились только 15%.

В итоге, мы можем говорить о том, что не только стиль родительского воспитания и отношения будет определять склонность подростка к девиантным формам поведения, свою роль будут играть так же окружение подростка, его ценностные ориентации, мотивация и многое другое. Но тот факт, что отношения с родителями являются основой, для формирования личности подростка являются главными - несомненно. Именно эти отношения будут определять вектор развития личности подростка, его морально нравственные ценности и ценность собственной личности, его стиль взаимоотношения с окружающими людьми.

Полученные нами данные с одной стороны, вызывают тревогу и, с другой стороны, актуализируют необходимость создания «Школы психического здоровья», которая поможет решить вопросы, ставящие родителей в затруднительное положение.

Список литературы:

1. Антикризисное поведение: сущность, проблемы, тенденции: Сборник научно-методических трудов / Под общ. ред. Н.В. Калининой, М.И. Лукьяновой. – Ульяновск: ИПК ПРО, 2000. – 108 с.
2. Богомолова Л.В. Подростковая культура: проблемы эстетического воспитания подростков. – М.: Политиздат, 1988, – 318 с.
3. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопросы психологии. – 2000, № 3. с. 3 – 13.
4. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. – СПб.: Питер, 2000. – 656 с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

Е. А. Левкова, Е. Л. Мотрич, Н. Э. Косых, С. З. Савин, М. В. Сокольская

Дальневосточный государственный университет путей сообщений

Демографическая ситуация в Дальневосточном федеральном округе до сих пор находится в кризисном состоянии, что вызывает определенную обеспокоенность возможным нарушением здесь геополитического равновесия. Решение демографических вопросов стоит на одном уровне с обеспечением необходимых темпов роста российской экономики подъема жизненного уровня населения России, обеспечением вопросов, связанных с безопасностью страны [3,4]. Для Дальнего Востока сохранение достаточной численности населения имеет и важное стратегическое

значение: Дальний Восток представляет глобальный интерес своими природными ресурсами. В соседних зарубежных странах Северо-Восточной Азии (СВА) проживает порядка 300 млн. чел., что составляет свыше 5% всего мирового сообщества, а их суммарный демографический вес более чем в 40 раз выше российского Дальнего Востока. Все вместе страны СВА уступают ДФО по территории (46,8% от общей территории Дальнего Востока), но имеют значительно превосходящую плотность населения и связывают свои дальнейшие перспективы развития, прежде всего, с ростом демографического потенциала. Например, на 1 км границы на одного россиянина приходится 63 тыс. китайцев, а на 1 км² сопредельных территорий — 380 тыс. на одного российского гражданина [6]. В трех соседних провинциях Китая проживает населения в 16,3 раза больше, чем на территории всего Дальнего Востока. Демографический дисбаланс будет нарастать, поскольку у нас численность населения сокращается, а перспективы развития сопредельных стран связаны, как правило, с ростом демографического потенциала. Низкая освоенность и малая заселенность ставят Дальний Восток в сложное положение в геополитическом плане. И в этом тоже одна из причин, почему население покидает эту территорию [9].

Последняя зафиксированная максимальная численность жителей - 8056,6 тыс. человек была отмечена в регионе по состоянию на 1 января 1991 г. [2]. С этого момента Дальневосточный федеральный округ (ДФО) стабильно дрейфует в направлении уменьшения численности населения. Грань, отделявшая регион от депопуляции, была преодолена в 1993 г., когда население Дальнего Востока стало уменьшаться не только из-за миграционного оттока (МДН), но и за счет естественной убыли (ЕДН). За 1991-1995 гг. регион потерял 551,9 тыс. человек или 6,9% своего населения. За период реформ Дальний Восток почти полностью лишился потенциала своего развития и значимые приоритеты развития [1.5]. В 1996-2000 гг. продолжилось сокращение численности населения, и регион потерял еще 397,7 тыс. чел., уменьшив число своих жителей на 5,3%. На 1 января 2002 г. на Дальнем Востоке проживало 7038,1 тыс. чел., что на 424,0 тыс. чел. меньше, чем было в 1985 г. - в период начала процессов реформирования СССР и почти на 2,5 млн. меньше чем предполагалось по демографическим прогнозам на начало перестройки [23]. Ухудшение экономических условий жизнедеятельности вызывает все большую убыль населения. При этом доля миграционного оттока в общей структуре убыли населения региона составляет 57,5%, а естественной убыли - 42,5%. С 1993 г. естественная убыль населения увеличилась по ДФО почти в 3 раза (292,3 %), по России - на 15,7% [6,8]. На настоящий момент численность населения Дальневосточного федерального округа составляет 6 265 833 чел. при площади 6 215 900 км² - плотность населения 1,04 чел./км² [10]. Между последними двумя переписями 2002 и 2010 гг. численность населения округа сократилась на 401 тыс. чел. (6,0%),

составляя 4.38 % от общей численности населения Российской федерации, и уменьшилась по отношению к предыдущей переписи на 6%. Но период сокращения числа жителей в регионе начался еще с 1990-х гг. [10]. После максимума численности на 01.01.1991 г. наблюдается стабильное сокращение населения [7,9]. За период 1991-2010 гг. регион потерял 1,78 млн.чел. или 22,1% населения, т.е. более чем каждого пятого жителя, в том числе 225,5 тыс. чел. (12,7%) составила естественная убыль и 1554,5 (87,3%) - миграционный отток [35]. Динамика показателей рождаемости и смертности в регионе представлена на рис. 1. (1993 г. – «русский крест» [6]).

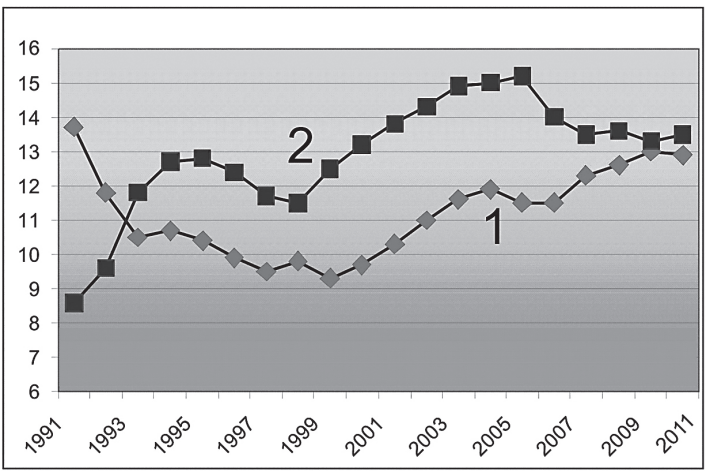


Рис. 1. Коэффициенты рождаемости (1) и смертности (2) \ в ДФО на 1000 человек населения

Из приведенного графика (рис. 1) следует, что ситуация с естественным движением населения в регионе несколько смягчается за последнее время. Насколько устойчива эта тенденция и в чем ее причины, покажут ближайшие годы. В любом случае, в ДФО сохраняется превалирование показателей смертности над рождаемостью. На начало 2011 г. на Дальнем Востоке проживало 6284 тыс. чел., т. е. 4,4% населения РФ.

Отметим как общую тенденцию мировой демографии переход от периода высокой смертности и рождаемости к периоду низкой смертности и низкой рождаемости [4]. Повлиять административными мерами на репродуктивный процесс бесполезно [1]. В мировой практике не было ни одного примера успешной государственной политики, которая привела бы к длительному стойкому увеличению рождаемости [3,8]. Следует заметить, что в последние десять лет произошло некоторое снижение потери населения за счет существенного сокращения естественной убыли (на 68,4%). Но, к сожалению, в период 2006-2011 гг. относительно

предыдущего пятилетнего периода увеличился миграционный отток (на 32,0%). По рангу показателя численности и плотности (1 чел. на кв.км) населения ДФО находится на последнем месте среди федеральных округов России и в лидерах по сокращению численности населения. Необходимо обратить внимания на тот факт, что разница в численности населения между переписью 2010 г. (октябрь 2010 г.) и данными на 01.01.2012 г., представленными по оценке ФСГС, составляет более 8000 чел. [4]. В целом регион неуклонно теряет свою долю в общей численности населения России – 4,47% (2002 г. - 4,59 %; 1991 г. - 5,4 %), а удельный вес в территории - 36,4% (кв. км - 1,041 чел. На настоящий момент численность населения Дальневосточного федерального округа составляет 6 265 833 чел. при площади 6 215 900 км², а плотность населения 1,04 чел./км² [3]. Между последними двумя переписями 2002 и 2010 гг. численность населения округа сократилась на 401 тыс. чел. (6,0%), составляя 4.38 % от общей численности населения Российской федерации, и уменьшилась по отношению к предыдущей переписи на 6% [3].

Согласно оценкам, учитывающим прогноз ООН для всей России [4], ДФО в наибольшей степени, чем другие территории страны, пострадает от сокращения числа своих жителей за счет естественной убыли (депопуляции) и миграционного оттока. При сохранении существующих тенденций в период 2015-2025 гг. регион может попасть в еще более глубокую «демографическую яму», что приведет к ежегодным дополнительным потерям примерно 1,6% ВРП [2,3]. Численность населения на Дальнем Востоке к 2025 г. может уменьшиться более чем на треть и составит около 4,7 млн. чел. и вернуться практически к численности 1959 г. (4834 тыс. чел.). Не меньшую демографическую угрозу несет региону непрерывное старение населения. К 2050 г. при неизменности негативной динамики демографической ситуации на Дальнем Востоке число жителей может составить всего порядка 4 млн. чел. [2,7,2].

Дальний Восток самым интенсивным образом задействован в западном миграционном дрейфе. Вектор миграционных потоков направлен преимущественно с востока и севера на запад и юг страны, усиливая неоднородность пространственного распределения жителей и экономической активности [1,3]. Более трети дальневосточников уезжает в миграционном обмене с федеральными округами России в центральные районы, которые нуждаются в трудовых ресурсах и выступают конкурентами Дальнему Востоку по их привлечению. Из числа выбывших, например, в 2008 г. за пределы Дальнего Востока в другие регионы России выехало 42,0%, в 2009 г. – 50,2%. Наиболее предпочтительным для выезжающих из ДФО в регионы России является ЦФО, куда в 2009 г. выехало 30,7% от общего числа дальневосточников, участвующих в миграционном обмене с другими регионами России, 14,0% - в ЮФО [10]. Если в обмене населением в целом с субъектами Российской Федерации

результативность миграции в 2009 г. составляла 17 чел. выбывших на 10 прибывших, то с ЦФО этот показатель составил 36 чел., то есть в этот округ миграционные потоки в 3,6 раза больше, чем в обратном направлении. Высок показатель отрицательной результативности миграции с СЗФО – 32 чел. и ЮФО – 28 чел. в 2010 г. и в последующие годы [4]. Такая ситуация объяснима и вызвана неравенством регионов страны в социально-экономических условиях и комфортности проживания. Поэтому в роли замещающей миграции может выступать только миграция из стран ближнего зарубежья [2,4]. Однако ресурсы русскоязычного населения почти исчерпаны: из 25 млн.чел. русскоязычных в бывших республиках СССР, по экспертным оценкам, их численность в настоящее время не превышает 1,5-2 млн.чел., которые при переезде в РФ вряд ли выберут целью назначения Дальний Восток [3,6,8]. Тем не менее, миграционное взаимодействие с отдельными странами СНГ приобретает для ДФО, пусть незначительное, но все-таки положительное значение [3,4]. Изменяется структура заболеваемости и смертности населения ДФО. Урбанизация региона меняет социально-экономическую, экологическую, социально-психологическую и криминологическую обстановку в регионе. Процесс урбанизации в сочетании с растущими миграционными потоками ведет к росту внебрачной рождаемости в регионах прибытия [4,10]. Маятниковая миграция населения способствует распространению инфекционных заболеваний, ведет к росту стрессовых ситуаций, травматизму, синдрому хронической усталости [2,9,10]. Сезонная миграция ведет к неравномерной сезонной нагрузке на медицинские учреждения, влияет на показатели здоровья населения. Процессы урбанизации могут потребовать пересмотра нормативов медицинской помощи, изменения стандартов и структуры сети медицинских учреждений [2,9,10].

С точки зрения планировании системы здравоохранения субъектов региона, повышения эффективности ресурсных затрат для совершенствования системы общественного здравоохранения были предложены меры по созданию региональной сети телемедицины, генотипированию и контролю за факторами риска, ориентированные как на все население, так и на группы повышенного риска и на хронических больных.

Важнейшим условием устойчивого развития региона с позиций медицинской демографии должно стать межсекторальное сотрудничество - принятие управленческих решений во всех секторах общества для рационального инвестирования средств, особенно в сфере здравоохранения и охраны окружающей среды; учреждение государственных механизмов для оценки степени воздействия на здоровье принятых мер и обеспечение подотчетности всех секторов в вопросах укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Необходимо, чтобы во всех секторах, имеющих отношение к формированию здоровья, повысилась ответственность и предпринимались целенаправленные действия для общих задач

безопасности человека и укрепления его здоровья. До настоящего времени работа по укреплению и охране здоровья населения рассматривалась как обязанность лишь работников сектора здравоохранения, начиная с профилактики заболеваний и завершая реабилитацией пациентов. От реализации всего комплекса мероприятий на межгосударственном уровне и зависит, как изменится демографическая ситуация на Дальнем Востоке в ближайшее столетие в связи с глобальными изменениями климата, экономическими катаклизмами, проблемами народонаселения, технизацией и урбанизацией Дальневосточного региона России.

Список литературы:

1. Анохин Л.В. Коновалов О.Е. Бесплодие в браке (медико-социальные аспекты.) Рязань: РГУ, 1995. 142 с.
2. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. М.: Финансы и статистика, 1984, 246 с.
3. Белобородов И.И. Политика демографического роста: комплексный ответ на глобальный демографический вызов. М.: Lambert Academic Publishing. 2011. 188 с.
4. Бодрова В. В. Репродуктивное поведение и репродуктивные права населения России в переходный период // Народонаселение, 1999, № 2. С. 14-22.
5. Борисов В.А. Демография. М.: Издательский дом NOTABENE, 2001. 272 с.
6. Вишневский А.Г. Демографическая модернизация. [Электронный ресурс]. URL: http://www.ukrupnenie.com/2050/2010/04/vishnevskiy-demo-modernization.pdf
7. Демографический ежегодник России. М.: Росстат, 2010. [Электронный ресурс]. URL:http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/ rosstatsite/main/publishing/catalog/statisticCollections/doc_1137674209312
8. Демоскоп. [Электронный ресурс]. URL: http://www.demoscope.ru/weekly/ 2011/0449/biblio01.php
9. Ермак В.А., Левкова Е.А., Ступак В.С., Чижова Г.В., Колесникова С.М. Иммуноцитокиновые характеристики плаценты и тимуса плода при патологическом течении беременности // Российский иммунологический журнал, 2012, том 6 (14), № 2 (1). С. 119-123.
10. Здоровье женщин России: Аналитический доклад (Экономические, социальные, экологические, правовые и медицинские аспекты) // Комиссия по вопросам женщин, семьи и демографии при Президенте Российской Федерации. М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 1999. 116 с.

СПОСОБНОСТЬ К САМОРЕГУЛЯЦИИ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Ж. А. Левшунова, А. С. Левшунов

Лесосибирский педагогический институт –
филиал Сибирского федерального университета

Современная ситуация развития предъявляет все более и более высокие требования. Стрессы, фрустрации, депрессии становятся неотъемлемой стороной жизнедеятельности человека. Поэтому сегодня особенно актуально поддержание и развитие здоровья человека.

Категория здоровья уже давно из чисто биологического плана перешла в более широкую плоскость понимания. Это понятие объединяет в себе медицинские, психологические, педагогические, социальные показатели (Дубровина, 2009).

Развитие личности и индивидуальности ребенка – вот основа психологического здоровья нынешнего молодого поколения. Важно, чтобы все педагогические системы были направлены на решение именно этой задачи. Ребенка нужно не только учить как стать личностью, но и организовывать для этого «рабочее» пространство. И.В. Дубровина в связи с этим в своей работе «Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности» отмечает: «Взрослым следует помочь ребенку овладеть средствами самопонимания, самопринятия и саморазвития в контексте гуманистического взаимодействия с окружающими его людьми и в условиях культурных, социальных, экономических и экологических реальностей окружающего мира, помочь молодому человеку увидеть красоту и сложность этого мира, научить его стать хозяином самого себя» (Дубровина, 2009).

Говорить о психологическом здоровье можно тогда, когда эмоциональная, волевая, мотивационная, познавательная сферы находятся в гармоничном, равновесном сочетании. Поэтому развитие самостоятельности, любознательности, общительности являются приоритетными направлениями.

Анализируя структурные элементы психологического здоровья, определяемые в современной литературе, мы обратили внимание на неоднозначность понимания этого вопроса. В структуру психологического здоровья принято включать самопринятие (высокая самооценка, выраженное чувство идентичности); личностный рост (мера самоактуализации); интегрированность (способность к совладанию со стрессовыми ситуациями); автономность (независимость от влияния социального окружения); точность восприятия реальности (социальная восприимчивость); компетентность в отношении окружающей социальной среды (способность к социальной адаптации и эффективному решению проблем) (Созонтов, 2006).

И.Л. Матасова в статье «Психологическое здоровье человека и его возрастная динамика» акцентирует внимание на трех составляющих психологического здоровья. К ним она относит самооценку, адаптацию и тревожность (Матасова, 2006).

Самооценка – важный элемент личностного развития. Самооценка – это оценка личностью самой себя, в основе которой лежат отношения с другими. Мы способны оценивать себя только в соотношении с оценкой поведения других и другими. Нельзя сказать хороший ты или плохой без некоего образца. И.И. Чеснокова отмечает, что с самых первых моментов своего возникновения самооценка имплицитно существует

в структуре регуляции поведения, и человек далеко не всегда осознает ее присутствие, но именно на ней основано соизмерение, сопоставление себя, своих возможностей с теми требованиями и задачами, которые выдвигают перед человеком те или иные обстоятельства социального взаимодействия» (Чеснокова, 1977).

В концепции М.И. Лисиной самооценка есть следствие знаний и представлений ребенка о себе. Автор разделяет самооценку на общую и конкретную, абсолютную и относительную. Общая самооценка ребенка связана с целостным отношением ребенка к себе, возникающем в процессе общения с окружающими. Она носит качественный характер (положительная – отрицательная, полная – неполная и т.д.). Конкретная самооценка связана с успехом-неуспехом отдельного действия ребенка. Абсолютная самооценка выражает отношение ребенка к себе, не связанное с мнением других; относительная самооценка рождается при сопоставлении ребенка с другими людьми.

М.И. Лисина отвергает понимание самооценки как реалистичной или адекватной. Потому что, по ее мнению, каждая личность уникальна и не может существовать единых рамок на завышенность или заниженность самооценки. Кроме этого, «любая самооценка не выбирается человеком по своему капризу, произвольно, а закономерно определяется объективными обстоятельствами. Поэтому она всегда объективно обусловлена, всегда адекватна породившим ее обстоятельствам» (Лисина, 1986).

И все же, в психологии принято выделять адекватную и неадекватную (заниженную или заниженную) самооценку. На формирование самооценки влияют различные факторы. К таковым можно отнести отношение матери к маленькому ребенку; похвала или порицание; успешность в различных видах деятельности; оценка другими как самой личности, так и той деятельности, которую она выполняет; взаимоотношения в семье; стиль воспитания; порядок рождения и др.

Самооценка постоянно изменяется, потому что личность сама постоянно развивается, меняются и ее представления о себе и эмоционально-ценностное отношение к себе. Единая самооценка личности формируется из отдельных сторон ее психического мира. Ее основная функция – это внутренняя регуляция поведения и деятельности человека.

Показателем психологического здоровья личности, конечно же, является адекватная самооценка, которая является основой самосознания и выполняет регулирующую функцию в поведении личности.

Вторым, но не менее важным, элементом психологического здоровья является тревожность. Чаще всего речь идет о ситуативной и личностной тревожности. Ситуативная тревожность является «нормальной» реакцией на какую-либо угрозу. Личностная же тревожность – это свойство личности, склонность переживать состояние тревоги не зависимо от ситуации. А.М. Прихожан отмечает в работе «Психология

тревожности: дошкольный и школьный возраст», что ситуативная тревожность – это типичное состояние эмоциональной напряженности, обусловленной конкретной ситуации, личностная же тревожность – это постоянная черта характера, проявляющаяся в склонности индивида испытывать тревогу вне зависимости от силы угрожающего фактора, в значительной мере влияющая на принятие решений, на выработку или тактику поведения и всей жизненной стратегии в целом (Прихожан, 2007).

Лица, имеющие заниженную самооценку, чаще всего имеют высокий уровень тревожности. К этому присоединяется повышенная раздражительность, фрустрация, агрессия, эмоциональная неустойчивость, что, естественно, не способствует психологическому здоровью.

Третьим показателем психологического здоровья личности является – адаптация. Адаптация – процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который (процесс) позволяет человеку удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивая в то же время соответствие максимальной деятельности человека, его поведения требованиям среды (Зотова, 1979).

Долгое время в психологии существовало мнение, что адаптация – это, прежде всего, приспособление. С.Т. Посохова в монографии «Психология адаптирующейся личности» (Посохова, 2001) отмечает, что внешние воздействия не могут не влиять на поведение человека. Человек вынужден к ним приспосабливаться, часто это происходит автоматически, практически без участия личности. Постепенно к природным формам адаптации присоединяются социально обусловленные, что способствует расширению адаптационного потенциала личности.

Анализируя имеющиеся в науке подходы к пониманию адаптации, С.Т. Посохова отмечает, что главная ее задача – обеспечение выживания и нормального функционирования организма. Социально-психологическая адаптация – это постоянный процесс приспособления индивида к условиям социальной среды. Культурная адаптация – это приспособление к новой культуре, сопровождающееся ассимиляцией новых культурных традиций.

И.А. Милославова выделяет основные стадии адаптации. 1 стадия – установление равновесия между средой и индивидом (через терпимость и стратегии поведения). 2 стадия – псевдоадаптационная, – внешнее приспособление к новой ситуации с одновременным отрицательным отношением к ней. На третьей стадии происходит приноравливание индивида к новой среде на основе взаимных уступок. И, наконец, 4 стадия, когда происходит переориентация индивида, трансформация прежних взглядов и установок (цит. по: Посохова, 2011).

Для того, чтобы быть адаптированным человек должен соответствовать требованиям общества, группы, соответствовать ожиданиям

окружающих, но и регулировать свои интересы. очень важно приспосабливаясь к окружающей среде сохранить свою целостность, свою самость. Только в этом случае можно говорить о эффективной адаптации.

Критериями достигнутого равновесия можно считать успешность деятельности, бесконфликтность общения, удовлетворенность собой и т.д.

Основой психологического здоровья в современном обществе, на наш взгляд, является саморегуляция деятельности и поведения. Речь идет, прежде всего, об осознанной саморегуляции, в основе которой лежит процесс инициации, поддержания, реализации и коррекции произвольной активности (Конопкин, 2011).

Специалисты отмечают неординарность и разноплановость понимания саморегуляции. Трудности возникают уже на этапе терминологии. Саморегуляция может быть осознанной, поведения, произвольной активности, деятельности, психических состояний.

В дошкольном возрасте ребенку уже доступна регуляция поведения. В ее основе лежит поведение взрослого, задающего поведенческие нормы. Однако ребенок на основе «эмоционально-гностических комплексов» (Веракса, 1996) может и сам конструировать эту норму. Затем ребенок, выстраивая норму поведения самостоятельно, начинает следовать ей в реальности.

Ссылаясь на исследования других специалистов, С.В. Чернобровкина указывает на личностные новообразования дошкольников, которые лежат в основе саморегуляции поведения: «произвольность поведения и эмоциональных проявлений (Л.С. Выготский), нравственные представления и чувства – «внутренние этические инстанции» (Л.И. Божович, Л.С. Выготский), соподчинение мотивов (А.Н. Леонтьев), осознание своего «Я» и возникновение на этой основе внутренней позиции (Л.И. Божович), эмоциональная децентрация (Л.С. Выготский, Г.М. Бреслав)» (Чернобровкина, 2001).

Л.С. Сапожникова в своей работе «Некоторые особенности нравственной регуляции поведения младших школьников» отмечает, что в период с 6-7 – 10 лет регуляция поведения связана с отбором ребенком действий, «направленных на реализацию приемлемого для него в нравственном отношении поведения» (Сапожникова, 1990). В этом возрасте уже функционируют такие составляющие саморегуляции как контроль и оценка результатов своей деятельности.

В.И. Моросанова и Т.Ю. Смирнова отмечают, что как осознанный процесс саморегуляция начинает выстраиваться в подростковом возрасте (Моросанова, 2003).

В период от 6 до 10,5 лет ускоренно начинают развиваться передние отделы коры головного мозга, которые связаны с реализацией произвольной регуляции и контроля поведения. После 10,5 лет синхронность развития нарушается, происходит ослабление контрольной функции коры.

В результате в младшем подростковом возрасте наблюдается двигательная расторможенность, неусидчивость, эмоциональная реактивность, конфликтность и агрессивность.

Однако уже в старшем подростковом возрасте произвольная саморегуляция восстанавливается и нормализуется. Поэтому можно говорить, что основной процесс формирования саморегуляции приходится именно на период обучения (в различных образовательных системах).

О.А. Конопкин в результате многолетних исследований пришел к выводу, что человеку как субъекту деятельности свойственна общая способность к саморегуляции. Под общей способностью к саморегуляции автор понимал «такое проявление осознанной саморегуляции, как инициативно-творческий модус установления человеком действенных отношений с окружающим предметным и социальным миром на основе активного, самостоятельного и успешного овладения разнообразными новыми видами и формами и социальных отношений» (Конопкин, 2004).

Общая способность к саморегуляции не является врожденным качеством, она формируется в процессе собственной активности субъекта, когда субъект научается абстрагироваться от конкретного вида деятельности и приобретает способность обобщенного умения управления целенаправленной активностью.

Опираясь на работу О.А. Конопкина (Конопкин, 2004), отметим, что общая способность к саморегуляции в основе своей содержит ряд необходимых компонентов. Во-первых, – это наличие полной функциональной структуры процессов саморегуляции, которые должны иметь высокий уровень сформированности. Во-вторых, «осознанно-произвольный уровень формирования и реализации регуляторного процесса в строгой подчиненности достижению результата, соответствующего принятой цели». В-третьих, внутренний план взаимодействия человека с отражаемой действительностью. В-четвертых, умение оперировать информацией во внутреннем плане. В-пятых, речевое развитие человека.

По мнению О.А. Конопкина, именно общая способность к саморегуляции способствует осознанию сильных и слабых сторон, компенсированию одних средств саморегуляции другими и ведет к максимально самореализации человека как субъекта деятельности.

В рамках осознанной способности к саморегуляции реализуются индивидуальные особенности саморегуляции.

Лица с высоким уровнем саморегуляции обладают значимо более позитивным отношением к себе: верой в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, оценку своих возможностей контролировать собственную жизнь и быть самопоследовательным, пониманием самих себя. Такие люди направлены на актуальный момент, бытие «здесь и сейчас», испытывают потребность в познании, ориентируются на гуманистические ценности и в целом, обладают стремлением к реализации

собственных способностей. При высоком уровне саморегуляции проявляется непрерывность восприятия собственной жизни, стратегичность и уверенность в основаниях собственных действий. Для лиц с высокой регуляцией важно восприятие себя как лидера и стойкость в достижении цели. Все это на ценностном уровне подкрепляется важностью завоевания высокого статуса и роли в обществе, а также управление людьми.

Лица с низким уровнем саморегуляции характеризуются выраженной тенденцией к чувству вины – потребностью испытывать вину и необходимость наказания за неправильные действия, чувствовать себя во многом хуже других, их направленность на реализацию собственного потенциала существенно ниже, чем у лиц с высокой регуляцией.

Таким образом, современное понимание психологического здоровья базируется на таких его составляющих как самооценка, тревожность, адаптация и саморегуляция. Адекватный уровень самооценки, низкий уровень личностной тревожности, адаптационный потенциал человека и умение регулировать свою деятельность и поведение – вот слагаемые психологического здоровья личности. Однако, вслед за И.Л. Матасовой (Матасова, 2010), отметим, что формирование компонентов феномена психологического здоровья происходит неравномерно, поэтому данный факт следует учитывать при качественной характеристике каждого отдельного периода онтогенеза.

Список литературы:

1. Веракса Н.Е., Дьяченко О.М. Способы регуляции поведения у детей дошкольного возраста// Вопросы психологии. – 1996. – № 3. – С. 14-27.
2. Дубровина И.В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. – 2009. – № 3. – С. 17-21.
3. Зотова О.И., Кряжева И.К. Некоторые аспекты социально-психологической адаптации личности. – М.: Мысль, 1979. – 140 с.
4. Конопкин О.А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъектного развития// Вопросы психологии. – 2004. – № 2. – С. 128-135.
5. Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности. – М.: ЛЕНАНД, 2011. – 320 с.
6. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.
7. Матасова И.Л. Психологическое здоровье человека и его возрастная динамика // Вестник Самарского государственного технического университета. Серия: «Психология». –2010. – № 6. – С. 104-111.
8. Моросанова В.И., Смирнова Т.Ю. Диагностика индивидуальных особенностей саморегуляции у подростков // Журнал прикладной психологи. – 2003. – № 3. – С. 58-60.
9. Посохова С.Т. Психология адаптирующейся личности. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2001. – 240 с.
10. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. – СПб.: Питер, 2007. – 192 с.

11. Сапожникова Л.С. Некоторые особенности нравственной регуляции поведения младших школьников // Вопросы психологии. – 1990. – № 4. – С. 55-60.
12. Созонтов А.Е. Гедонистический и эвдемонистический подходы к психологическому благополучию // Вопросы психологии. – 2006. – № 4. – С. 106-114.
13. Чернобровкина С.В. Саморегуляция поведения у дошкольников и ее формирование в сюжетно-ролевой игре: Автореф. дис. … к.пс.н. – Иркутск, 2001. – 22 с.
14. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. – М.: Наука, 1977. – 144 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПРИМЕРЕ МОЛОДЫХ ПЕДАГОГОВ

В. В. Матушкина

Сибирский федеральный университет

В настоящее время мы наблюдаем повышенный интерес к различным составляющим педагогической деятельности, ее организации и содержания. В частности большое внимание уделяется уровню подготовки педагогических работников в системе общего среднего образования. Так учитель получает не только высшее образование по специальности, но и повышает свою квалификацию на протяжении всего карьерного пути.

В связи с научно-техническим прогрессом, общество формулирует новый запрос к профессиональным навыкам педагогов. Теперь становится недостаточным просто знать свой предмет, настоящий учитель это не только человек, который получил педагогическое образование, посещает курсы повышения квалификации и работает в школе, но и прежде всего личность, которая критически подходит к обстоятельствам жизни, способна к самоуправлению поведением, обладает способностью планировать и осуществлять свой жизненный путь и т.д. (Никифоров, 2006), т.е. такую личность можно назвать психологически здоровой.

В нашей работе мы рассматриваем здоровье как относительно устойчивое состояние, в котором личность хорошо адаптирована, сохраняет интерес к жизни и достигает самореализации.

Всемирная организация здравоохранения выделяет следующие критерии психологического здоровья:

– осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».
– чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.
– критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам.
– соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.

– способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами.
– способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы.
– способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Важно, что мы рассматриваем здоровье не как «вещь», которую нельзя «накапливать», а можно только «тратить» в течение жизни (Федоренко, 2008). Для нас психологическое здоровье это ресурс, который можно развивать и «наращивать».

В деятельности педагога, наверное, как ни в какой другой, важно психического здоровья учителя, т.к. его деятельность направлена, в том числе и на еще формирующуюся личность ученика. В исследований одного из важных ресурсов психического здоровья- эмоциональной компетентности у педагогов, была установлена прямая зависимость между уровнем эмоциональной компетентности и включенностью/отчужденностью учеников в школе. Чем выше эмоциональная компетентность, тем выше включенность детей в учебную деятельность.

Приведенные факты еще раз доказывают значимость психического здоровья у педагогов, необходимость их развития. Закономерно будет задать следующие вопросы: как может происходить развитие названных выше ресурсов и есть ли в системе образования «места», где может происходить развитие?

Для того чтобы ответить на первый вопрос, необходимо обозначить противоречия, с которым сталкиваются молодые учителя и которые порождают конфликтные ситуации в их профессиональной деятельности.

Одно из противоречий получило название «фрагментарность против целостности». Суть противоречия состоит в том, что любой преподаваемый учителем предмет (проекции науки или выделенной из неё части – научной теории в школьную программу) должен быть передан в виде последовательности «проведенных» уроков. При этом перед начинающим учителем стоит задача – удержать целостность и научность «картины» предмета, сохранить все его внутренние связи, его структуру, не расчленив и не рассыпав её на фрагменты отдельных фактов, терминов и понятий. При формальном рассмотрении данная задача не нова для начинающего учителя, учитывая студенческий опыт изучения научных теорий и дисциплин, разграничения одной научной теории от другой, а, следовательно, опыт восприятия научного предмета в его целостности. Однако, фактически ситуация для начинающего учителя состоит в том, что он только теперь, начав преподавать предмет своим ученикам, осознает, что это возможно только при наличии собственных представлений о структуре и «поле» предмета.

Умение удерживать противоречие в продуктивной конфликтной форме мы определяем как конфликтную компетентность. (Юстус, 2010). Мы полагаем, что именно конфликтная компетентность является необходимым условием для развития ресурсов психологического здоровья. Сталкиваясь с противоречием в своей деятельности, молодой учитель оформляет для себя данную ситуацию как конфликт и в дальнейшем разрешает его. За счет этого у молодой учителя происходит развитие коммуникативной, эмоциональной компетентности, ответственности, инициативности, т.е. всех тех характеристик, которых выше мы обозначили как ресурсы психологического здоровья.

Далее мы попробуем ответить на второй вопросы и описать «места», где может происходить приращение ресурсов. Группа разработчиков Института психологии практик развития совместно с Красноярским краевым институтом повышения квалификации предприняла попытку создания пространства, где оформлялись бы противоречия профессиональной педагогической деятельности, т.е. становились бы потенциально разрешимыми.

Прежде чем говорить об устройстве данного пространства необходимо упомянуть о предпосылках возникновения данной идеи.

В 2009-2010 гг. Институтом повышения квалификации совместно с министерством образования и науки Красноярского края было проведено исследование «Предпроектное исследование профессионального состояния педагогов Красноярского края».

По результатам опросов были *зафиксированы несколько основных разрывов и рассогласований):*

- Невнятность представлений о перспективах профессионального и карьерного роста педагогов через непродолжительное время приводит к ощущению тупика на занимаемой должности
- Поколенческий разрыв в преподавательском корпусе: старший педагогический корпус нацелен на воспроизводство традиционных форм и методов образования; молодым педагогам «традиционная» школа не привлекательна, что приводит к уходу перспективных и инициативных молодых учителей из системы образования
- Реализация требований, предъявляемых к «новой» школе невозможно без овладения и систематического использования новых компетентностей самим учителем
- Невозможность решения задач исключительно за счет социально-экономической поддержки молодых педагогов
- Отсутствие адекватных обозначенной задаче инструментов и механизмов
- Отсутствие системного подхода к решению задачи

Для преодоления указанных рассогласований, группой разработчиков Института психологии практик развития были проведены организационно-деятельностные игры. В ходе которых участники пытались

ответить на вопрос: почему сфера образования не является привлекательной для молодых специалистов? За счет чего в школу можно привлекать молодых специалистов? Как решить вопрос о невнятности карьерного роста? И есть ли такая сфера деятельности, куда стремятся попасть, хотят стать профессионалами в выбранной области?

Такие сферы были обнаружены – спорт и искусство. Несмотря на ряд минусов в этих сферах (большие временные затраты, низкие зарплаты, огромные кастинги, а в некоторых случаях – потеря здоровья), ежегодно тысячи людей «штурмуют» ВУЗы и школы, где «живут» названные деятельности. Что есть в искусстве и спорте, чего нет в образовании? Отвечая на этот вопрос, нами были выделены следующие факторы: зрелищность (публичность), игровой характер (сценированность), режиссура действий, состязательность, прозрачность правил, внятность траектории развития, отчетливая динамика продвижения, престижность, отчетливая идентичность.

После выделения данных критериев, возникла идея перенести данные атрибуты спорта и искусства в сферу образования, с учетом специфики. Должен возникнуть симбиоз между основными деятельностями в спорте и искусстве, но которые были бы близки учителям. Деятельность состязательного характера была выбрана как наиболее привлекательная и зрелищная.

После определения вида деятельности, возник вопрос о том, в чем могут соревноваться учителя? Как могут соревноваться учитель русского языка и учитель математики?

В рамках Национальной образовательной инициативы «Наша новая школа» рассматривается новый подход к образовательным практикам. В качестве необходимости рассматривается внедрение нового метапредметного подхода, т.к. традиционные средства и способы педагогической работы не позволяют сделать обучение в школе адекватным уровню развития других сфер практики, в первую очередь промышленности. Общеобразовательные программы опираются сегодня на достижения наук более чем полувековой давности и совершено не ставят перед собой задачу обновления знаний. Метапредметные технологии были созданы для того, чтобы начать культивировать другой тип сознания и учащегося, и учителя, который не «застревает» в информационных ограничениях одного учебного предмета, но работает с взаимосвязями и ограничениями знаний каждой из дисциплин (Громыко, 2001). Это происходит благодаря тому, что на метапредметах и учебных занятиях с использованием элементов метапредметных технологий происходит выведение учителя и ученика к надпредметному основанию, которым является сама деятельность ученика и педагога. В ходе движения в метапредмете осваиваются сразу два типа содержания – содержание предметной области и деятельность.

На данный момент в Красноярском крае уже третий год реализуется проект «Молодежные профессиональные педагогические игры»,

в рамках которого педагоги с помощью соревнований определяют свой уровень развития метапреметных компетентностей. Т.о. они через культурно оформленный конфликт, т.е. через деятельность состязательного характера, приобретают необходимые ресурсы, позволяющие им развивать ресурсы психологического здоровья. На материале проекта было проведено 2 магистерских и 1 кандидатское исследования, которые показывают, что у молодых учителей действительно происходит развитие ресурсов. Так например, одной из исследуемых характеристик было профессиональное самочувствие педагога. По результатам исследования было выявлено, что педагоги, которые активно принимают участие в Играх, занимают призовые места, чувствуют себя более активным, инициативным, деятельными, работоспособными, даже если вначале не могли обнаружить в себе данные черты.

Безусловно, психологическое здоровье является необходимым условием успешной профессиональной деятельности, особенно у педагогов. Как мы отмечали выше, здоровье характеристика, которую можно развивать и «наращивать».

Список литературы:

1. Громыко Ю.В. «Метапредмет «Знание»». – М., 2001 – 540 с.
2. Федоренко Е.Ю. Здоровье как образовательный результат – Плоды просвещения, 2008.
3. Юстус Т.И. Ресурсы для развития конфликтной компетентности подростков или Куда впадает умение учиться? //Педагогика развития: движущие силы и практики развития: материалы 17-ой науч.-практ.конф. Красноярск, апрель 2010 г. – Красноярск: ККИПК, 2011 – с. 61-66.
4. Климов Е.А. Психология профессионала. – М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2010. – 400 с.
5. Никифоров Г.С. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г С. – СПб.. Питер, 2006. – 607 с: ил. – (Серия ≪Учебник для вузов).

ПЕРЕЖИВАНИЕ СОБСТВЕННОГО НЕСОВЕРШЕНСТВА КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

К. С. Познанская

Сибирский Федеральный Университет

Данная статья посвящена исследованию ситуаций, в которых обостряется переживание собственного несовершенства, которое может выражаться в ощущении своей некомпетентности, ощущении бессилия, осознании, что другие лучше, чем ты сам и так далее. В основном наше внимание будет направлено на изучение тех изменений, которые происходят в человеке в связи с такими переживаниями, то есть нас будет интересовать динамика личности.

Актуальность данного исследования состоит в необходимости дополнения и расширения теоретических представлений о внутренней динамике личности, связанной с переживанием негативных чувств относительно своего Я. Негативные чувства по отношению к самому себе могут серьезно повлиять на состояние психического здоровья человека в любом возрасте.

Практическая значимость данного исследования может быть обозначена следующим образом: в результате исследования будут получены эмпирические данные о внутренних изменениях человека ситуациях, когда человек сталкивается с негативными чувствами в отношении собственной личности. Например, психотерапевту это возможно поможет лучше понять, что может испытывать человек в данной ситуации и спрогнозировать дальнейшее развитие беседы. Так же на основе полученных данных можно в дальнейшем разработать конкретные методики оценки и коррекции состояний переживания собственного несовершенства, что дает возможность предупредить негативные последствия таких переживаний.

Целью нашего исследования является выявление и описание динамики личности, возникающее в результате переживания собственного несовершенства.

Таким образом, *объектом* исследования является динамика личности, а *предметом* – динамика, возникающая в результате переживания чувства несовершенства.

Основная *гипотеза* исследования касается предположения о наличии динамики личности при обострении переживания негативного отношения к себе.

Теоретические основания.

Теоретическими основаниями нашей работы выступили психоаналитическая теория З.Фрейда, концепция индивидуальной психологии А.Адлера, аналитическая концепция К.Г.Юнга, а также гуманистические теории динамики личности К.Роджерса и экзистенциальные теории личности. При различных способах понимания причин и характера динамики можно проследить важность того, как человек воспринимает себя. Кроме того, изменения в самоотношении человека способно повлиять на его мотивацию, а значит, способно спровоцировать динамику.

На данный момент в психологии нет единого мнения о том, что представляет собой феномен самоотношения. Бернс рассматривает Я-концепцию как «динамическую совокупность свойственных каждой личности установок, направленных на саму личность» (Бернс Р., 1986). Роджерс определяет Я-концепцию как гештальт, включающий восприятие собственных качеств, способностей, а также представления о своих возможных взаимоотношениях с другими людьми. Кроме того, включаются также ценности личности и ее представления о своем идеале.

Многие авторы (И.Кон, Н.И. Сарджваладзе, Р.Бернс и другие) указывают на трехкомпонентное строение Я-концепции, как у аттитюда. Это когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты (Бернс Р., 1986):

1. Образ Я – это представления индивида о самом себе
2. Второй компонент – самооценка, то есть аффективная оценка образа Я.
3. И наконец, потенциальная поведенческая реакция, которая может быть вызвана двумя предыдущими компонентами.

Итак, подведем итог анализу теоретических взглядов на проблему самоотношения личности. Для нас важным является тот момент, что многие исследователи подчеркивали важность феномена самоотношения для построения взаимоотношений с другими людьми, а также для построения всей жизнедеятельности личности в целом.

Программа психологического исследования.

Целью данного эмпирического исследования является выявление и описание динамики личности, возникающей в результате переживания собственного несовершенства.

Также можно выделить следующие задачи исследования:

1. С помощью выбранного стимульного материала актуализировать чувство несовершенства у испытуемого.
2. Вызвать и проследить изменения личности, вызванные переживанием несовершенства.
3. Проанализировать полученные данные и получить представление о динамике личности в конкретный момент времени.

Объектом исследования является динамика личности в процессе взаимоотношений с другими людьми.

Предметом исследования выступает динамика, вызванная переживанием чувства несовершенства.

Выборка**.** В исследовании приняли участие 50 человек в возрасте от 25 до 45 лет. Из общего числа испытуемых 26 человек женского пола, 24 человека – мужского. Все испытуемые имеют высшее образование и проживают в центральном регионе России.

Гипотеза исследования: Мы предполагаем, что актуализация чувства несовершенства будет провоцировать динамику личности.

Под *чувством несовершенства* в данном исследовании будут пониматься те конкретные эмоциональные компоненты негативного самоотношения личности, которые актуализируются в контексте взаимоотношений со значимым другим.

Под динамикой (в нашем исследовании это синоним микродинамики) понимаются неустойчивые изменения личности испытуемого, а именно изменения его самоотношения и отношения к другим, изменение мотивов и эмоций, а также поведенческие изменения.

Исходя из специфики исследуемых конструктов, в качестве средств исследования нами был выбран следующий методический инструментарий: проективная методика, основанная на использовании стимульного материала Тематического апперцептивного теста, а также Методика исследования самоотношения С.Р. Пантилеева (Пантилеев С.Р., 1991).

Процедура исследования:

1 этап исследования. Мы предлагаем на выбор четыре картинки из стимульного материала ТАТа. Женщинам предлагаются следующие картинки: 1 (мальчик смотрит на лежащую перед ним на столе скрипку), 4 (женщина обнимает мужчину за плечи; мужчина как бы стремится вырваться), 6 женская картинка (молодая женщина, сидящая на краю дивана, оборачивается и смотрит на стоящего у нее за спиной мужчину средних лет с трубкой во рту), 7 женская (женщина сидит на кушетке рядом с девочкой, говоря или читая ей что-то. Девочка с куклой в руках смотрит в сторону).

Мужчинам предлагались 1 и 2 картинки, а также мужская 6 (Невысокая пожилая женщина стоит спиной к высокому молодому человеку, виновато опустившему глаза) и 7 (Седой мужчина смотрит на молодого мужчину, который смотрит в пространство).

Испытуемому дается инструкция выбрать одну из предложенных картинок, которая кажется ему наиболее благополучной. Далее следует рассказ по картинке со следующей инструкцией:

«Посмотрите на картину и, отталкиваясь от нее, составите рассказик, сюжет, историю. Постарайтесь запомнить, что нужно в этом рассказике упомянуть. Вы скажете, что, по-Вашему, это за ситуация, что за момент изображен на картине, что происходит с людьми. Кроме того, скажете, что было до этого момента, в прошлом по отношению к нему, что было раньше. Затем скажете, что будет после этой ситуации, в будущем по отношению к ней, что будет потом. Кроме того надо сказать, что чувствуют люди, изображенные на картине или кто-нибудь из них, их переживания, эмоции, чувства. И еще скажете, что думают люди, изображенные на картине, их рассуждения, воспоминания, мысли, решения».

На втором этапе исследования испытуемому предлагается Методика исследования самоотношения С.Р. Пантилеева. Данный этап необходим для оценки общего уровня отношения личности к самой себе, а также для того, чтобы выйти из ситуации первой беседы по картинке.

И, наконец, третий этап исследования. В первую очередь мы проводи небольшое интервью для определения такого человека из окружения испытуемого, в присутствии которого у него обостряются переживания собственного несовершенства. Испытуемому задается следующий вопрос: «Попытайтесь припомнить человека, в присутствии которого вы часто ощущаете себя плохим, или несовершенным, некомпетентным

или неуспешным и тому подобное». Когда испытуемый определяет такого человека, исследователь задает несколько вопрсов о ситуациях общения с этим человеком, затем дается следующая инструкция: «Подумайте, каким образом этот человек может выстроиться в ситуацию, изображенную на выбранной Вами картинке». Далее следует новый рассказ по картинке, включающий все пункты стандартного рассказа по картинке ТАТ.

Описание результатов.

Полученные нами результаты представляют собой протоколы бесед и ответы на опросник МИС.

Были описаны следующие виды подобных ситуаций:

1. Присутствие авторитета: то есть ситуации, когда испытуемый общался с авторитетным человеком, который оценивается выше, чем сам испытуемый. Под авторитетным человеком здесь понимается старший опытный коллега, преподаватель и так далее, а также сюда включается родительский авторитет.

При общении с такими людьми испытуемые испытывали следующие эмоции: обида, горечь, стыд, страх ошибки, внутренний стопор, ощущение подчиненной позиции, желание убежать из этой ситуации и другие.

2. Присутствие более успешного человека. Успешность здесь может пониматься и как социальная (хорошие коммуникативные навыки, общительность, умение убеждать), и как профессиональная (умение более качественно выполнять свою работу и делать это вовремя, демонстрировать более высокий уровень знаний), и как личностная (обладатель «хороших» личностных качеств).

Девятнадцать человек из пятидесяти во втором рассказе переместились в слабую позицию, позицию жертвы. Имело место несколько вариантов подобного сценария.

Первый вариант. В первом рассказе испытуемые старались сдерживать свои чувства, думая о социальных запретах на проявление слабости. Например, «Ей хотелось заплакать, но воспитание в Новодевичьем монастыре не позволяло ей опуститься до таких проявлений эмоций». Очень сильная инстанция контроля. Однако в рассказах были показаны достаточно сильные эмоции: обида, страх, гнев, чувство одиночества, разочарование и так далее, но все эти чувства сдерживались, им не давалось выхода. Или, в другом случае, имело место отрицание или обесценивание данных чувств.

С появлением значимого другого в рассказах уменьшилось присутствие контролирующих тенденций. Что касается потребностей, то возрастали потребности в унижении, то есть в получении наказания, осуждения. Потребность в аффилиации усиливалась и приобретала несколько невротический характер. Что касается поиска помощи, то данная потребность во вторых рассказах не проявлялась. Причем, как правило,

во втором рассказе герой, с которым происходит идентификация, играет достаточно пассивную роль. Если в первом рассказе блокировались чувства, то во втором – активность.

Второй вариант. К данному варианту мы относим рассказы, в которых изменилась позиция испытуемого в сторону слабости и беззащитности. Что имеется в виду? В первом рассказе такие испытуемые демонстрировали желание сражаться, идти вперед, имел место значительный уровень уверенности в своих силах, в соей победе. Соответственно выделялись следующие потребности: потребность в достижении, в преодолении трудностей, потребность в доминировании.

Другой вариант динамики выглядит следующим образом. В семнадцати случаях человек казалось бы перемещается в более сильную позицию. Однако при более внимательном анализе становится очевидным смещение идентификации с изначального героя в образ более сильной фигуры. То есть второй рассказ ведется от персонажа, который находится изначально в более выгодном, защищенном состоянии.

Преимущественно это идентификация не со значимым другим, а с тем персонажем, на которое этот другой может оказать влияние. То есть первый рассказ велся от имени героя, который ассоциировался с самим испытуемым, тогда как второй рассказ был уже посвящен идеализированному образу, который может противостоять давлению значимого другого.

Во втором рассказе происходит заметный сдвиг в общем настроении рассказа. Что касается чувств, то главным было ощущение зависимости и давления, а также желание избавится от них. Потребности сместились на следующие: возросла потребность в достижении, также преобладает желание автономии, освобождения от контроля (вплоть до желания дистанцироваться), потребность в преодолении трудностей. В целом, чувствовался более сильный энергетический заряд во втором рассказе. Жестикуляция испытуемого становилась более живой, появлялись угрожающие жесты (например, угроза кулаком).

Похожий, но все-таки другой вариант защиты выглядит следующим образом. В десяти случаях Я испытуемого исчезло из рассказа. Повествование велось не от лица героя, а просто как описание происходящего (как в художественной литературе ведется рассказ от имени автора). Это привело к тому, что чувства героев назывались, но, по-видимому, не находили отражения у самих испытуемых.

Анализ и обсуждение результатов

Во-первых, следует отметить, что наша гипотеза о наличии динамики личности при переживании чувства собственного несовершенства *подтвердилась*, так как во всех, включенных в анализ протоколах, была обнаружена динамика, которая выражалась в изменении чувств, потребностей и поведения испытуемых.

Таблица

Сводная таблица результатов исследования

Характер динамики (вид)	Динамика чувств	Динамика потребностей	Поведенческие изменения
Ослабление контроля над чувствами (4 человека)	Чувства сдерживаются, контролирующая дистанция сильная, во втором рассказе чувства выпускаются наружу, много боли и гнева	Смещение от потребностей в преодолении трудностей, аффилиации, поиске помощи к потребностям в унижении, наказании, осуждении. Потребность в аффилиации усиливается	Появляется сутулость, закрытость позы
Перемещение в слабую позицию (19 человек)	От уверенности в себе, желания сражаться чувства перемещаются к самообвинению, неуверенности в себе, зависимости	Потребности изменяются от направленных на достижения целей, доминирование, преодоление трудностей к потребностям в унижении, повиновении	Тревожные, однообразные движения кистей рук
Смещение идентификации (17 человек)	Чувства одиночества, недостатка понимания, бессилия сменяются решительным настроем, иногда раздражительностью, желанием избавится от зависимости.	Потребности в поиске внимания, поиске помощи, в аффилиации сместились на потребности в достижении, автономии, освобождения от контроля (в плоть до желания дистанцироваться), на потребность в преодолении трудностей	Появление более энергичных, иногда угрожающих жестов
Отсутствие идентификации (10 человек)	Чувства указывались лишь в первом рассказе	Потребности личности не проявились	Второй рассказ составлялся со скучающим видом, испытуемые не проявляли видимого интереса к деятельности

Ослабление контроля над чувствами. Когда в ситуацию вводился человек, в присутствии которого испытуемый чувствует себя несовершенным, рассказ приобретал большую эмоциональность и даже трагичность. Сдерживание собственных эмоций достаточно энергоемкий процесс, на который человек затрачивает значительное количество энергии. Когда в ситуации появляется человек, общение с которым доставляет некоторые неудобства и поэтому требует затрата сил, контроль за эмоциями по-видимому перестает быть настолько важным.

Другое возможное объяснение данной ситуации состоит в следующем. В первом рассказе демонстрировалась высокая потребность в помощи и аффилиации, которая, похоже, не удовлетворялась, поэтому

при появлении значимого другого человек мог для получения необходимой поддержки, внешне усилить свои переживания, дать выход эмоциям.

Кроме того, публичное выражение сильных чувств способно усилить переживание несовершенства и удовлетворить потребности в унижении, получении наказания и осуждении, которые отчетливо проявлялись в рассказах.

Смещение в более слабую, беззащитную позицию характеризовалось резкой сменой настроений относительно своих возможностей. Изначально испытуемые позиционировали себя как способных на победу, идущих к цели, уверенных в себе. Затем при появлении значимого другого испытуемый сразу переместился в более слабую подчиненную позицию. Возможно, это связано с тем, что у испытуемого уже есть готовый сценарий того, как он будет чувствовать себя рядом с этим человеком.

Смещение идентификации с изначального героя в образ более сильной фигуры происходит благодаря созданию такого образа, который в силах противостоять давлению значимого другого. Получается, что человек создает безопасную для себя ситуацию, защищая себя от давления и нападения значимого другого. Это делается для защиты собственного Я от возможных сильных нападений. Презентуя себя через образ сильного человека, испытуемый показывает не самого себя, а некоторый идеализированный образ, составленный исходя из особенностей значимого другого, таким образом, чтобы этот образ был сильнее и авторитетнее.

Другой вариант такого защитного поведения представлен следующим образом. Из рассказа испытуемого исчезает позиция Я. Как мы предполагаем это происходит также в целях защиты собственного Я. Оно прячется, так как понимает, что не в силах выдержать конкуренции с авторитетным человеком. Такая защита напоминает бегство от проблемы. Что характерно, то у испытуемых с такой стратегией достаточно низкие показатели по следующим шкалам МИС: самоуважения, самопринятия, отраженной самооценки, самоценности; и завышенные показатели по внутренней конфликтности и самообвинению.

Выводы

1. Мы подтвердили выдвинутую нами гипотезу о наличии динамики личности при переживании чувства собственного несовершенства. Нам удалось актуализировать в испытуемом чувство несовершенства, что позволило нам получить сведения о динамики личности в этот момент. Помимо самого факта наличия динамики мы установили некоторые ее варианты. Мы не претендуем на звание полноценной типологии. Можно рассматривать данный результат как тезис для будущих исследований.

2. Были выявлены следующие варианты протекания динамики в ситуации переживания несовершенства. Смещение в более слабую позицию (снижение контроля и принятие позиции жертвы), смещение идентификации на более сильный персонаж, отсутствие идентификации.

3. Нами было выдвинуто предположение, что последние два вида развития ситуации переживания собственного несовершенства носят защитный характер.

4. Для каждого варианта динамики нами было описано возможное содержание, то есть описание того, что конкретно изменяется в том или ином сценарии.

5. Также мы предполагаем, что люди с разным уровнем самоотношения будут предпочитать различные варианты развития ситуации переживания чувства несовершенства.

Кроме того, если при дальнейшей разработке данной темы возможно создание такого методического аппарата, который позволил бы сделать выводы о причинах существования того или иного вида динамики.

Список литературы:

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М.: Прогресс, 1986. – 420 с.
2. Иванова В.В. Общие вопросы самосознания личности// http://psylib.org.ua/books/ivanv01/index.html
3. Кон И.С. Открытие “Я”. – М., 1978. – 367 с.
4. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1975.
5. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. 2-е изд., стереотипное. М.: Смысл, 2000. – 254 с.
6. Мэй Р. Вклад экзистенциальной психотерапии// Экзистенциальная психология. Экзистенция/Перевод М.Занадворова и Ю.Овчинниковой. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001.
7. Роджерс К. Развитие Я-концепции. – М., 1989.
8. Пантелеев С.Р. Методика исследования самоотношения. – М.: Смысл, 1993. – 32 с.
9. Пантелеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 108 с.
10. Сарджвеладзе Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой. – Тбилиси. 1989.
11. Столин В.В. Самосознание личности. М.: Издательство Московского Университета, 1983, – с. 284.
12. Фрейд З.. Психология бессознательного. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2005. с. 25
13. Холл С.К., Линдсей Г. Теории личности. М.: “КСП+”, 1997.
14. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). – СПб: Питер Ком, 1999.
15. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. – М.: Наука, 1977. – 142 с.
16. Шибутани Т. Я-концепция / Психология самосознания. Хрестоматия. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2007, с. 245 – 269.
17. Юнг К.Г. Архетип и символ / Сост. и вступ. Ст. А.М. Руткевича. – М.: Ренессанс, 1991. – с. 304.
18. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Пер. с англ. Т.С. Драбкиной. — М.: Независимая фирма “Класс”, 2005.

САМОРЕАЛИЗАЦИЯ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТАЮЩИХ И НЕРАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

А. Н. Свиридова

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

Проблема понимания психологического и психического здоровья возникает в работах таких отечественных ученых как Б. С. Братусь, И. В. Дубровина, Л. Ф. Бурлачук. Преобладают научные взгляды, согласно которым, психологическое здоровье понимается как способность личности к самореализации, самоактуализации, адекватному самовосприятию себя и мира.

Одной из основных движущих сил развития личности, побуждающей и направляющей ее деятельность, является стремление к самореализации. Самореализация

1. Самореализация – это осуществление возможностей развития «Я» посредством собственных усилий, сотворчества с другими людьми (ближним и дальним окружением), социумом и миром в целом. Самореализация личности предполагает сбалансированное и гармоничное развитие различных аспектов личности путем приложения адекватных усилий, направленных на развитие генетических, индивидных и личностных потенциалов. В самом общем виде самореализация как процесс реализации себя – это осуществление самого себя в жизни и повседневной деятельности, поиск и утверждение своего особого пути в этом мире, своих ценностей и смысла своего существования в каждый данный момент времени. Самореализация – это и процесс, и результат. О человеке, который сумел себя реализовать в жизни, говорят, что он состоялся. Но результат может быть представлен и в личностном плане – как наличие определенных психологических свойств и качеств. Люди различаются по своему энергетическому и интеллектуальному потенциалу, по своим способностям и задаткам. Уровень реализации у разных людей будет разным в силу различных жизненных обстоятельств (Коростылева, 1998; Леонтьев 1997).

По мнению Д.А. Леонтьева (Леонтьев 1997), самореализация – неотъемлемый атрибут развития личности взрослого человека, раскрытия и осуществления его потенций, она присуща человеку во всех сферах жизнедеятельности и на разных этапах жизненного пути имеет свою специфику, свои характерные особенности. Такие особенности определяются личностными свойствами человека, его притязаниями, ожиданиями, его ценностными ориентациями. Самореализация предполагает реализацию человеком потребностей, устремлений, замыслов и планов,

направленных на дальнейшее развитие себя и окружающей действительности. Развивая и реализуя себя, создавая и изменяя свой внутренний мир и свое отношение к внешнему миру, подбирая терминальные и инструментальные средства, человек создает себя, свое будущее.

Л.А. Коростылева (Коростылева, 1998) выделяет две основные сферы самореализации взрослого человека: семейную сферу (вступление в брак, воспитание детей, установление близких отношений) и профессиональную (профессиональное развитие, построение карьеры).

В отечественной психологии именно трудовая или профессиональная деятельность рассматривается как ведущая деятельность взрослого человека. По мнению Б.Г.Ананьева, трудовая деятельность выступает в качестве основного фактора развития психических функций личности. Он также акцентирует внимание на субъективном отношении к труду как главной ценности, образующей внутренний мир человека. В целом он рассматривает трудовую деятельность как необходимое условие целостного развития личности (Ананьев, 2001).

Что касается семейной сферы, то вступление в брак, создание семьи предполагает предпочтение и впоследствии поддержание определенных личных отношений. Брачно-семейные и в целом личные отношения могут либо способствовать, либо препятствовать самореализации личности каждого из супругов. Позитивный выбор предполагает предпочтение отношений, которые способствуют личностному и профессиональному развитию каждого из супругов. В таком случае каждый из них способствует созданию психологического комфорта и поддержанию адекватной самооценки и самоотношения, положительно влияющих на психофизическое и психологическое состояние. В итоге происходит быстрое восстановление духовных, психологических и физических ресурсов. Человек становится способным приложить больше усилий на пути своего самоосуществления, добиться более значимых результатов в своей деятельности. В ином случае накапливается напряженность, возникает психологическая усталость, приводящая к дискомфорту, поскольку возникают трудности общения. Дезорганизация, дисгармония в отношениях влечет за собой растрачивание своего потенциала (Коростылева, 2000).

Представление о женственности чаще всего связывают с женским предназначением быть матерью, давать жизнь и воспитывать детей. В историческом развитии общества, как в западной, так и в восточной культурах, на протяжении веков наивысшей ценностью и основным долгом женщины провозглашалось материнство. Зародившаяся в конце XVIII в. в Европе идеология феминизма как движения за развитие самосознания женщин и за равные с мужчинами права и возможности внесла определенный вклад в изменение взглядов на роль женщины. В современном обществе женщины занимают более значимое положение как в социальном, так и в профессиональном плане. На этом фоне не исчезли старые,

но появились новые психологические проблемы, связанные со всесторонним включением женщины в жизнь общества. Одна из главных и наиболее острых проблем современной женщины – сочетание ею разных ролей экономической, демографической, социальной. Часто отношения между ролями конкурентны (Коростылева, 1998, Палуди, 2000).

Карен Хорни также обращала внимание на ролевые контрасты, от которых страдают многие женщины, в особенности выделяя контраст между традиционной ролью жены и матери и такой более либеральной ролью, как выбор карьеры или достижение других целей (Хорни, 19983).

А.Маслоу, рассматривая борьбу за освобождение женщин, неудовлетворенной женщине советует беречь то, что она имеет, т. е. не отказываться от истинно женских радостей (дом, любовь, ребенок), но «обретя их, устремиться к воплощению желаний, общих для мужчин и женщин, например, к реализации своих интеллектуальных и творческих способностей, к воплощению своих талантов, своего жизненного предназначения» (Маслоу, 1998).

Наблюдения и опросы современной студенческой молодежи, проведенные Л.Б. Поповой, показали, что девушки стали чаще говорить об отказе от собственной карьеры в пользу удачного замужества и возможности не работать. Она полагает, что причинами изменений в ценностных ориентациях могут являться: тяжелый опыт матерей, связанный с двойной нагрузкой, изменения в образе женщины, создаваемом современными средствами информации, высказываниями политических лидеров о традиционной женской миссии. Девушки имеют право выбора карьеры домохозяйки, но этот выбор должен строиться на отрефлексированной оценке возможных вариантов жизненного пути, на понимании и переживании его будущих последствий (Попова, 1996).

Оценка результатов широкомасштабного «эксперимента» по переориентации женщин на домашнее хозяйство уже имеется в мировой практике. Б. Фридан (Фридман, 1994), интервьюируя американских «хранительниц домашнего очага», обнаружила, что многие женщины ощущают неудовлетворенность и стыдятся этого, так как «знают», что, напротив, они должны чувствовать, насколько им повезло. Неудовлетворенность чувствуют даже те женщины, чьей мечтой всегда была роль жены и матери. Анализируя множество американских исследований, Б. Фридан делает вывод, что неработающие женщины часто чувствуют свою социальную изоляцию. Рост числа работающих женщин укрепляет распространенное в обществе представление, что те, кто остается дома, ведут праздную и беспечную жизнь, и такое снижение престижности домашнего труда еще больше увеличивает неудовлетворенность неработающих женщин.

У работающих женщин свои сложности. Требования, которые предъявляют к женщине семья и работа, во многом противоречивы. На работе преобладает «этика индивидуализма», т.е. автономии и справедливости,

дома – «этика заботы», с ее ценностями альтруизма, самопожертвования, служения ближним. При совмещении семейных и внесемейных ролей возникает целый ряд конфликтов и тревог: женщины беспокоятся по поводу того, что наносят детям эмоциональный ущерб, что вынуждены доверить воспитание своих детей другим людям, что их профессиональная жизнь урезается временем и энергией, которую они отдают семье, что их брак страдает от всего этого, что их эмоциональные и физические ресурсы напряжены до предела. Возникает ролевой конфликт (внутриличностный конфликт), который возникает вследствие большого количества ролей, в выполнение которых вовлечена работающая женщина, а также противоречивых требований, предъявляемых этими ролями, и нехватки физических ресурсов для полноценного выполнения этих ролей (Палуди, 2000).

По мнению О.А. Гаврилицы (Гаврилица,1998), чувство вины, которое испытывает работающая замужняя женщина по отношению к своим детям и мужу, является одним из самых ярких и деструктивных показателей ролевого конфликта. Вина рождается из модели восприятия женщиной своих ролей. Часто это связано с синдромом суперженщины – обладать всем, иметь в жизни все (замужество, карьера, дети) и превосходно выполнять свои обязанности.

Цель нашей работы явилось исследование особенностей самореализации и личностных характеристик работающих и неработающих женщин.

Нами была выдвинута гипотеза о том, что у работающих и неработающих женщин по-разному проявляется стремление к самореализации и оно по-разному связано с личностными характеристиками, особенностями семейной ситуации и отношением к браку.

В соответствии с гипотезой поставлены следующие задачи:

1. Исследовать основные параметры стремления к самореализации у работающих и неработающих женщин.

2. Выявить и сравнить личностные особенности и особенности ценностных ориентаций у работающих и неработающих женщин.

3. Выявить особенности семейной ситуации работающих и неработающих женщин и их отношение к браку.

4. Выявить и проанализировать особенности взаимосвязей между параметрами стремления к самореализации и личностными характеристиками женщин.

5. Выявить и сравнить взаимосвязи между основными параметрами стремления к самореализации и особенностями семейной ситуации и отношением к браку у работающих и неработающих женщин.

В исследовании приняли участие замужние женщины в возрасте от 30 до 40 лет работающие и неработающие. Выборку составили 70 человек: 35 работающих и 35 неработающих женщин.

В связи с задачами исследования были применены следующие методы. Для выявления особенностей стремления к самореализации использовались опросник САМОАЛ и тест смысложизненных ориентаций. Для исследования личностных особенностей и особенностей ценностных ориентаций использовались многофакторный опросник личности Кеттелла и методика «ценностные ориентации» М. Рокича. Для выявления особенностей семейной ситуации женщин была разработана анкета «семейная ситуация». При изучении отношения к браку использовались тест-опросник удовлетворенности браком и методика ролевых ожиданий и притязаний в браке.

Результаты исследования показали, что параметры стремления к самореализации у работающих и неработающих женщин выявлены и значимо различаются по таким показателям стремления к самореализации, как ориентация во времени, ценности самоактуализирующейся личности, автономность, спонтанность, самопонимание, аутосимпатия, контактность и гибкость в общении. Все эти показатели выше у работающих женщин. Возможно, это связано со своего рода «самоограничением» неработающих женщин и формированием у них пассивного и созерцательного отношения к возможности самореализации в жизни.

Исследуя такие параметры самореализации как смысложизненные ориентации, выявлены значимые различия по шкалам смысложизненных ориентаций и локусам контроля. У работающих женщин выше общий показатель осмысленности жизни, выше удовлетворенность результатами жизни, больше целей в жизни, больше убежденность в том, что событиями своей жизни можно управлять. Можно предположить, что неработающие женщины в целом меньше удовлетворены своей жизнью, чем работающие. Возможно, это связано с их личностными особенностями, однако это может быть связано и с тем, что по разным причинам они ограничены рамками семьи в которой, вероятно, не способны реализовать свой потенциал.

Исследование выявило различия в семейной ситуации у работающих и неработающих женщин.

Возраст младшего (или единственного) ребенка у работающих женщин выше. Возможно, женщины предпочитают выходить на работу когда подрастет младший или единственный ребенок.

Удовлетворенность материальным положением выше у неработающих женщин. Можно предположить, что женщины могут себе позволить (или предпочитают) не работать, если уровень материальной обеспеченности их удовлетворяет, однако так как этот показатель является субъективной оценкой, возможно, что неработающие женщины преувеличивают его, если не хотят работать, хотя желание работать преобладает в обеих выборках. Согласие мужа на работу жены выше в семьях работающих женщин. Можно предположить, что женщины придают большое значение мнению мужа в данном вопросе.

Выявлены также различия в предпочитаемых сферах семейной жизни у работающих и неработающих женщин. Работающие женщины большее значение, чем неработающие, придают таким сферам семейной жизни, как хозяйственно-бытовая, родительско-воспитательская, внешняя социальная активность, эмоционально-терапевтическая поддержка. Возможно, это связано с особенностями восприятия работающей женщиной того большого количества ролей, в выполнение которых она вовлечена, – синдром суперженщины – иметь в жизни все и превосходно справляться со своими обязанностями. Удовлетворенность браком значительно выше у работающих женщин. Можно предположить, что женщины, имеющие возможность реализовать свой потенциал вне семьи, выше ценят свой брак.

В результате исследования личностных характеристик были выявлены следующие различия: у работающих женщин выше эмоциональная устойчивость (С), смелость (Н) и ниже тревожность (О). Возможно, что эмоциональная зрелость, спокойствие, уверенность в себе, смелость способствуют стремлению к установлению социальных контактов, что определяет выбор женщин работать или не работать. Таким образом, можно предположить, что женщины, отличающиеся уверенностью в себе, смелостью и эмоциональной зрелостью, предпочитают работать, и в свою очередь работа является фактором, снижающим тревожность и неуверенность в себе.

Выявлены значимые различия в предпочтении таких ценностей, как независимость суждений и оценок, жизнерадостность, трудолюбие, высокие запросы. Для неработающих женщин более ценными, по сравнению с работающими, являются независимость суждений и оценок (возможно, что неработающие женщины чувствуют себя зависимыми от чужой воли и чужого мнения, поэтому придают большое значение тому, чем не обладают), жизнерадостность (можно предположить, что неработающие женщины, чувствуя себя в чем-то ограниченными, считают важным качеством личности жизнерадостность как способность радоваться тому, что имеешь), высокие запросы (возможно, это связано с ролевым конфликтом и чувством вины работающей женщины, которая не считает для себя возможным желать многого). А работающие выше ценят трудолюбие, вероятно, это связано с большим количеством ролей, а следовательно, с большим количеством задач и труда, стоящими перед работающей женщиной. Можно предположить, что эти различия связаны с особенностями восприятия себя и своей роли работающей и неработающей женщины.

В результате исследования были выявлены следующие особенности взаимосвязей показателей самореализации и личностными характеристиками, общие для работающих и неработающих женщин. Общительность, высокий интеллект, смелость, доминантность, эмоциональная устойчивость, развитое воображение, радикализм, нонконформизм способствуют осмысленности жизни и стремлению к самоактуализации.

А тревожность и напряженность препятствуют им. Однако степень интеграции личностных факторов и показателей самореализации выше у работающих женщин, что свидетельствует о большей включенности у них личностных факторов в стремление к самоактуализации и осмысленности жизни. На наш взгляд, это можно рассматривать как большую зрелость личностной организации. Также можно предположить, что работа является фактором, интегрирующим личностные характеристики и стремление к самореализации.

Исследуя в связи с задачей особенности взаимосвязей параметров самореализации и таких личностных характеристик, как предпочитаемые ценности, мы выявили, что женщины стремящиеся к самоактуализации, с высокой степенью осмысленности жизни (независимо от того работают они или нет) предпочитают такие ценности, как познание, интеллектуальное развитие, творческая деятельность, образованность и широта взглядов, активная деятельная жизнь. Эти ценности соответствуют ценностям самоактуализирующейся личности, определенным А. Маслоу.

Выявлены различия в предпочитаемых ценностях у работающих и неработающих женщин, стремящихся к самореализации. Так, неработающие женщины ценят чуткость, терпимость к мнению других, наличие верных друзей, трудолюбие. Возможно, что предпочтение этих ценностей неработающими женщинами связано с тем, что они в большей степени ориентированы на других людей.

Работающие женщины ценят интересную работу, любовь, свободу поступков и действий, смелость в отстаивании своего мнения, независимость. Вероятно, работающие женщины в большей степени ориентированы на себя, собственное мнение, что и определяет предпочитаемые ценности.

Исследование показало, что существуют различия во взаимосвязях особенностей семейной ситуации и показателей самореализации. Так, у неработающих женщин показатели самореализации положительно связаны с возрастом самой женщины, что может свидетельствовать о том, что стремление к самореализации нарастает с возрастом, так как нет реализации в семье.

А у работающей женщины показатели самореализации положительно связаны с количеством детей и желанием работать. Можно предположить, что работающие женщины видят возможность для реализации и в роли матери, и в профессии.

Выявлены различия во взаимосвязях самореализации и отношения к браку. Для неработающих женщин основными сферами семейной жизни, актуализирующими самореализацию, являются родительско-воспитательская сфера и удовлетворенность браком. Можно предположить, что эти женщины видят возможность для реализации в семье или не видят для себя другой возможности.

Для работающих женщин основными сферами семейной жизни, связанными с самореализацией, являются внешняя социальная активность, личностная идентификация с супругом, эмоционально-терапевтическая форма брака. Возможно, что работающие женщины видят возможность для самореализации в профессиональной деятельности и ожидают в этом поддержки в семье.

Таким образом, полученные данные подтверждают гипотезу о том, что у работающих и неработающих женщин по-разному проявляется стремление к самореализации и оно по-разному связано с личностными характеристиками, особенностями семейной ситуации и отношением к браку.

Список литературы:

1. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. СПб., 2001.
2. Берн Ш. Гендерная психология СПб., 2001.
3. Гаврилица О.А. Чувство вины у работающей женщины // Вопросы психологии. 1998. № 4.
4. Коростылева Л.А. Психология самореализации личности: брачно-семейные отношения. СПб., 2000.
5. Коростылева Л.А. Самореализация в некоторых основных сферах жизнедеятельности и методы исследования // Психологические проблемы самореализации личности. Вып. 2 / Под ред. А.А.Реана, Л.А.Коростылевой. СПб., 1998.
6. Леонтьев Д.А. Самореализация и сущностные силы человека // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. М., 1997.
7. Личность: Внутренний мир и самореализация / Сост. Ю.Н. Кулюткин, Г.С. Сухобская. СПб.,1996.
8. Маслоу А. Психология бытия. СПб., 1998. С. 115.
9. Палуди М. Психология женщины. СПб., 2000.
10. Попова Л.Б. Проблемы самореализации одаренных женщин // Вопросы психологии. 1996. № 2.
11. Фридан Б. Загадка женственности. М., 1994.
12. Хорни К. Женская психология. СПб., 1993.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н. В. Тихонова, Ж. Е. Турчина, В. М. Ильюшенко

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

В настоящее время увеличение доли пожилых и престарелых в структуре населения, числа больных хроническими заболеваниями, одиноких стариков с особенностями их образа жизни и вытекающими отсюда социальными и психологическими проблемами выдвигает новые требования к оказанию социально-медицинской помощи.

Необходимо отметить, что одной из значимых проблем в пожилом возрасте является одиночество. Одиночество - социально-психологическое явление, эмоциональное состояние человека, связанное с отсутствием близких, положительных эмоциональных связей с людьми и/или со страхом их потери в результате вынужденной или имеющей психологические причины социальной изоляции.

Целью нашего исследования: определить, существуют ли различия переживания одиночества у пожилых людей, проживающих с кем-либо из близких и одиноко проживающих, а так же выявить различия в самооценке их психических состояний.

Для исследования были использованы методики:

– Тест «Самооценка психических состояний» Айзенка из 40 вопросов (4 блока по 10 вопросов)
– Методика «Субъективное ощущение одиночества» Д. Рассела и М. Фергюсона (20 утверждений)

База проведения исследования: Краевой геронтологический центр «Уют». Проведен опрос 109 человек в возрасте от 56 до 86. Из них 78 – женщины, 25 -мужчины. Все они неработающие пенсионеры, дееспособные и не утратившие навыков самообслуживания. В результате анкетирования все опрошенные были разделены на 2 группы: одиноко проживающие (39,4%) и проживающие совместно с кем-либо (супруг, дети, иные близкие – 60,55%). По итогам диагностических мероприятий проведена комплексная оценка данных.

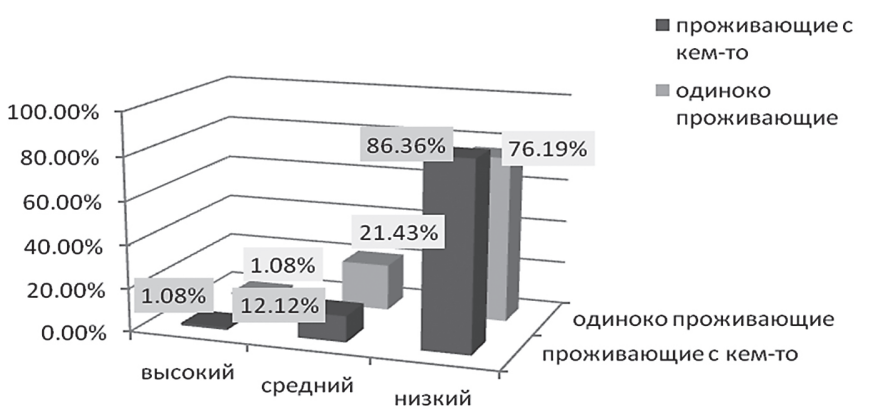


Рис. 1. Субъективное ощущение одиночества внутри каждой группы (распределение данных в процентах).

Как представлено на рисунке 1, подавляющее большинство опрошенных пожилых людей имеют низкий уровень субъективного ощущения одиночества. Другими словами, не чувствуют себя одинокими.

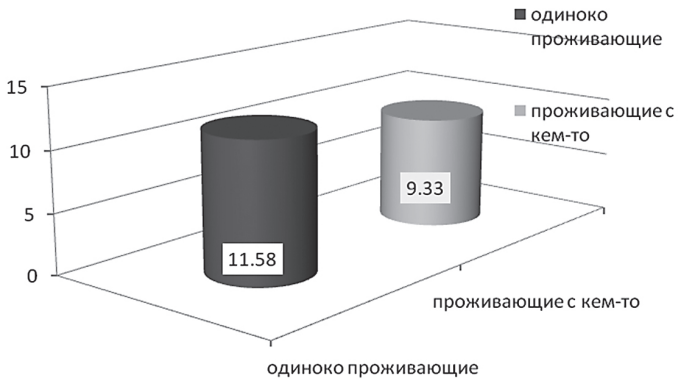


Рис. 2. Сравнение средней оценки «Уровень субъективного ощущения одиночества»

По итогам сравнения средней оценки (рис. 2) «Уровень субъективного ощущения одиночества» в группах проживающих с кем-либо из близких и одиноко проживающих обнаружены незначительные различия – одиноко проживающие в незначительно большей степени испытывают субъективное ощущение одиночества.

С целью установления значимости различий в группах был использован критерий Манна-Уитни. Результат: $U_{эмп} = 1148$. Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$ находится в зоне незначимости. Таким образом, гипотеза о том, что в группе проживающих с кем-либо уровень субъективного ощущения одиночества ниже, чем у одиноко проживающих пожилых людей, опровергнута. Т.е. в обеих группах субъективное ощущение одиночества переживается примерно одинаково.

Кроме того, проведена самооценка психических состояний Айзенка в каждой группе.

Таблица 1

Самооценка психических состояний Айзенка

Состояния	Статус	высокий	средний	низкий
Тревожность.	проживающие с кем-то	7,58%	37,88%	54,55%
	одиноко проживающие	4,65%	48,84%	46,51%
Фрустрация.	проживающие с кем-то	3,03%	36,36%	60,61%
	одиноко проживающие	0%	41,86%	58,14%
Агрессивность	проживающие с кем-то	4,55%	57,58%	37,88%
	одиноко проживающие	11,63%	41,86%	46,51%
Ригидность.	проживающие с кем-то	9,09%	59,09%	31,82%
	одиноко проживающие	6,98%	46,51%	46,51%

Из представленной таблицы видно, что в обеих группах большинство опрошенных имеют средний уровень ригидности и низкий уровень фрустрации. В группе одиноко проживающих больше лиц со средней тревожностью, а у большинства проживающих с кем-либо тревожность низкая. Тогда как агрессивность более характерна для проживающих с близкими, чем для одиноких.

С целью определения значимости различий в группах критерий Манна-Уитни был применен к каждому критерию методики «Самооценка психических состояний» Айзенка.

Таблица 2

Значения критерия Манна-Уитни по методике Самооценка психических состояний» Айзенка

Психическое состояние	$U_{эмп}$	Значимость
Тревожность	1132	Находится в зоне незначимости.
Фрустрация	1156,5	Находится в зоне незначимости.
Агрессивность	860,5	Находится в зоне незначимости.
Регрессия	1063	Находится в зоне незначимости.

Из выше представленной таблицы можно сделать вывод о том, что значимых различий между двумя группами нет, как и в случае с субъективным переживанием одиночества.

Для определения связи психического состояния с субъективным переживание одиночества был применен коэффициент Спирмена для каждой группы.

Таблица 3

Связь психических состояний с субъективным переживанием одиночества

Состояние	Статус	Значение коэффициента Спирмена	Значимость связи
Тревожность	Одинокие	0,383	Значимая прямая
	Проживающие с кем-либо из близких	0.523	Значимая прямая
Фрустрация	Одинокие	0,229	Не значима
	Проживающие с кем-либо из близких	0.545	Значимая прямая
Агрессивность	Одинокие	0,005	Не значима
	Проживающие с кем-либо из близких	0.166	Не значима
Ригидность	Одинокие	0,328	Значимая прямая
	Проживающие с кем-либо из близких	0.333	Значимая прямая

Сравнивая полученные в результате статистической обработки данных, можно сделать следующие выводы:

1. Связь агрессии с субъективным ощущением одиночества не значима в обеих группах.
2. По критерию «Фрустрация» существует прямая зависимость с субъективным ощущением одиночества только в группе пожилых людей, проживающих с кем-либо из близких.
3. По критериям «Ригидность» и «Тревожность» в обеих группах обнаружена прямая зависимость. Т.е., чем выше уровень субъективного ощущения одиночества, тем выше ригидность и тревожность.

Таким образом, можно сделать вывод, что в данной выборке нет существенных различий в переживании субъективного ощущения одиночества и психических состояний (тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность). Однако есть различия внутри групп. Ригидность и тревожность в обеих группах пожилых людей напрямую связаны с переживанием субъективного ощущения одиночества, агрессивность же наоборот, не имеет связи с этим ощущением. Кроме того, фрустрация переживается в каждой группе по-своему: у одиноких людей она не имеет связи с субъективным ощущением одиночества, а у пожилых, проживающих с кем-либо из близких, существует прямая зависимость с ощущением одиночества.

Результаты данного исследования вошли в основу разработки индивидуальной программы медико-социальной психологической реабилитации пожилых пациентов геронтологического центра и входят в комплекс проведения реабилитационных мероприятий в данном учреждении, что позволило значительно повысить эффективность данной программы по основным критериям.

Список литературы:

1. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старости: Учеб. пособие. – М.: Академия, 2008. – 288 с.
2. Максимова С.Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии. - Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2006. – 223 с.
3. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие»/под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Изд-во «Бахрах-М», 2001. – с. 141
4. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «Бахрак – М», 2005. – 672 с.
5. Сидоренко Е. В. «Методы математической обработки в психологии». СПб.: ООО «Речь», 2007 г. – 350 с.

ИЕРАРХИЯ СТРЕССОГЕННЫХ ФАКТОРОВ – ПРЕДПОСЫЛОК ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ-ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ

Т. В. Черникова

Волгоградский государственный социально-педагогический университет

Интенсивный характер учебного труда студентов медицинских вузов сопряжен с глубокими эмоциональными переживаниями, причина которых кроется не только в характере академической успешности. На выпускных курсах, когда учебные занятия совмещены с клинической практикой, молодые люди в полной мере могут почувствовать на себе слабую защищенность врача-профессионала в юридическом, социальном, психологическом плане, что, безусловно, чревато перегрузками и ранним обретением синдрома эмоционального выгорания.

Термином «эмоциональное выгорание» обозначается прогрессирующее негативное состояние интенсивно работающего человека, которое сопровождает его непродуктивное защитное поведение. Психологическое содержание эмоционального выгорания квалифицируется как комплексный специфический ответ личности на особенности профессиональной деятельности и производственной среды, субъективно воспринимаемые как неблагоприятные. Материалы современных исследований свидетельствуют о том, что эмоциональное выгорание перестало рассматриваться как результат длительного воздействия неблагоприятной среды учреждения и интенсивного или конфликтного профессионального общения (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Felton, 1998; Freundenberger, 1974). Предпосылки развития профессиональных деструкций коренятся в мотивах выбора профессии, и профессиональная деятельность уже на стадии ее освоения деформирует личность и может приводить к выгоранию (Сыманюк, 2005).

Интегрированные научные представления отечественных и зарубежных ученых о предпосылках эмоционального выгорания систематизированы в нашем исследовании с позиций научных парадигм (Б.Г. Ананьев, Б.С. Братусь, Б.Ф. Ломов, С.Л. Рубинштейн, A. Bochner) и парадигмальных установок (В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев), а также трактовок личности по естественнонаучным, деятельностным и гуманитарным основаниям. Исходя из этого, была предпринята попытка обеспечить эмпирические исследования эмоционального выгорания комплексом диагностических средств и провести апробацию этого комплекса. Проведенная интеграция теоретических оснований позволила включить в перечень изучаемых параметров как традиционные (психоэмоциональное истощение, снижение мотивации и редукция профессиональных достижений, личностная

отстраненность, деструктивные социально-психологические установки), так и нетрадиционные для данной предметной сферы (рефлексия, креативность, коммуникативная компетентность). Применялся комплекс методик, оформленный в сводную тестовую тетрадь: 1. Методика исследования социально-психологических установок личности О.Ф. Потемкиной. 2. Методика исследования эмоционального выгорания (MBI) К. Маслач и С. Джексон. 3. Методика по изучению профессиональной мотивации (по материалам работы А.К. Марковой А.Б. Орлова, Л.М. Фридмана). 4. Шкала креативности самоактуализационного теста Ю.Е. Алешиной, Л.Я. Гозмана, Е.М. Дубовской. 5. Методика изучения коммуникативной компетентности (по материалам работ А.А. Леонтьева). 6. Проективная автобиографическая методика «Я и моя работа» (предложена Т.В. Черниковой). Свои ответы испытуемые заносили в диагностическую карту с бланками всех методик.

Первичный сбор материалов и его техническая обработка были проведены совместно с В.В. Болучевской при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ 2011–2012 гг. «Эмоциональное выгорание: диагностика предпосылок и психопрофилактика у выпускников медицинского вуза», проект № 11-16-34003а/В. Система предварительных гипотез, сформулированных по итогам анализа теоретической литературы и первичной обработки диагностических данных, позволила упорядочить имеющиеся материалы и классифицировать предпосылки эмоционального выгорания у студентов-выпускников медицинского вуза, после чего наметить средства психологической профилактики. Так, предполагалось, что:

– имеются три основные группы предпосылок:
  1) конституционально-физиологические;
  2) предметно-профессиональные;
  3) личностно-психологические;
– их детальный анализ позволит исследовать структурно-иерархические и содержательно-динамические особенности изучаемого феномена;
– знание этих особенностей делает возможным разработку технологических средств психологической профилактики эмоционального выгорания уже на этапе обучения в вузе;
– программа психопрофилактической работы будет направлена на упреждение нецелесообразных эмоциональных растрат путем формирования рефлексивно-психологической культуры врача.

На первом этапе сбор эмпирического материала проводился с привлечением студентов-выпускников 2010-2011 уч. г., пяти факультетов Волгоградского государственного медицинского университета (лечебного, педиатрического, стоматологического, фармацевтического и факультета социальной работы и клинической психологии), 349 человек.

Подсчет промежуточных результатов понадобился для получения ориентировочной картины исследуемого явления. По материалам исследования стало возможным выявить предпосылки эмоционального выгорания у будущих работников здравоохранения и определить направления разработки учебно-развивающих заданий для включения их в содержание психологических дисциплин в предстоящем учебном году.

На втором этапе респондентами стали 415 интернов и студентов-выпускников 2011–2012 уч. г. В результате визуального контроля качества заполнения диагностических карт полностью пригодными для всестороннего эмпирического анализа по итогам двух диагностических этапов оказались 711, принадлежащих 151 мужчине (21,24% от общего объема выборки) и 560 женщинам (78,76%). По каждой методике производился подсчет: а) среднего арифметического (M) и ошибки среднего (m) как в разрезе пола респондентов, так и в разрезе специализации факультета; б) степени выраженности каждой шкалы в разрезе пола и специальности респондентов. Обработка результатов исследования осуществлялась с помощью компьютерных программ «Microsoft Excel» и «SPSS.13.0», применялись параметрический t-критерий Стьюдента для независимых выборок, угловое преобразование φ^* Фишера, парные корреляции Пирсона.

В результате проведенных исследований выявлено три группы предпосылок, которые в различном их соотношении и степени выраженности дают клиническую картину эмоционального выгорания. Первая группа предпосылок – конституционально-физиологические. Это: а) стрессоустойчивость; б) полоролевая конституция. Вторая группа предпосылок – предметно-профессиональные. К ним отнесены: а) специализация обучения; б) социально-психологические и коммуникативные установки. Третья группа предпосылок – личностно-психологические. Они включают в себя: а) особенности профессиональной мотивации; б) креативность и в) рефлексивность.

Разработанный для изучения групп предпосылок комплекс диагностических методик был оформлен в компактную тестовую тетрадь, куда входили: 1. Опросник выявления эмоционального выгорания (MBI) К. Маслач и С. Джексон. 2. Опросник для исследования социально-психологических установок личности О.Ф. Потемкиной. 3. Шкала креативности самоактуализационного теста Ю.Е. Алешиной, Л.Я. Гозмана, Е.М. Дубовской. 4. Методика экспресс-опроса по изучению профессиональной мотивации работников (на основе классификации мотивов А.К. Марковой А.Б. Орловым, Л.М. Фридманом). 5. Методика изучения коммуникативной компетентности (процедура предложена Т.В. Черниковой по материалам работ А.А. Леонтьева). 6. Проективная автобиографическая методика «Я и моя работа» (предложена Т.В. Черниковой). Результаты выполнения тестовых заданий испытуемые заносили в сводную диагностическую карту с бланками всех методик.

Обработка результатов, их корреляционный анализ, проверка на статистическую значимость и интерпретация проводились в последовательности представления диагностических характеристик от конституциональных к социальным.

Первая группа предпосылок – конституционально-физиологические.

Стрессоустойчивость как альтернатива эмоциональному выгоранию оказалась слабо выраженной почти у половины студентов-выпускников ВолгГМУ. Распределение результатов выборки по показателям эмоционального выгорания дало смещение кривой нормального распределения в сторону высоких. Оказалось, что среди еще не приступивших к самостоятельной деятельности выпускников медицинского вуза высокие и сверхвысокие показатели выгорания имели 40,27% человек.

Полоролевая конституция, как показали данные нашего исследования, альтернативные данным В.М. Русалова, не дает однозначных оснований рассматривать женскую выборку как традиционно уязвимую в плане подверженности влиянию эмоций. По шкале «Эмоциональное истощение» опросника MBI значимых различий не обнаружено. Статистически значимо преобладание мужчин в группе с высокими и сверхвысокими показателями эмоционального выгорания (φ эмп = 4,58; $\rho<0,001$). Такая же картина наблюдается при анализе шкал «Деперсонализация» (φ эмп = 2,95; $\rho<0,001$) и «Редукция личных достижений (φ эмп = 3,71; $\rho<0,001$).

Вторая группа предпосылок – предметно-профессиональные.

Специализация обучения, как оказалось, имеет выраженное дифференцирующее значение. Наибольшую предрасположенность к эмоциональному выгоранию проявили студенты-выпускники фармацевтического факультета (54,78%). Сказалась их бóльшая ориентация на работу с препаратами и рынком сбыта, нежели с больными людьми. Наименьшую склонность проявили студенты факультета социальной работы и клинической психологии (8,64%) в силу психотерапевтического компонента содержания их обучения.

Социально-психологические установки личности, как показал корреляционный анализ, взаимосвязаны с уровнями эмоционального выгорания. Так, ориентация на результат труда сопряжены с устойчивостью к эмоциональному истощению (r=–0,148; $\rho<0,05$) и позитивным отношением к личным достижениям (r=0,181; $\rho<0,01$). С деперсонализацией коррелируют установки на эгоизм (r=0,181; $\rho<0,01$) и деньги (r=0,143; $\rho<0,05$).

Коммуникативные проявления профессиональной компетентности свидетельствуют о развитости интерактивного компонента общения (60,11% указаний в текстах опросных листов), становлении навыков вербальной и невербальной коммуникации (23,21%) и наличия проблемной области в сфере социальной перцепции (16,68%). Последнее вызывает тревогу в плане возможных ошибок визуальной диагностики при выявлении заболеваний и клинических проблем.

Третья группа предпосылок – личностно-психологические.

Особенности профессиональной мотивации имеют общие тенденции и выражаются в том, что происходит: во-первых, увеличение веса мужской выборки по мере нарастания проявлений выгорания от сверхнизких показателей (22,35% мужчин-респондентов) к сверхвысоким (73,00%); во-вторых, общее по выборке снижение доли предметно-профессиональных мотивов (от 11,51% до 7,66%); в-третьих, повышение доли отрицательных социальных мотивов широкой (отношение государства к здравоохранению и медикам) и узколичной (оплата труда, круг общения, соотношения времени на работу и семью) направленности (от 45,62% до 58,76%). Узколичная мотивация занимает значительное место в общей структуре мотивов и в наибольшей степени подвержена изменчивости в зависимости от веса творческих и самообразовательных устремлений студентов накануне их перехода в профессиональную среду. Баланс положительных и отрицательных мотивов (54,10% к 45,90%) указывают на слабость устремлений студентов-выпускников к профессионально-личностному саморазвитию. В значимые для личности (возможно, кризисные) моменты профессиональной карьеры агрессия или пафос в речи, сопровождающие заметные изменения в отношении к трудовой деятельности, будут сигнализировать о крайне неблагоприятном положении в сфере профессиональной мотивации.

Креативность прямо не коррелирует с общим показателем эмоционального выгорания. Имеется, однако, статистически значимая отрицательная взаимосвязь креативности со шкалой «Эмоциональное истощение» ($r=-0,161$; $\rho<0,001$) и положительная взаимосвязь со шкалой «Редукция личных достижений» ($r=0,154$; $\rho<0,001$).

Рефлексивность имеет дифференцированные проявления в зависимости от вида. На первом месте по выраженности – интеллектуальная рефлексия (32,56% суждений проективного сочинения) и рефлексия личностная (52,76% суждений). По мере увеличения показателей эмоционального выгорания в эмпирических группах уменьшается число суждений интеллектуальной рефлексии: вопросы содержательного освоения профессии уступают место эмоционально-личностному ее восприятию. По мере нарастания показателей выгорания повышается вес суждений личностной рефлексии, выраженной по типу самоопределения. Происходит все более критическое осмысление своих личностных возможностей и своего места в профессиональной группе медиков, вплоть до отказа от профессии накануне получения диплома специалиста.

Общая картина предпосылок эмоционального выгорания, основанная на иерархии стрессогенных факторов медицинской профессии, дает основание перечислить ориентиры для разработки учебных программ, модулей и заданий по дисциплинам гуманитарного цикла. Занятия в медицинском вузе по психологии, педагогике, философии и социологии медицины,

иностранному и русскому языку, если будут включать в себя психопрофилактическую направленность учебного материала, явят собой алгоритмы и образцы самообразовательной работы по сохранению профессиональной стрессоустойчивости и эмоционального здоровья в целом.

Так, благоприятное положение в плане устойчивости к обретению предпосылок эмоционального выгорания у студентов специальностей «социальная работа в здравоохранении» и «клиническая психология» подтверждает позитивную роль учебных занятий с включением в них психопрофилактического и психотерапевтического компонентов.

Преобладание мужчин в группе со сверхвысокими показателями эмоционального выгорания (73%), а также преобладание женщин в других эмпирических группах обязывает учитывать полоролевую дифференциацию при разработке учебных заданий практической направленности. Предпочтительными для мужчин будут рациональные формы канализации негативных эмоциональных переживаний. Для женщин эффективной будет психологическая поддержка по типу энергетизирующего сочувствия.

Включение креативного компонента в содержание занятий психопрофилактической направленности снизит риск эмоционального истощения и укрепит уверенность в профессионально-личностной состоятельности специалиста. Снижение у студентов выраженности социально-психологических установок на деньги и на эгоизм, повышение значимости альтруистической направленности результативного труда уменьшит риск формирования предпосылок к синдрому.

Несформированность основных коммуникативных умений и серьезные проблемы в социальной перцепции обязывают включить в психологические программы профилактики эмоционального выгорания задания на распознание эмоциональных состояний собеседников, их мотивацию к защитному поведению; на расширение средств ориентации в коммуникативной ситуации, проявление профессионально целесообразных форм идентификации, социальной рефлексии, эмпатии, децентрации.

С учетом того, что мотивационные факторы реализации студентов-медиков в труде зависят от восприятия медицинской профессии в обществе, общего состояния здравоохранения, экономической и правовой защищенности работников отрасли, обсуждение этих проблем с привлечением компетентных специалистов должно стать неотъемлемой частью занятий. Вербальными индикаторами искаженной профессиональной мотивации, приводящей к выгоранию, следует считать неуместные проявления цинизма и/или пафосности в речи.

Преобладание личностного типа рефлексии свидетельствует об актуальной значимости для студентов-выпускников проблемы профессионального самоопределения и перспектив самореализации в труде. Подбор учебно-методических материалов с ориентацией на рефлексивные возможности студентов-выпускников повысит действенность занятий в плане благоприятного влияния на профессионально-личностное развитие.

Список литературы:

1. Сыманюк Э. Э. Психологические барьеры профессионального развития личности / Под ред. Э.Ф. Зеера. М.: Изд-во МПСИ, 2005. – 252 с.
2. Felton J. Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers // Occupation medicine. 1998. – Vol. 48. – P. 237-250.
3. Freundenberger H. Staff burn-out // Journal of Social Issues. 1974. Vol. 30 (1). – P. 159-165.
4. Maslach C., Schaufeli W., Leiter M. Job burnout // Annual Review of Psychology. 2001.– Vol. 52. – P. 397-422.

КОНТРАСТНО-ЧАСТОТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗРИТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

И. И. Шошина[1,2], Ю. Е. Шелепин[2], К. О. Новикова [1]

[1]Сибирский федеральный университет, Красноярск;

[2]Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, Санкт-Петербург

Изучение состояния сенсорно-перцептивных функций при шизофрении в настоящее время вызывает огромный интерес (Kiss et al., 2006; Skottun, Skoyles, 2007; Butler et al., 2008; Martinez et al., 2008; Kantrowitz et al., 2009; Shrivastava, Johnston, 2010; Гурович и др., 2012; Шошина и др, 2012). Причина тому понимание связи между когнитивными и сенсорно-перцептивными нарушениями, а также того, что клинические обследования должны включать в себя тесты, направленные на оценку, в том числе, сенсорных нарушений. Неоднократно показано, что нарушения восприятия и интегративных процессов у больных шизофренией связаны с изменением восприятия пространственно-временных характеристик зрительных стимулов (Butler et al., 2007; 2008; Kim et al., 2006), обработка которых осуществляется множеством относительно „узких“ каналов – нейронных комплексов, настроенных на восприятие разных пространственных частот. Основные из них - это крупноклеточные магноцеллюлярные и мелкоклеточные парвоцеллюлярные каналы, берущие начало в сетчатке с проекциями через латеральное коленчатое тело таламуса к различным слоям зрительной коры (Shapley, 1996). Известно, что магноцеллюлярные каналы более чувствительны к низким пространственным частотам (до 3 цикл/град) и высоким временным частотам (4–15 Гц), обеспечивая тем самым быстрое проведение информации к нейронам преимущественно дорзального пути (Merigan, Maunsell, 1993). Парвоцеллюлярные каналы более чувствительны к высоким пространственным и низким временным частотам (Kerri et al., 2002; Butler et al., 2008), обеспечивая более медленное, по сравнению с магноцеллюлярными нейронами, проведение информации преимущественно к нейронам вентрального пути (Merigan, Maunsell, 1993). Кроме того, нейроны

магно- и парвоцеллюлярной систем обладают разной контрастной чувствительностью. На низких уровнях контраста (до 16%) высокую чувствительность демонстрируют магноцеллюлярные нейроны. Парвоцеллюлярные нейроны активируются при достижении контраста порядка 10% и продолжают отвечать вплоть до полного насыщения (Kaplan, 1986).

Стимулом к проведению настоящего исследования послужили противоречивые данные о визуальном контрастном обнаружении при шизофрении. Одни исследования свидетельствуют о сниженной чувствительности в обнаружении контраста при шизофрении (Butler et al., 2001; Harris et al, 1990; Keri et al, 2000; Skottun, Skoyles, 2007), другие – о повышенной контрастной чувствительности (Kaplan,1986; Kiss et al, 2006). В одном из первых систематических исследований контрастной чувствительности при шизофрении W. Slaghuis (2003) разделил пациентов на подгруппы с позитивными и негативными симптомами. W. Slaghuis обнаружил глобальное снижение, по сравнению с нормой, контрастной чувствительности у пациентов с негативными симптомами, в то время как пациенты с положительными симптомами имели снижение чувствительности только на средних и высоких пространственных частотах. Глобальное снижение контрастной чувствительности наблюдали также S. Keri с соавторами (2000), но в этом исследовании, снижение контрастной чувствительности было связано с более тяжелой экстрапирамидной симптоматикой, вероятно, вызванной ингибированием дофаминовых рецепторов сетчатки. Противоположные результаты демонстрировали Y. Chen с коллегами (1999), зафиксировав у пациентов с шизофренией такую же, как в норме контрастную чувствительность. Возможным объяснением противоречивости имеющихся данных является влияние терапии и длительности заболевания на величину контрастной чувствительности. По данным S. Keri с соавторами (2000), пациенты, не получавшие терапию, демонстрировали повышенную контрастную чувствительность по сравнению с контролем. I. Kiss с коллегами (2010) показали, что для пациентов с шизофренией, никогда не получавших антипсихотические препараты, характерно увеличение контрастной чувствительности на магноцеллюлярно смещенные стимулы. В своей более поздней работе Y. Chen с соавторами (2003) систематически исследовали вопрос влияния антипсихотических препаратов разного поколения на различение контраста. Авторы показали, что у пациентов с шизофренией, получающих антипсихотические препараты второго поколения (атипичные нейролептики) контрастная чувствительность такая же, как в норме, в тоже время у тех, кто получает антипсихотические препараты первого поколения (типичные нейролептики) – ниже, чем в норме, и у пациентов, не получающих лечение – значительно выше, чем у здоровых испытуемых.

Задача настоящего исследования определить частотно-контрастные характеристики зрительной системы у больных шизофренией с разной длительностью заболевания в условиях лечения атипичными и типичными нейролептиками.

С помощью копьютерной визоконтрастометрии (Шелепин и др., 1985) методом лестницы (Бардин, 1976) фиксировали контрастную чувствительность. Предъявляли элементы Габора с пространственной частотой 0.4, 3.6 и 17.9 цикл/град. Задача испытуемого состояла в том, чтобы нажать на кнопку мыши, когда появится «решётка» и держать до тех пор, пока она не исчезнет, затем отпустить кнопку и дождаться, когда «решётка» вновь появится. Количество предъявлений элемента Габора каждой частоты – 8. Наблюдение осуществляли бинокулярно. Острота зрения всех испытуемых была нормальной или скорректированной до нормы.

В исследованиях участвовали: 20 психически здоровых испытуемых и 43 пациента психоневрологического диспансера с диагнозом F20.0 по классификации МКБ–10, находящихся на амбулаторном поддерживающем лечении. Средний возраст испытуемых контрольной группы составил 36±12.4 лет, больных шизофренией 37.7±12.2 лет. Все участвовавшие в исследованиях пациенты были разделены на две группы в зависимости от длительности болезни. В первую группу вошли 23 пациента, страдающих шизофренией менее 10 лет, во вторую группу – 20 пациентов, страдающих шизофренией более 10 лет. Средняя продолжительность болезни у пациентов первой группы составила 3.9±2.3 лет, у пациентов второй группы – 17.3±6.9 лет.

Статистическую обработку данных осуществляли при помощи критерия Манна-Уитни пакета статистических программ SPSS-13.

При регистрации контрастной чувствительности методом визоконтрастометрии у здоровых и в целом больных шизофренией установлено следующее. Контрастная чувствительность в области низких пространственных частот составила: у здоровых испытуемых – 15.2±12.0, у больных шизофренией – 10.1±8.1 ($p=0.001$); в области средних пространственных частот – у здоровых испытуемых – 73.4±39.8, у больных шизофренией – 64.4±40.7 ($p=0.02$); в области высоких пространственных частот – у здоровых испытуемых контрастная чувствительность составила 16.4±13.1, у больных шизофренией – 16.1±13.4 ($p=0.9$). Таким образом, в целом у больных шизофренией зафиксировано снижение, по сравнению с нормой, контрастной чувствительности в области низких и средних пространственных частот.

При анализе данных с учетом длительности заболевания зафиксированы следующие показатели контрастной чувствительности. У больных, страдающих шизофренией менее 10 лет, контрастная чувствительность в области низких пространственных частот составила 9.1±6.4 (по сравнению с нормой $p=0.001$), средних частот – 71.3±44.6 и высоких частот – 18.2±15.6; у больных, страдающих шизофренией более 10 лет, в области низких частот – 10.7±8.5 (по сравнению с нормой $p=0.001$), средних – 50.0±30.0 (по сравнению с нормой $p=0.003$) и высоких частот – 13.7±12.2 (по сравнению с нормой $p=0.02$). Таким образом, у больных, страдающих

шизофренией менее 10 лет, имело место снижение контрастной чувствительности только в области низких пространственных частот, тогда как у болеющих более 10 лет – в области низких, средних и высоких пространственных частот.

Больные, страдающие шизофренией менее 10 лет, получавшие разное лечение, демонстрировали разную контрастную чувствительность. Показатель контрастной чувствительности у больных, получающих лечение атипичными нейролептиками, в области низких пространственных частот равнялся 9.6±6.8, средних – 73.2±46.8 и высоких частот – 19.1±16.2. Достоверное снижение контрастной чувствительности по сравнению с нормой имело место только в области низких пространственных частот (p=0.001). Показатель контрастной чувствительности у больных, получающих типичные нейролептики, в области низких пространственных частот составил 7.6±4.9, средних – 69.8±38.6 и высоких частот – 13.7±12.3. Таким образом, в этом случае имело место снижение контрастной чувствительности только в области низких (p=0.001) и высоких пространственных частот (p=0.02).

Сенсорные дефициты при шизофрении неоднократно исследовались стимулами, отвечающими свойствам магно- либо парвоцеллюлярной системы. Одни работы свидетельствуют о дисфункции магноцеллюлярных зрительных каналов (Kim et al., 2006; Butler et al., 2008; Martinez et al., 2008). Другие – сообщают о повреждении при шизофрении парвоцеллюлярных каналов (Chen et al., 1999), либо о нарушении функций обоих типов каналов (Doniger et al., 2002; Kantrowitz et al., 2009). Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что противоречивость данных литературы может быть вызвана тем, что авторы в своих исследованиях не учитывали фактор длительности заболевания и применяемой антипсихотической терапии.

Рассматривая группу больных шизофренией в целом, мы наблюдали снижение, по сравнению с нормой, контрастной чувствительности в ответ на стимулы с низкими и средними пространственными частотами, к которым наиболее чувствительны нейроны магноцеллюлярной системы. То есть, казалось бы, получили данные, свидетельствующие в пользу самой распространенной гипотезы о дисфункции при шизофрении магноцеллюлярной системы. Однако, при анализе данных с учетом длительности заболевания и применяемой терапии, картина становится несколько иной. Больные, страдающие шизофренией менее 10 лет, демонстрировали нарушение функций магноцеллюлярной системы, тогда как, страдающие шизофренией более 10 лет, как магно-, так и парвоцеллюлярной системы.

Результаты настоящего исследования согласуются в определенной степени с данными нескольких работ. J. Kantrowitz с соавторами (2009), показали, что при кратковременном предъявлении (32 мс) решеток с синусоидальным изменением светимости наибольшие дефициты

контрастной чувствительности наблюдались при восприятии низких пространственных частот (0.5 цикл/град). При долговременном предъявлении (более 500 мс), наоборот, в большей степени было изменено восприятие решеток со средними (7 цикл/град) и высокими (21 цикл/град) пространственными частотами.

По поводу влияния терапии на частотно-контрастные характеристики нужно сказать, что до настоящего времени была предпринята только одна попытка оценить влияние типичной и атипичной терапии на различение контраста при шизофрении (Chen, 2003). Авторы в своих исследованиях использовали решетки с синусоидальным распределением яркости, однако, только одной пространственной частоты – 0.5 цикл/град. Решетки были движущимися с временной частотой – 5 Гц. Снижение контрастной чувствительности демонстрировали только пациенты, получавшие лечение типичными антипсихотическими препаратами, блокирующими рецепторы дофамина.

Известно, что секреция дофамина затрагивает процессы зрительной обработки (Harris et al., 1990; Li., Dowling, 2000), в первую очередь обнаружение контраста (Djamgoz et al., 1997). Дефицит дофамина приводит к уменьшению контрастной чувствительности. Антипсихотическое лечение, которое получают больные шизофренией, в разной мере затрагивает рецепторы дофамина и другие рецепторы. Лекарственные антипсихотические препараты – нейролептики, условно подразделяют на типичные и атипичные. Ключевой особенностью атипичных нейролептиков является их более выраженное сродство к рецепторам серотонина, чем дофамина, связываясь с рецепторами дофамина, они быстро их освобождают, позволяя эндогенному дофамину повторно занять D_2-рецепторы. Ингибирование выброса серотонина атипичными нейролептиками способствует увеличению трансмиссии дофамина. Типичные нейролептики имеют высокое сродство к дофаминовым D_2-рецепторам. Они длительно и прочно связываются с D_2-рецепторами, препятствуя взаимодействию с ними эндогенного дофамина. Эти различия между двумя классами лекарств могут быть ответственны за выраженность изменений контрастной чувствительности при разных пространственных частотах. Магноцеллюлярные зрительные каналы, восприимчивые к низким пространственным частотам, наиболее чувствительны к уровню дофамина.

Таким образом, установлено, что при шизофрении в условиях антипсихотического лечения имеет место снижение контрастной чувствительности. Диапазон пространственных частот, в котором наблюдается снижение контрастной чувствительности зависит от длительности заболевания и типа получаемых нейролептиков. Полученные, в ходе исследования данные рассматриваются нами как свидетельства дисфункции при шизофрении как магноцеллюлярной, так и парвоцеллюлярной зрительных систем. Однако остается открытым вопрос является ли снижение контрастной чувствительности специфичным признаком шизофрении

или результатом применяемого антипсихотического лечения. Данные нескольких исследований среди пациентов, не получавших антипсихотического лечения (Chen et al., 2003; Kiss et al., 2010), и пациентов в продромальной стадии шизофрении (Keri, Benedek, 2007) свидетельствуют об увеличении при шизофрении контрастной чувствительности магноцеллюлярных путей. Повышенная чувствительность магноцеллюлярной системы в задаче различения контраста может быть причиной нарушения при шизофрении избирательности внимания, что в результате информационной перегрузки приводит к психотической дезорганизации.

Выводы:

1. В целом у больных шизофренией имеет место снижение, по сравнению с нормой, контрастной чувствительности в области низких и средних пространственных частот.

2. Больные, страдающие шизофренией менее 10 лет, демонстрируют снижение контрастной чувствительности только в области низких пространственных частот, тогда как болеющие более 10 лет – в области низких, средних и высоких пространственных частот.

3. Больные, страдающие шизофренией менее 10 лет, получающие лечение атипичными нейролептиками, демонстрируют снижение контрастной чувствительности в области низких пространственных частот, тогда как, получающие лечение типичными нейролептиками, – в области низких и высоких пространственных частот.

Список литературы:

1. Бардин К.В. Проблема порогов чувствительности и психофизические методы. М.: Наука. 1976. – 395 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах развития шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Журнал неврологии и психиатрии. 112(8): 7-12. 2012.
3. Шелепин Ю.Е., Колесникова Л.Н., Левкович Ю.И. Визоконтрастометрия. СПБ.: Наука, 1985. – 105 с.
4. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е., Конкина С.А. Пронин С.В., Бендера А.П. Исследование парвоцеллюлярных и магноцеллюлярных зрительных каналов в норме и при психопатологии. Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. 98(5): 657-664, 2012.
5. Butler P.D., Schechter I., Zemon V. et al. Dysfunction of early-stage visual processing in schizophrenia. Am J Psychiatry. 158: 1126-1133. 2001.
6. Butler P., Martinez A., Foxe J., Kim D. Subcortical visual dysfunction in schizophrenia drives secondary cortical impairments. Brain. 130: 417-430. 2007.
7. Butler P.D., Silverstein S.M., Dakin S.C. Visual perception and its impairment in schizophrenia. Biol. Psychiatry. 64: 40-47. 2008.
8. Chen Y., Palafox G.P., Nakayama K. Motion perception in schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry. 56: 149-154. 1999.
9. Chen Y., Levy D., Sheremata S. Effects of Typical, Atypical, and No Antipsychotic Drugs on Visual Contrast Detection in Schizophrenia. Am. J. Psychiatry. 160: 1795–1801. 2003.

10. Doniger G.M., Foxe J.J., Murray M.M, Higgins B.A., Javitt D.C. Impaired visual object recognition and dorsal/ventral stream interaction in schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry. 59: 1011-1020. 2002.
11. Djamgoz M.B., Hankins M.W., Hirano J., Archer S.N. Neurobiology of retinal dopamine in relation to degenerative states of the tissue. Vision Res. 37: 3509-3529. 1997.
12. Harris J.P., Calvert J.E., Leendertz J.A., Phillipson O.T. The influence of dopamine on spatial vision. Eye. 4(6): 806-812. 1990.
13. Kantrowitz J.T., Butler P.D., Schecter I., Silipo G., Javitt D. Seeing the World Dimly: The Impact of Early Visual Deficits on Visual Experience in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 35(6): 1085-1094. 2009.
14. Kaplan E. The primate retina contains two types of ganglion cells, with high and low contrast sensitivity. Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 83: 2755-2757. 1986.
15. Kéri S., Antal A., Szekeres G. Transient visual channel functions in schizophrenia. Int. J. Psychophysiol. 30: 170-175. 1998.
16. Keri S., Antal A., Benedek G., Janka Z. Contrast detection in schizophrenia. Archives of General Psychiatry. 57: 995-996. 2000.
17. Keri S., Antal A., Szekeres G., Benedek G. Spatiotemporal visual processing in schizophrenia. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 14: 190-196. 2002.
18. Keri S., Benedek G. Visual contrast sensitivity alterations in inferred magnocellular pathways and anomalous perceptual experiences in people at high risk for psychosis. Visual Neuroscience. 24: 183-189. 2007.
19. Kim D., Wylie G., Pasternak R., Butler P.D. Magnocellular contributions to impaired motion processing in schizophrenia // Schizophr. Res. 82: 1-8. 2006.
20. Kiss I., Janka Z., Benedek G., Keri S. Spatial frequency processing in schizophrenia: trait or state marker? J. Abnorm. Psychol. 115: 636-638. 2006.
21. Kiss I., Fabian A., Benedek G., Keri S. When Doors of Perception Open: Visual Contrast Sensitivity in Never-Medicated, First-Episode Schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. 119 (3): 586-593. 2010.
22. Li L., Dowling J.E: Effects of dopamine depletion on visual sensitivity of zebrafish. J. Neurosci. 20: 893-903. 2000.
23. Martinez A., Hillyard S., Dias E. Magnocellular Pathway Impairment in Schizophrenia: Evidence from Functional Magnetic Resonance Imaging. Journal of Neuroscience. 28(30): 7492-7500. 2008.
24. Merigan W.H., Maunsell J.H.R. How parallel are the primate visual pathways? Ann Rev. Neuroscience. 16: 369-402. 1993.
25. O'Donnell B., Potts G., Nestor P., Stylianopoulos K. Spatial Frequency Discrimination in Schizophrenia. J. Abnorm. Psychol. 111(4): 620-625. 2002.
26. Shapley R. Parallel cortical channels, in Application of Parallel Processing in Vision, edited by Brannan JR. Amsterdam, North-Holland. 1992. P. 3-62.
27. Shrivastava A., Johnston M. Cognitive neurosciences: A new paradigm in management and outcome of schizophrenia. Ind. J. Psyhiatry. 52(2): 100-105. 2010.
28. Skottun B., Skoyles J. Contrast sensitivity and magnocellular functioning in schizophrenia. Vision Res. 47: 2923-2933. 2007.
29. Slaghuis W.L. Contrast sensitivity for stationary and drifting spatial frequency gratings in positive- and negative-symptom schizophrenia. J Abnorm Psychol. 107: 49-62. 1998.
30. Slaghuis W.L., Thompson A.K. The effect of peripheral visual motion on focal contrast sensitivity in positive- and negative-symptom schizophrenia. Neuropsychologia. 41: 968-980. 2003.

Раздел 6

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

ЗАСТЕНЧИВОСТЬ: ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Я. В. Ануфриева

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

В настоящее время проблема застенчивости достаточно распространена. Еще в середине XX века американский психолог Ф. Зимбардо установил, что около 80% американцев считают себя застенчивыми. Сейчас ситуация меняется, и, соответственно, цифра может расти. Поскольку эта проблема берет начало с дошкольном возраста, то тема статьи является особенно актуальной.

Как отдельное самостоятельное свойство личности, застенчивость в отечественной психологии практически не изучалась, за исключением нескольких работ И.С. Кона, А.Б. Добровича, В.Н. Куниционой, Н.В. Шингаевой, Е.Н. Бойцовой, Л.Н. Галигузовой, А.Б. Белоусовой, Л.В.Красновой и др. В зарубежной психологии проблему застенчивости изучали: Д. Болдуин, К. Гросс, Ф. Зимбардо, К. Изард, Д. Б. Уотсон, В. Штерн. Особенно следует отметить исследования Ф. Зимбардо. Он выделил ряд обусловленных застенчивостью трудностей, которые возникают в межличностных отношениях взрослых. Среди них такие, как затруднения при знакомстве с людьми, возникающие отрицательные эмоциональные состояния в ходе общения, трудности в выражении своего мнения, излишняя сдержанность, неудачное предъявление себя, затрудняющее адекватную оценку застенчивого человека другими людьми, чрезмерная сосредоточенность на себе и др.

В русском языке слово «застенчивый» образовано от глагола «застить» и толкуется В.И.Далем как «охотник застеняться, не показываться; неразвязный, несмелый; робкий и излишне совестливый или стыдливый; неуместно скромный и робкий; непривычный к людям, робкий и молчаливый». В «Педагогическом словаре» застенчивость описывается как психическое состояние или качество личности, проявляющееся в смущении, скованности, необоснованной молчаливости, в затруднениях речи. Словарь Уэбстера определяет застенчивость как состояние «стеснение в присутствии других людей».

В своей работе мы будем опираться на следующее определение этого понятия: застенчивость – это свойство личности, которое возникает у человека, постоянно испытывающего затруднения в определенных

ситуациях межличностного неформального общения, проявляется в состоянии нервно-психического напряжения и отличается разнообразными нарушениями вегетатики, психомоторики, речевой деятельности, эмоциональных, волевых мыслительных процессов и рядом специфических изменений самосознания (Краснова Л.В., Торохина Л.А., 2005).

Несмотря на наличие достаточно обширной литературы по этой проблеме, обсуждение ее чаще всего носит умозрительный характер и не опирается на конкретные исследования. Сегодня можно констатировать, что многие вопросы внутри этой проблемы остаются открытыми. Так, пока еще не ясна специфика взаимоотношений застенчивого ребенка с другими людьми, нет описания феномена застенчивости, охватывающего наиболее значимые для ребенка стороны его жизни, не выяснена структура его образа Я, их динамика в подростковый период

По мнению Е. И. Гаспаровой и Ю. М. Орловой застенчивость представляет собой свойство личности, характеризующееся отсутствием свободы общения, характеризующееся наличием внутренней скованности поведения, не позволяющей индивиду реализовать в полной мере свой наследственный и личностный потенциал. В контексте развития эмоций и чувств человека, застенчивость рассматривается то, как синоним чувства страха (В. Штерн, К. Гросс), то, как выражение чувства стыда или вины (Д. Изард, В. Зеньковский).

Некоторые считают застенчивость личной проблемой, однако ее влияние ощущается в обществе повсюду: от нереализованных возможностей и одиночества до насилия, алкоголизма, вандализма, суицида. Застенчивые люди не приемлют свободы, так как она требует индивидуальной ответственности, активности и инициативы, а не пассивного восприятия и ожидания.

Такие люди не могут быть лидерами или оппозиционерами. Застенчивая личность пытается спрятаться за безопасным занавесом пассивной анонимности, жертвуя свободой, скрываясь от жизненных страстей. Проблема застенчивости возникает не во взрослом состоянии и даже не в подростковом возрасте. Застенчивость начинает формироваться уже с младенчества, при раннем опыте общения ребенка с незнакомыми людьми. Уже тогда человеческое лицо вызывает у ребенка, как правило, волнение и радость. Пока дитя не научится выделять лицо матери из лиц других взрослых, незнакомец вызывает у него желание общаться. Опознание же его лица, как незнакомого, подавляет интерес и радость ребенка, уменьшает стремление к общению. Если ребенок часто переживал неприятные ощущения, связанные с незнакомыми, он постепенно понимает, что встреча с незнакомцем всегда вызывает застенчивость. Ожидание помехи в общении каким-то образом ослабляет возбуждение, которое он должен испытать при встрече с незнакомцем в следующий раз. Застенчивость тогда возникает вновь, и ребенок предпринимает

решительные меры для создания в воображении образа тех людей, в чьем присутствии он ее испытывает. В дальнейшем опыте подтверждение этого ожидания вызывает знакомое состояние, причем более сильное и генерализованное, чем врожденная реакция на врожденные стимулы.

Непредвиденная ситуация «друг – незнакомец» может вызвать застенчивость. Как только ребенок научается отличать лицо матери от других лиц (иногда около четвертого месяца жизни), он становится способным испытывать застенчивость. Большая часть детства и значительная часть жизни нормального человека проводятся в исследовании, сопровождаемом интересом и радостью. В таких условиях любое препятствие на пути дальнейшего исследования, снижающее положительную эмоцию, приводит к возникновению застенчивости. Однако существуют препятствия, которые не оказывают такого действия. Только те препятствия вызывают застенчивость, которые предопределяют неудачу в осуществлении Я-идеала.

Презрение, насмешка со стороны других или себя самого может активизировать застенчивость. Чувство того, что человек или какие-то черты его неадекватны, неуместны или неприличны – другая предпосылка переживания застенчивости. Представления о неадекватности, неприличности самого себя могут распространяться на все аспекты индивидуальности (Краснова Л.В., 2006).

Жалобы на застенчивость, стеснительность детей дошкольного возраста возникают чаще всего в связи с подготовкой их к школе, т.е. приблизительно в 6-7 лет. Поэтому необходимо знать особенности проявления застенчивости у ребёнка и найти правильный индивидуальный подход к нему.

С точки зрения психологии, застенчивость – это сложнейший феномен, в основе которого лежат многие личностные проблемы и особенности. Но на внешнем уровне застенчивость в основном проявляется в общении. Ребенку трудно контактировать с другими, быть в центре компании, разговаривать, когда его слушает большое количество людей, выступать перед другими. Сама мысль о том, что сейчас он привлечет к себе внимание, ему неприятна.

Застенчивых детей не видно в группах, они послушны и выполняют просьбу знакомого взрослого. Такие дети часто ведомы более активными сверстниками, подвержены их влиянию. Многие взрослые считают их хорошо воспитанными и послушными, в то время как внутренне ребенок очень скован и испытывает дискомфорт в общении с незнакомыми людьми (Широкова Г.А., 2008).

Несмотря на внешнюю бесчувственность, застенчивые дети испытывают такую же бурю эмоций, как и дети, не имеющие проблем в развитии. Но они не могут их проявить, отреагировать внешне. Это способствует тому, что дети «кипят» внутри и часто обращают эту негативную энергию на самих себя, что стимулирует развитие аутоагрессивных и невротических проявлений (тики, пощипывания, навязчивые движения и т. д.).

Застенчивость опасна тем, что в более старшем возрасте она препятствует налаживанию контактов, достижению успехов в личностной и профессиональной сфере.

Исходя из этого, можно предположить, что у застенчивых детей заниженная самооценка. Но экспериментальные исследования говорят об обратном. Такие малыши оценивают себя достаточно высоко. Проблема в том, что они склонны считать, что другие относятся к ним плохо, гораздо хуже, чем они сами. В этом заключается личностная особенность застенчивых детей: каждое свое действие ребенок проверяет через мнение других, его внимание сосредоточивается в большей степени на том, как его действия оценят взрослые. Тем не менее, часто встречаются застенчивые дети, имеющие авторитарных родителей, возлагающих неоправданно большие надежды на своего ребенка. Таким образом, у ребенка развивается комплекс несоответствия, и он все больше убеждается в своей несостоятельности. Отсюда и отказ от деятельности.

Причины такого феномена, как застенчивость, могут быть различны: семейные, социальные, недостаток общения и т.д. В психологии существует несколько подходов к этой проблеме. Так, психоанализ видит в ней симптом неудовлетворенного эдипова комплекса, бихевиоризм - приобретенную реакцию страха на социальные стимулы. Социологи связывают застенчивость с чувством личного неблагополучия и ищут корни ее в экологии социального Я. Сторонники экзистенциальной психологии также подчеркивают связь застенчивости с чувством личной незащищенности, вызванным страхом быть отвергнутым другими людьми. Исследователи личностных черт рассматривают ее как повышенную чувствительность к опасности, имеющую врожденный характер. В контексте развития эмоций и чувств человека застенчивость рассматривается то как синоним чувства страха (Д. Болдуин, К. Гросс), то как выражение чувства стыда или вины (В. Штерн, В. Зеньковский, Д. Изард).

Большая часть авторов считают, что застенчивость генетически обусловлена. Уже в первые недели жизни дети эмоционально отличаются друг от друга: некоторые больше плачут, более склонны к переменам настроения. Кроме всего этого, детям изначально свойственно отличаться по темпераменту и необходимости контактов. Позднее эти особенности могут прорасти и превратиться в устойчивые модели поведения. Дети с необычайно чувствительной нервной системой все принимают близко к сердцу. Соответственно вырабатывается чрезвычайно осторожный подход ко всему и постоянная готовность отступить.

Приобретение социального опыта позволяет полностью сформировать ряд генетически обусловленных моделей поведения. Так, деткам, любящим улыбаться, чаще улыбаются в ответ. Их чаще носят на руках, чем это делают с угрюмыми или спокойными детьми. Есть множество изначальных причин развития застенчивости, вытекающей из детских

эмоций, а также из того, как эти эмоции воспринимаются конкретной личностью. Если родители не умеют своим примером научить детей общительности, дети, скорее всего, вырастут застенчивыми.

Говоря о причинах возникновения застенчивости в дошкольном возрасте, следует сказать, что таких причин, которыми обусловлено возникновение стеснения и застенчивости, существует много. Так же существует много конкретных обстоятельств, которые вызывают стеснение как реакцию на конкретную ситуацию.

Л.Н. Галигузовой были выявлены четыре основные причины застенчивого поведения детей. Первая и наиболее распространенная – отношение ребенка к оценке взрослым его деятельности. У застенчивых детей имеется обостренное ожидание и восприятие оценки.

Катя П., 4 года. Собирая из кубиков фигурку по образцу, девочка действовала очень осторожно, исподлобья напряженно поглядывая на экспериментатора. Иногда тихо и робко спрашивала. «Так?» В ответ на порицание Катя опускала голову, смотрела в пол, теребила колготки. Предложение помощи девочка встретила охотно, облегченно вздохнула и продолжила сборку вместе со взрослым. Удача вдохновила и успокоила ее, но малейшее замечание экспериментатора замедляло деятельность и вызывало новый всплеск робости и смущения. Закончив сборку, Катя слабо и неуверенно улыбнулась взрослому, напряженно ожидая его оценки. Получив похвалу, снова облегченно вздохнула и радостно кивнула головой.

Вторая причина – собственное отношение ребенка к своим конкретным действиям (независимо от оценок взрослого). Ребенок ведет себя застенчиво, если предполагает, что его ждет неуспех в деятельности. В случае затруднения он робко смотрит в глаза взрослого, не решаясь попросить помощи. Иногда, преодолевая внутреннее напряжение, смущенно улыбается, ежится и тихо произносит: «Не получается». Так же, как и в предыдущем случае, смущение может проявляться и при успешном решении задачи. Быстро выполнив задание, ребенок со смешанным чувством гордости и смущения смотрит на взрослого и произносит: «Все, собрал».

Третья причина – общая самооценка ребенка, которая отражается в его неуверенности в положительном отношении к нему взрослого, в одновременном желании и боязни привлечь к себе его внимание, выделиться из группы сверстников, оказаться в центре внимания. Эта особенность ярко проявляется в ситуациях встречи взрослого с ребенком, а также в начале любой совместной деятельности. Приведем пример. Дима С., 3 года. Играет с машинкой рядом со сверстниками в групповой комнате. При появлении взрослого он внимательно посмотрел на него, но встретив его взгляд, смущенно отвернулся. Взрослый попросил мальчика подойти к нему. Дима улыбнулся, быстро встал, сделал несколько шагов навстречу, остановился и начал смущенно топтаться на месте,

вертя в руках машинку. Некоторое время он нерешительно поглядывал на взрослого. Когда тот повторно подозвал ребенка, Дима вновь сделал два шага, затем двинулся вперед, выбирая обходную траекторию вокруг столов, подошел и остановился в нескольких шагах от взрослого, снова отошел, затем побежал в туалет, вышел из него, издали вопросительно посмотрел на взрослого. Подошел к нему только после того, как его подозвали в четвертый раз, встал рядом и смущенно поглядывая в глаза, принялся накручивать на палец волосы.

Четвертая причина – отражает потребность застенчивых детей оградить внутреннее пространство своей личности от постороннего вмешательства при наличии в то же время желания общаться со взрослым.

Итак, основные затруднения в общении застенчивого ребенка с другими людьми связаны со сферой его собственного отношения к себе и отношения других (Галигузова Л.Н, 2000).

Обобщив приведенную выше информацию, можно выделить общие симптомы застенчивости. Она «читается» по следующим внешним признакам:

– покраснение лица;
– потливость;
– сухие губы;
– внутренняя дрожь;
– учащенное сердцебиение;
– стесненное дыхание;
– дрожание конечностей;
– согбенная поза;
– опущенные вниз глаза;
– тихий голос;
– скованность мышц и движений;
– молчание;
– заикание;
– бессвязная речь;
– нервозность;
– неприятные ощущения (спазмы) в желудке.

Психологические особенности застенчивых детей можно свести в основном к следующему:

– смущение при контактах с людьми;
– неловкость;
– уклонение от ответных действий;
– «синдром замкнутости»;
– высокая тревожность;
– страх;
– зависимость от мнения окружающих;
– безосновательное чувство вины и т.д.

Все эти особенности формируются у детей на фоне неуверенности в себе.

К существенным факторам, влияющим на формирование застенчивости, могут быть отнесены следующие:

1) порядок рождения детей в семье;

2) доминирующий тип семейного воспитания;

3) застенчивость родителей;

4) собственно особенности нервно-психического развития ребенка.

Экспериментально выявлены возрастные особенности в проявлении застенчивости у дошкольников. Оказалось, что она является стабильным феноменом. Практически все дети, которые вели себя застенчиво в три года, сохранили это качество до семи лет. Вместе с тем в опытах обнаружилась неоднородность проявления застенчивости в разные возрастные периоды детства. Слабее всего она проявлялась в младшем дошкольном возрасте, резко возрастала на пятом году жизни, несколько снижалась к шести и значительно сокращалась к семи годам. Так же было выявлено, что застенчивость проявляется преимущественно в значимых для ребенка ситуациях общения со взрослыми даже тогда, когда оно имеет явно игровой характер.

Подводя итог, следует отметить, что такой психологический феномен, как застенчивость, начинает формироваться уже в младенчестве, когда происходит ранний опыт общения ребенка с незнакомыми людьми, когда непредвиденная ситуация «друг-незнакомец» может вызвать застенчивость. Стеснительность детей дошкольного возраста возникают чаще всего в связи с подготовкой их к школе, т.е. приблизительно в 6-7 лет.

Застенчивый ребенок избегает людей, так как испытывает достаточно сильный дискомфорт в присутствии посторонних. Он ощущает неловкость при каждом своем жесте, опускает глаза, встретившись с мимолетным взглядом, с трудом говорит о том, что думает, а иногда и вовсе не отваживается говорить.

Причинами такого поведения у ребенка чаще всего являются семейное воспитание, генетические и социальные причины.

Необходимо как можно раньше начинать принимать меры по предотвращению развития застенчивости у детей. Способы борьбы с застенчивостью зависят, прежде всего, от степени проявления её у ребёнка и различны в конкретном случае.

Масштабность данной проблемы подчеркнута в высказывании Ф. Зимбардо: «Застенчивость – это коварная личная проблема, принимающая размеры настоящей эпидемии, и поэтому ее с полным основанием можно назвать социальным заболеванием. Характерные для нашего общества тенденции указывают на то, что в ближайшие годы положение станет еще хуже, так как действующие в нем силы все больше и больше изолируют нас друг от друга, подстегивают в нас дух соперничества, и мы все сильнее чувствуем свое одиночество».

Проблема застенчивости является проблемой, возникшей в детстве и требующая коррекции во взрослом состоянии, если таковая помощь не была оказана ранее.

Список литературы:

1. Галигузова Л.Н. Психологический анализ феномена детской застенчивости // Вопросы психологии. – № 5. – 2000. – С. 28-38.
2. Краснова Л.В. Психосоциальные функции застенчивости // Вестник Адыгейского государственного университета. – № 1. – 2006. – С. 177-179.
3. Краснова Л.В., Торохина Л.А. Психологический анализ феномена застенчивости // Вестник Адыгейского государственного университета. – № 1. – 2005. – С. 122-124.
4. Широкова Г.А. Справочник дошкольного психолога. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 382, с.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ

И. В. Белкова

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Время – это цикл нашей жизни, ее длительность, ритм, ее периоды, которые имеют разное значение и смысл для личности. Время – это ценность, поскольку нам удается наполнить его глубоким содержанием и реализовать себя в нем. Время является определенной мерой скорости, продуктивности и т. д.; вместе с тем происходят растраты, т. е. уничтожение времени, виной которых незаметно являемся мы сами. Итак, время – это темпы, скорость, сроки и ритмы, периоды, этапы и определенные структуры самых различных процессов и явлений (Абульханова, 2001).

На протяжении длительного исторического периода от цивилизаций древности до Нового времени в искусстве и философии предпринимались попытки осмыслить закономерности человеческого времени, рассмотреть их в сложном переплетении событий и судеб людей. Человек жил во времени своей эпохи и стремился объяснить особенности переживания времени и определить отношение к нему в духе этой эпохи [Головаха, 1984].

Проблема времени – одна из древнейших и сложных в истории развития научного знания. Долгие столетия представляемая в чисто философской интерпретации, она получила определенное осмысление в трудах Плутарха, Сократа, Гераклита, Платона, Аристотеля, Августина Блаженного и др. В философии Нового времени одним из ярчайших представителей научного знания, в том числе и о времени, выступает Декарт. Понятие времени и пространства, по Лейбницу, – это идеальное определение реальных отношений между вещами, задающих порядок и последовательность их изменений. Собственно научный подход

к исследованию времени был сформулирован немецким философом И. Кантом и французским философом А. Бергсоном. Важнейшей категорией выступает время в философии С. Кьеркегора и Э. Гуссерля, в «философии жизни» Ницше и Дильтея.

В психологии время выступает как предмет многочисленных теоретических и экспериментальных исследований, основные аспекты: 1) психофизический – поиск механизмов отражения психического топологических (последовательность, одновременность) и метрических (длительность) характеристик «физического» времени; 2) психофизиологический – исследование влияния разноуровневых биологических ритмов и закономерностей организации «биологического» времени на динамику процессов психических; 3) социально-психологический – рассмотрение особенностей отражения человеком «социальною» времени, специфики этого отражения в различных общностях и культурно-исторических условиях; 4) личностно-психологический – изучение временной организации индивидуального жизненного пути, структуры психологического времени личности. Время – это фундаментальное понятие человеческого мышления, отображающее изменчивость мира, процессуальный характер его существования, наличие в мире не только «вещей» (объектов, предметов), но и событий. В содержание общего понятия времени входят аспекты, отображаемые более специальными понятиями: одновременности, временной последовательности, длительности, а также идея направленности, включающая в себя представление о прошлом, настоящем и будущем.

Поскольку время «определено не только количественно, но и качественно и различается не только по количеству, но и по качеству», ученые на протяжении длительного периода вели дискуссию (она проходила в основном между представителями естественных и гуманитарных наук) о том, каковы особенности этого «другого», не физического времени, имеет ли вообще последнее право на существование. Это время помимо основных физических параметров, присущих любому времени, должно обладать какими-то особыми признаками, которые определяли бы его как человеческое время. Разрешить многолетнюю дискуссию, отстоять «человечность» времени помогли психологи. Выделив сначала субъективное время, отличное от физического, они затем доказали, что «субъективность» — это принадлежность времени субъекту, а не субъективистское его истолкование [Абульханова-Славская, 1991].

Проблема времени всегда волновала человечество, это одна из интересных и мало разработанных категорий, как в психологии, так и в научном мире в целом. Изначально время рассматривалось как объективная характеристика реальности. С точки зрения философских и психологических взглядов время приобретает еще и субъективный характер, привязывает к субъекту, личности человека.

Впервые психологические закономерности переживания человеком времени были строго сформулированы Кантом. В истории философии с именем Канта связана концепция трансцендентальной идеальности времени как априорного условия чувственного созерцания. Такое понимание времени является достоянием «критического» периода философии Канта. Глубокое диалектическое обоснование идеи временного единства психики находим у Гегеля при анализе им проблемы перехода субъекта в процессе познания от стадии чистого созерцания к формированию представлений. Как известно, Гегель критиковал субъективизм Канта в понимании пространства и времени и рассматривал пространственность и временность присущими вещам самим по себе, однако в самом «звучании» этих слов усматривал указание на ограниченность материальных форм, которая преодолевается в процессе самореализации духа.

Проблеме времени отводится значительное место в произведениях классиков марксизма-ленинизма. К. Маркс писал, что, «если предположить наличие коллективного производства, определение времени, естественно, сохраняет существенное значение». Особенно актуальным становится Марксово положение об экономии времени, которое подтверждается всем ходом общественного развития: «Чем меньше времени требуется обществу на производство пшеницы, скота и т.д., тем больше времени оно выигрывает для другого производства, материального или духовного.

Марксистский анализ диалектики необходимости и случайности, возможности и действительности позволил рассмотреть соотношение прошлого, настоящего и будущего в их реальной взаимосвязи, преодолеть крайности механистического детерминизма и телеологизма в решении данной проблемы. Объективный характер этой взаимосвязи обусловлен тем, что прошлое и будущее действительны не в памяти и воображении субъекта, а в том, что материальные процессы, осуществленные в прошлом, определяют предметность настоящего, которое содержит реальные возможности направленного становления в будущем (Головаха, 1984).

В новом отношении ко времени, в обострении человеческого время - ощущения и самоопределения собственного бытия во времени заключается специфика изучения времени сегодня. В нынешнюю эпоху с резкими изменениями социальных событий, отмеченную высокими скоростями и чрезвычайно расширенными во времени и пространстве коммуникациями, мировоззренческая задача овладения временем переходит в ранг прикладных и актуальных. Требуется новый подход к его изучению и к систематическим исследованиям места времени в структуре человеческой деятельности и бытия в целом [Болотова, 2006]. Следовательно, в психологическом знании проблема понимания времени рассматривается различными учеными до сих пор.

Исследования проблемы времени в психологии осуществлялись в целом ряде направлений, которые фактически мало связаны друг с другом. Это классические исследования восприятия времени (Ю. М. Забродин, Ф. Е. Иванов, Е. Н. Соколов, П. Фресс и др.), переживания времени (Д. Гарбетте, Р. Кнапп и др.), временной перспективы (Р. Кастенбаум, Дж. Нюттен и др.) Однако они оказались оторванными от целого исследовательского направления, в котором изучались нейрофизиологические, психофизиологические особенности временной организации человека (Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова, 1981; Ю. М. Забродин, А. В. Бороздина, Н. А. Мусина, 1987; Я. Освальд, 1975; С. Шервуд, 1975 и др.), а также процессуально-динамические и в этом смысле объективные временные характеристики самой психики, такие, как скорость запоминания, скорость реакций, темпы, ритмы нейрофизиологических, психофизиологических процессов (П. Фресс, Л. П. Гримак, 1978; Д. Т. Элькин, 1959, 1962; Д. Т. Элькин, Т. М. Козина, 1978, Д. Н. Узнадзе, 1966).[1] Теоретическое обоснование можно найти в работах П. Жане, Ш. Бюлер, К. Левина, С. Л. Рубинштейна, Б. Г. Ананьева.

Существующие направления изучения времени можно условно классифицировать следующим образом: выделив четыре основных аспекта его рассмотрения. Первый – отражение (психикой, сознанием) объективного времени, большая или меньшая адекватность и механизмы отражения (восприятие времени). Второй – временные, т. е. процессуально-динамические характеристики самой психики, связанные прежде всего с лежащими в ее основе ритмами биологических, органических, нейрофизиологических процессов. Третий – способность психики к регуляции времени движений, действия и деятельности. Четвертый – личностная организация времени жизни и деятельности, т. е. той временно-пространственной композиции, в которой строятся ценностные отношения личности с миром на протяжении времени жизненного пути.

Одним из наиболее продуктивных направлений исследования времени в непосредственных условиях жизнедеятельности личности являются эксперименты и опросы, связанные с изучением точности временных суждений, их соответствия объективной хронологии. Здесь был выявлен ряд интересных фактов: точность временных суждений связана со статусом в структуре межличностных отношений; городские жители более точны в оценках, чем сельские; пунктуальность не во всех культурах рассматривается как необходимое качество личности, и само понятие пунктуальности как соблюдения точности во времени наполняется конкретным содержанием в зависимости от социокультурных условий. Исходя из полученных данных, можно утверждать, что степень совпадения субъективных оценок времени с объективными хронологическими показателями является переменной, зависящей от условий социальной макро- и микросреды личности.

Среди важнейших понятий, обозначающих параметры (или модальности) времени, прежде всего существенны: время развития, изменения, последовательность или одновременность, скорость (в том числе различные темпы, ритмы), кванты (периоды, привязанные к качественным характеристикам определенной сферы), соотношение прошлого, настоящего и будущего, выражающего архитектонику и необратимость времени, связь времени и пространства («хронотоп» по А.А. Ухтомскому), своевременность.

Время человека – системообразующий фактор связи и способов организации различных времен жизнедеятельности человека, его прошлого, настоящего и будущего, его экзистенциального бытия как личности (Болотова, 2006).

Изучая проблему времени в психологическом знании, существенное значение отдается категориям: психологическое время, организация времени, временная перспектива, стратегия жизни. Рассмотрим данные понятия подробнее.

Большое значение для изучения психологического времени личности в биографическом масштабе имели работы Ш. Бюлер, под руководством которой была комплексно исследована проблема жизненного пути личности. Исходным для Бюлер было представление о врожденном стремлении человека к самоосуществлению, которое обусловлено жизненными целями и ценностями личности и наполняется различным содержанием на разных возрастных этапах жизненного пути.

Проблема психологического времени — одна из интереснейших и наименее разработанных в психологии. Особенность ее в том, что время и объективно (везде одинаково по своим законам), и индивидуально. Оно является мерилом жизни человека (ее событий, развития), но подчас не может переживаться «объективно», в отрыве от собственно личностных смыслов и значений.

В наиболее широком плане психологическое время личности в историческом масштабе - это освоение индивидуальным сознанием временных отношений и закономерностей человеческой истории, в результате которого историческое будущее предстает в глазах индивида как его собственное будущее, как возможность преодоления ограниченности времени индивидуальной жизни.

В целом психологическое время может быть представлено как специфический континуум времени, сужающегося на одном полюсе (в силу предельности природных процессов – нервных, памяти, самой жизни) и расширяющегося на другом. Расширение связано с личностными особенностями потенцирования, умножения времени (в силу развития личности), его оптимального использования, экономии, ускорения и своевременности [1].

А. Аарелайд рассматривает психологическое время в общей структуре временных отношений как сложное системное образование, включающее в качестве высшего уровня концептуальное, личностное время,

которое формируется на основе осознанного отражения времени, позволяющего человеку осуществлять целесообразное управление собственной деятельностью в ее временной упорядоченности.

Важным элементом данной темы психологи выделяют организацию времени.

Организация времени – это оптимальное соотнесение различных этапов, периодов жизни, установление оптимальной для личности последовательности жизненных событий, которое должно осуществляться личностью в срок. Личностная организация времени связана со временем - длительностью актуальности смысла, а эта актуальность определяется его ролью в ансамбле многих личностных смыслов в ее внутреннем и интернально–экстернальном пространстве.

На основании параметров активности и способов ее реализации можно выделить типы регуляции времени (по В. И. Ковалеву): 1. Стихийно-обыденный тип находится в зависимости от событий и обстоятельств жизни. Способ организации времени жизни отличается ситуативностью, пассивностью и отсутствием личностной инициатив; 2. Функционально-действенный тип отличается избирательной активностью в организации времени жизни, охватывая только отдельные периоды и течения событий. Это избирательная событийная регуляция времени жизни без пролонгирования и прогнозирования; 3. Созерцательно-пролонгированный тип пассивно относится ко времени жизни, способ организации времени отличается хаотичностью и отсутствием четкости; 4. Созидательно-преобразующий тип личности организует время жизни во взаимосвязи со смыслом жизни, творческим постижением и наполнением времени.

Говоря об организации времени жизни, осуществляемой оптимальным для личности образом, мы указываем, прежде всего, на ее своевременное осуществление как на единственный критерий, актуальный в повседневной жизни.

Специфика личностной организации времени – это, прежде всего характер (и проблема) ее движущих сил, ресурсов, обеспечивающих ее жизненное движение и развитие. Если эти ресурсы низки и личность, не видя своей проблемы, их не может умножить, она не развивается и тем самым не расширяет время своей жизни, а использует его ценность.

Наиболее интересные подходы к личностному времени сконцентрировались вокруг проблемы временной, или жизненной, перспективы (К. Левин, Л. Франк, И. Наттин, Р. Кастенбаум и др.). Говоря о проблеме временной перспективы, психологи сводят ее к сугубо субъективным параметрам времени, к определению его ценности.

В последние годы особую популярность приобрели исследования временной перспективы, связанной с будущим человека, так называемой будущей временной перспективы, под которой понимается «... способность личности действовать в настоящем в свете предвидения

сравнительно отдаленных будущих событий». В общем смысле будущая временная перспектива – это временной порядок ожидаемых личностью в будущем каких-либо событий.

Жизненная перспектива включает совокупность обстоятельств и условий жизни, которые при прочих равных условиях создают личности возможность для оптимального жизненного продвижения. Чаще всего жизненная перспектива открывается тому, кто сам в настоящем создал систему оптимальных (т. е. имеющих множество возможностей) жизненных отношений, систему опор, которые обладают всевозрастающей ценностью.

Перспектива – одно из важных понятий в личностной организации времени. Как мы уже отмечали, в рамках концепции личностной организации времени существует не одна перспектива, а несколько. По определению, когнитивная перспектива отражает способность личности предвидеть будущее, прогнозировать и структурировать его. Мотивационный компонент представлений о будущем (личностная перспектива) связан с особенностями уже выстроенной в воображении субъекта последовательности образов будущего. А способность построить эту последовательность была связана с когнитивной перспективой. Главной характеристикой личностной перспективы является показатель «сцепления» образов будущего. В общем смысле будущая временная перспектива – это временной порядок ожидаемых личностью в будущем каких-либо событий.

Стратегия жизни в широком ее понимании (в отличие от многочисленных жизненных тактик) – это принципиальная, реализуемая в различных жизненных условиях, обстоятельствах способность личности к соединению своей индивидуальности с условиями жизни, к ее воспроизводству и развитию. Для каждой личности (в соответствии с ее индивидуальностью) характерен свой, неповторимый (уникальный) способ жизни, способ ее структурирования, организации, с одной стороны, и оценивания, осмысления – с другой. Возникает необходимость в научной (не только жизненной) дифференциации различных способов организации жизни. Типологический подход позволяет рассмотреть не только индивидуальные особенности различных психических процессов (с точки зрения их биологической и личностной организации), но и особенности их взаимодействия, интеграции в организации личностью своей жизни.

Таким образом, время в психологии рассматривается как важнейший компонент ориентирования человека в мире, что позволяет комплексно изучать все многообразие взаимоотношений человека и времени, временную организацию его общения и деятельности. Исследования направлены также на выявление динамики становления и психического развития личности в онтогенезе на всем протяжении жизненного пути человека.

Подводя итоги выше сказанного, следует отметить, что жизнедеятельность человека протекает в рамках времени, хочет он этого или нет.

Следовательно, все временные структуры играют неотъемлемую роль в становлении и развитии личности, а также на характер общественных и межличностных отношений.

Список литературы:

1. Абульханова К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. СПб.: Алетейя, 2001
2. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М., 1991.
3. Болотова А.К. Психология организации времени: учебное пособие для студентов вузов. – М.: Аспект Пресс, 2006. – 254 с.
4. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. Киев, 1984.
5. Словарь практического психолога. – М.: АСТ, Харвест. С. Ю. Головин. 1998.
6. Философия: Энциклопедический словарь / Под редакцией А.А. Ивина. – М.: Гардарики, 2004.

ПРОБЛЕМА ВИЧ И СПИДА КАК СЛЕДСТВИЕ ДЕВИАНТОГО ПОВЕДЕНИЯ

Л. А. Блинова, Н. В. Басалаева

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Проблема отклоняющегося поведения вызывает горячий интерес исследователей в различных областях научного знания. Как замечает Я. И. Гилинский: «Уже написаны тысячи томов, посвященных проблемам девиантного поведения, но до сих пор не совсем ясно, что же это такое». (Гилинский, 1993)

Современные знания о девиантном поведении личности позволяют утверждать, что мы имеем дело с чрезвычайно сложной формой социального поведения личности, детерминированного системой взаимосвязанных факторов. К сожалению, единая теория отклоняющегося поведения ещё не создана. В то же время обширные сведения по данному вопросу накоплены в различных научных дисциплинах: медицине, биологии, психологии, социологии, праве. Более того, в некоторых отраслях знания выделяются специальные подразделы, изучающие девиации. Обратимся к понятию девиантного поведения.

Проблема девиантного поведения является одной из актуальных на современном этапе развития общества. Девиантное поведение – (от лат. deviation – отклонение) совершение поступков, которые противоречат нормам социального поведения в том или ином виде, то есть, все действия, противоречащие традиционно принятым в том или ином обществе правилам поведения. По мнению А. Коэна, отклоняющееся поведение - это «такое поведение, которое идет вразрез с институционализированными ожиданиями, то есть с ожиданиями, разделяемыми и признаваемыми законными внутри социальной системы». (Коэн, 1965)

Мы считаем необходимым выделить специфические особенности девиантного поведения личности:

1) отклоняющееся поведение - это поведение, которое не соответствует общепринятым или официально установленным социальным нормам. Но нарушение не любых, а лишь наиболее важных для данного общества в данное время социальных норм.
2) Девиантное поведение и личность, его проявляющая, вызывают негативную оценку со стороны других людей. Негативная оценка может иметь форму общественного осуждения или социальных санкций, в том числе уголовного наказания.
3) Особенностью отклоняющегося поведения является то, что оно наносит реальный ущерб самой личности или окружающим людям.
4) Рассматриваемое поведение преимущественно можно охарактеризовать как стойко повторяющиеся (многократно или длительно).
5) Для того, чтобы поведение можно было квалифицировать как отклоняющееся, оно должно согласоваться с общей направленностью личности.
6) Особенностью отклоняющегося поведения является то, что оно рассматривается в пределах медицинской нормы.
7) Сопровождается различными проявлениями социальной дезадаптации.
8) В качестве последнего признака отклоняющегося поведения можно отметить его выраженное индивидуальное и возрастно-половое своеобразие. (Змановская, 2004)

Современные ученые выделяют следующие виды девиантного поведения: конструктивное (творчество), аутодеструктивное (аддиктивное, суицидальное), внешнедеструктивное (противоправное, коммуникативные девиации). Мы обращаем свое внимание, главным образом, на аддиктивное поведение, куда в свою очередь относятся: гемблинг, пищевая девиация, сексуальные заболевания, химические аддикции, трудоголизм.

В контексте нашего исследования, мы обращаем свое внимание главным образом на аутодеструктивное (аддиктивное) поведение. Зависимое поведение личности представляет собой серьезную социальную проблему, поскольку в выраженной форме может иметь такие негативные последствия, как утрата работоспособности, конфликты с окружающими, совершение преступлений. Кроме того, это наиболее распространенный вид девиации, так или иначе затрагивающий любую семью. Зависимое поведение оказывается тесно связанным со злоупотреблением со стороны личности чем-то или кем-то, так и с нарушением её потребностей. В специальной литературе можно встретить синонимичное понятие «аддиктивное поведение». Обратимся к его историческим корням: происходит оно от лат. Addictus - тот, кто связан долгами (приговорен к рабству за долги). Иначе говоря, это человек, который находится в глубокой рабской зависимости от некой непреодолимой власти.

Зависимое (аддиктивное) поведение, как вид девиантного поведения личности, в свою очередь имеет множество подвидов, дифференцируемых преимущественно по объекту аддикции.

Этот вид девиантного поведения наиболее распространен и, так или иначе, затрагивает любую семью. Условно можно говорить о нормальной и чрезмерной зависимостях. Все люди испытывают «нормальную» зависимость, например, от воздуха, воды, еды. Но в некоторых случаях наблюдается нарушение нормальных отношений зависимости. Например, злоупотребление алкоголем, переедание.

Выделяют следующие формы зависимого поведения:

1. Химическая зависимость (курение, токсикомания, наркозависимость, лекарственная зависимость, алкогольная зависимость);
2. Нарушение пищевого поведения (переедание, голодание, отказ от еды);
3. Гэмблинг – игровая зависимость (компьютерная зависимость, азартные игры);
4. Сексуальные аддикции (зоофилия, фетишизм, пигмалионизм, трансвестизм, эксбиционизм, вуайеризм, некрофилия, садомазохизм);
5. Религиозное деструктивное поведение (религиозный фанатизм, вовлечение в секту) (Змановская, 2004).

По мере развития общества, развиваются и новые виды зависимостей. На сегодняшний день чрезвычайно быстро распространяется компьютерная зависимость. В то же время, некоторые зависимости постепенно утрачивают свой отклоняющийся характер. Например, гомосексуализм набирает обороты и в большинстве стран становится легальным.

Аддиктивное поведение - явление многофакторное. Обобщив результаты многочисленных исследований, к факторам, влияющим на возникновение аддиктивного поведения, мы относим:

– внешние условия физической среды;
– внешние социальные условия;
– внутренние наследственно- биологические предпосылки;
– внутриличностные причины.

Зависимое поведение не всегда приводит к заболевания или смерти, но закономерно вызывает личностные изменения и социальную дизадаптацию.

Приведем лишь некоторые последствия аддиктивного поведения: утрата работоспособности, конфликты с окружающими, совершение преступлений, летальный исход.

Таким образом, аддиктивное поведение – одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается

развитием интенсивных эмоций. Этот процесс настолько захватывает человека, что начинает управлять его жизнью. Человек становится беспомощным перед своим пристрастием. Волевые усилия ослабевают и не дают возможности противостоять аддикции.

В 2011-2012 годах нами было проведено исследование, вследствие которого был реализован социальный проект «Мы за здоровый образ жизни», направленный на профилактику всех форм аддитивного поведения в городе Лесосибирске. Подводя итоги проекта, мы пришли к выводу, что наиболее неизученным является раздел о сексуальных аддикциях. Во всех изданиях выделяют только «яркие» формы проявления (некрофилия, фетишизм и др.). В свою очередь, мы считаем необходимым сделать акцент на такой сексуальной аддикции как беспорядочные половые связи. В наши дни такой социальный институт как семья теряет свои ценности. Для многих людей постоянная смена партнера становится нормой. Что, в свою очередь, способствует распространению такого страшного заболевания как СПИД.

Говоря о ВИЧ и СПИДе, остановимся подробнее на сексуальных аддикциях. Различают два вида девиантного поведения на почве сексуальных заболеваний: патологические и непатологические девиации. Первые выступают в форме всякого рода сексуальных извращений, которые являются предметом исследования медицины и психиатрии. Непатологические девиации означают отклонения в пределах нормы и являются предметом социально-психологических исследований, поскольку включают в себя отклонения от социальных и моральных норм в сексуальном поведении здорового человека.

В г. Лесосибирске преобладает именно контактный (половой) способ заражения ВИЧ (более 50% случаев). ВИЧ (Вирус Иммунодефицита Человека) - это вирус, поражающий иммунную систему человека и вызывающий СПИД (Синдром Приобретенного Иммунодефицита).

ВИЧ убивает иммунитет, ослабляет защитные силы организма, который теряет способность справляться с самыми слабыми врагами. ВИЧ никогда не предается бытовым путем. Есть только 3 способа передачи:

1) через половой контакт без презерватива,
2) через кровь;
3) от ВИЧ-положительной матери ребенку - во время беременности, родов, кормления грудью.

СПИД – это комплекс заболеваний, возникающих у ВИЧ положительного человека на фоне сниженного иммунитета. СПИД - это продвинутая стадия ВИЧ инфекции. СПИД развивается в следующих случаях: если ВИЧ положительные люди не имели доступа к лечению, если поздно был поставлен диагноз, если лечение оказалось неэффективным. При успешном лечении заболевание приобретает хронический характер и ВИЧ инфекция не переходит в стадию СПИДа.

На сегодняшний день в г. Лесосибирске 356 больных ВИЧ, из них 192 - мужчины, а 164 - женщины. Наблюдается очень сложная эпидемиологическая ситуация. Наш город второй в Крае по количеству больных ВИЧ и СПИДом, после Норильска.

В связи с актуальностью проблемы цель нашего исследования - выявление информированности старшеклассники о проблемах и профилактике ВИЧ-инфекции.

Задачи:

1) изучить литературу по выбранной теме.

2) Провести анкетирования школьников (9-11 классы).

3) Проанализировать ответы.

4) На основании выводов предложить способы по информированию молодежи г. Лесосибирска.

В октябре 2012 года было проведено анкетирование школьников с 9 по 11 класс на тему «Что Вы знаете о ВИЧ и СПИДе?». В анкетировании приняли участие 4 школы г. Лесосибирска, всего 393 ученика. Мы разделили ответы школьников по возрастным категориям и наблюдали следующее:

1) Ученики одиннадцатых классов наиболее проинформирован в вопросах ВИЧ и СПИДа, тем не менее, мы выделяем 6 проблемных вопросов. В первую очередь следует отметить, что выпускники подавляющим большинством (80%) выявили свою неосведомленность в вопросе о том, вырабатывает ли человеческий организм антитела к вирусу иммунодефицита человека. Более того, школьники (а именно 71%) не знают лечиться или нет ВИЧ на раннем этапе заболевания. Кроме того, нельзя не отметить ответы на вопрос «Возможно ли заразиться ВИЧ от укуса насекомого?», правильный ответ, что нельзя, дали всего лишь 49% одиннадцатиклассников. Заставляют задуматься и ответы, на такие вопросы как «Быстро ли погибает ВИЧ вне организма человека?» и «Препятствует ли оплодотворению ВИЧ? », потому что большинство школьников (69% и 51%) не осведомлены о правильных ответах.

2) Учащиеся десятого класса знают о ВИЧ инфекции ещё меньше ребят, которые старше их всего на год. Здесь мы выделяем уже 8 проблемных вопросов, вместо 6. Добавляются такие вопросы как: «Возможно ли заразиться ВИЧ в плавательном бассейне?» (56% неверных ответов) и «Увеличивает ли риск заражения ВИЧ употребление алкоголя и наркотиков?» (54% неверных ответов).

3) Девятиклассники проинформированы хуже всего. Здесь мы снова наблюдаем рост проблемных вопросов. Добавляется вопрос «Только на последней стадии СПИДа человек может заразить других?» (64% девятиклассников либо считают, что да, либо не знают ответа). В целом по ответам 9х классов можно судить о том, что они слышали о ВИЧ и на этом их познания заканчиваются.

Необходимо отметить, что единственный вопрос, на который все школьники ответили утвердительно, звучит так «Слышали ли Вы о ВИЧ-инфекции?». Во всех остальных вопросах очень большое количество неправильных или неопределенных ответов.

С целью проведения ряда мероприятий для учащихся образовательных учреждений г. Лесосибирска, направленных на профилактику ВИЧ и СПИДа, был разработан проект «Мы говорим - НЕТ», после чего он был представлен на III Зональном молодежном форуме «Север-2020» и одобрен.

В рамках проекта было запланировано проведение ряда мероприятий. Опишем основные из них: например, волонтерские рейды в старшие классы в МБОУ СОШ г. Лесосибирска. Суть этого мероприятия заключалась в следующем: студенты-волонтеры из ЛПИ - филиала СФУ в феврале 2013г. прошли специальную подготовку в МБУ «Молодежный центр». Специалистом из Молодежного центра было предложено старших классах провести урок на 30-40 минут, в программу которого вошли: беседы, игры, подача информации в доступной для школьников форме, выдача раздаточного материала, анкетирование.

В марте-апреле 2013г. профилактическая работа была проведена в рамах проекта «Мы говорим - НЕТ!» в МБОУ «Лицей», МБОУ СОШ№1, МБОУ СОШ №2, МБОУ СОШ №9, ПУ-14. В общей сложности работа была проведена примерно с 1300 школьниками. Следует отметить, что ребятам очень понравился урок, они активно работали, слушали с интересом, задавали вопросы, признали, что узнали много нового для себя.

После реализации проекта, направленного на профилактику ВИЧ и СПИДа, повторно были опрошены 239 школьника (с 9го по 11й класс). На основании ответов респондентов можно сделать следующие выводы. Ситуация стала намного лучше, но 100% результата добиться не удалось. Вследствие чего была проведена беседа с волонтерами, на которой мы с учетом ошибок скорректировали мероприятия, запланированные в рамках проекта (в частности, содержание уроков). Статистика по наиболее проблемным вопросам приведена в Приложениях 4-5. Необходимо сделать акцент на том, что при ответе на вопрос «На Ваш взгляд, достаточно ли в нашем городе освещают проблему ВИЧ/СПИДа?» мнения детей разделились. Это говорит о том, что они заинтересованы в том, чтобы им предоставляли больше информации.

В целом следует отметить, что необходима организация систематической работы специалистов (педагогов, врачей, психологов и др.) по профилактике ВИЧ и СПИДа в городе и, в целом, в крае. «Незнание не освобождает от ответственности», а ответственность в рамках такого тяжелого заболевания лежит на плечах всего человечества.

Список литературы:

1. Гилинский Я. И., Афанасьев В. С. Социология девиантного поведения.- СПб., 1993.
2. Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ.высш.учеб.заведений.- 2е изд., испр.-М.: Издательский центр «Академия», 2004.- 288 с.
3. Коэн А. Исследование проблем социальной дезорганизации и отклоняющегося поведения // Социология сегодня. - М., 1965.

ПОДРОСТКОВАЯ БЕЗНАДЗОРНОСТЬ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

О. С. Боровко, А. Н. Свиридова

Лесосибирский педагогический институт – филиал
ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Подростковая безнадзорность выступает важным фактором в формировании психологического здоровья. Выявление социально-психологических детерминант безнадзорности способствуют формированию способов и приемов для профилактики безнадзорности и сопровождению процесса здоровья сбережения. Остановимся на рассмотрении вопроса касательно особенностей подростковой безнадзорности и выявлении социально-психологических детерминант.

Современная подростковая безнадзорность детерминирована комплексом социальных, социально-психологических и индивидуально-психологических условий, совокупность которых приводит к нарушениям социализации и деформации личности безнадзорного подростка.

Специфические последствия безнадзорности проявляются как на уровне личности (мировоззрение, система ценностей, смысложизенных ориентаций, доминирующие мотивы и др.), так и в особенностях взаимоотношений подростка с окружающими, нарушениях сферы общения и поведения в целом.

Проблема безнадзорности затрагивает многие области науки и практики. В юриспруденции рассматриваются криминалистический и правовой аспекты безнадзорности, её профилактика (А.В Баженова, В.А. Озеров и др.). В педагогике ряд работ направлен на изучение безнадзорности, её профилактики и коррекции (Е.Н. Гавриленко, В.К. Зарецкий, В.Г. Степанов и др.). В социологии рассматривают социальные проблемы безнадзорности и её проявления в условиях кризиса социума (Э. Дюркгейм, Т. Селлин и др.). В психологии рассматривается взаимосвязь делинквентного поведения подростков и подростковой безнадзорности (Ю.М. Антонян, К. Бартол, И.С. Кон и др.), дезадаптации подростков, проявляющейся в нарушениях обучения, поведения, межличностных взаимодействий (С.А. Беличева, Г.Г. Бочкарева, Т.И. Шульга и др.).

Представители социального подхода, изучая подростковую безнадзорность, объясняют причины, генез, закономерности её проявления условиями кризиса общества. Рост подростковой безнадзорности связывает с социальной структурой, побуждающей подростков к не соответствующему предписаниям поведению и средствам реализации данного поведения (И. Вингедер, Э. Дюркгейм и др.).

С точки зрения глубинной психологии основой нарушения личностного развития является конфликт между бессознательными потребностями, влечениями и сознательного установленными социальными нормами (З. Фрейд, А. Фрейд); ложный смысл жизни, находящий отражение во всех поведенческих проявлениях, психических процессах, чертах характера (А. Адлер); потеря духовных и культурных целей, ведущая к дезорганизации личности (К. Юнг).

Теория бихевиоризма стоит на позициях формирования личности через взаимоотношение с другими людьми (Дж. Уотсон, Б.Ф. Скиннер). Через наблюдение асоциальное поведение усваивается посредством ассоциирования и закрепляется благодаря подкреплении. (оперантному обусловливанию). Теория строится на том, что дети усваивают модели поведения, ориентируясь на позитивные и негативные реакции окружающих, копируя поведение значимых взрослых, в особенности родителей.

Представители гуманистического подхода (А. Маслоу, К Роджерс, Э. Фромм и др.) рассматривают удовлетворение базовых потребностей в рамках межличностного контакта. Низкий уровень культуры, социальный кризис, алкоголизация, авторитарный или попустительский стиль родительского поведения, семейный конфликты приводят к отсутствию возможности удовлетворения базовых потребностей ребенка. И как следствие – эмоциональная глухота, агрессия, выливающаяся в грубые формы дезадаптации. У большинства безнадзорных подростков блокирована одна из базальных потребностей человека - потребность в безопасности и защиты, уважении и любви. Отсутствии возможности удовлетворить такую потребность выкидывает ребенка на улицу, где он находит то, к чему стремится.

Представители системного подхода (Г.М Андреева, М.А. Алемаскин и др.) рассматривают роль социальных, биологических, и психологических факторов, обусловливающих подростковую безнадзорность. Психические свойства человека образуются и проявляются в процессе деятельности, посредством которой индивид познает окружающий мир и присваивает опыт предшествующих поколений.

А.Н. Леонтьев и С.Л. Рубенштейн в концепции деятельностного подхода указывают на то, что основным способом усвоения индивидом социального опыта является его взаимодействие со своим ближайшим окружением, в которое он вступает в процессе деятельности, общения, благодаря которому интериоризует, переводит во внутренний план

сознания общекультурных ценностей. Нарушение процесса развития деятельности может привести к различны отклонениям в поведении и сознании индивида.

Социокультурная теория Л.С. Выгодского охватывает изменения , происходящие в определенной культуре, ценностей. нормах, порожденных этой культурой. Человеческое познание носит социокультурный характер и находится под влиянием убеждений, ценностей, переданный человеку его культурой.

Выделены причины возникновения подростковой безнадзорности. Западные учёные (К. Бартол, Д. Вольф, Р. Кайл, Э. Мэш, Ф. Райе, Д. Шэффер) к причинам безнадзорности относят:

1) социальные факторы риска: зависимость между бедностью, социальным положением, и склонностью к безнадзорности; влияние асоциальны групп;

2) психологические факторы риска: нарушение психического развития, гиперактивность, неврологические нарушения;

3) особенности родительского воспитания; недостаток контроля, наказание зависящее от прихоти родителей, жесткие физические наказания, недостаток общения.

Отечественные учёные (А.В. Гоголева, А.И. Долгова, В.К. Зарецкий, Т.И. Шульга и др.) видят причины подростковой безнадзорности в неадекватности государственной политики, ослабление устоев семьи, контроля со стороны родителей и школы, в дефиците общения.

В числе взаимосвязанных факторов, обуславливающих подростковую безнадзорность, выделяют (А.С. Беличева, Г.Г. Бочкарева, Л.С. Выготский и др.) внешние факторы, раскрывающие неблагоприятные особенности взаимодействия безнадзорных подростков со своим ближайшим окружением, затрудняющие процесс социализации, и внутренние процессы развития, приводящие к деформации личности. К внешним условиям относят: расслоение, приводящее к обнищанию основной массы населения, недостаток воспитательной системы, включенность в референтные группы с асоциальной направленностью, аморальный образ родителей, низкий образовательный уровень родителей, негармоничные стили семьи. К внутренним процессам развития относят наруения психического развития сферы самосознания – слабо выраженная рефлексия, несоответствие возрастным особенностят; самооценка находится в противопоставлении с оценкой социума, приводит к неудовлетворению потребности в общественном признании; ценностей – интересы, влечения асоциальны, отсутствие культурных ценностей, нарушение планирования будущего, нравственная деформация: эмоционально-волевой сферы – слабо развито чувство ответственности, отсутствие правовых чувств, ослабление чувства стыда; мотивационно-потребностной сферы – получение удовольствий, реализация вредных

привычек, аномальные потребности (алкоголь, наркотики и т.п.); когнитивной сферы – низкая познавательная активность, недоразвитие высших психических функций.

В целом можно заключить, что соцально-психологические детерминанты подростковой безнадзорности – дезадаптирующие внешние факторы, среди которых главную роль играют нарушения отношения в семье и влияние асоциальных групп, способствующие возникновению и закреплению у подростка отрицательных нравственных качеств, деформирующих личность и определяющих асоциальную направленность.

Безнадзорные подростки воспитываются в неблагоприятных семейных условиях, среди неблагоприятных факторов семейного воспитания: неполная семья, аморальный образ жизни родителей, низкий образовательный уровень, педагогическая несостоятельность семья, эмоционально-конфликтные отношения (конфликт, эмоциональное отчуждение, холодность в отношениях).

У безнадзорных подростков личностные черты проявляются в высокой и завышенной самооценке (47%) подростков, у 27% самооценка близка к высокой. Высокая самооценка выражается у безнадзорных подростков в чрезмерной самоуверенности, искаженном представлении о собственных возможностях, отсутствии необходимого контроля. Полученные данные совпадают с работами других исследователей (С.Н. Хоружий, Е.А. Яновская, А.Р. Ратинов, Л.Н. Собчик). Можно предложить, что высокая самооценка связана с дезаптацией личности и создает зону конфликтных ситуаций, в которых групповое оценивание адекватно самооценке безнадзорного подростка или превосходит ее.

Шкалы теста Кеттела позволили выделить симптомокомплекс, задающий личности особенности безнадзорного подростка: неразвитое логическое мышление, плохая обучаемость; сдержанность, озлобленность, склонность к уединению; осторожность; напряженность, высокотревожность и фрустрированность.

Результаты опросника ТМА А. Мехрабиана свидетельствуют о том, что у дезнадзорных подростков (76,7%) выражена тенденция на сближение с людьми. У остальной группы мотивы аффилиации не развиты. Таким подросткам свойственна демонстрация разногласия между собой и другими людьми, недоверия, отстраненности, враждебности.

В группе безнадзорных подростков по тесту (СЖО) показатели осмысленности жизни и личностного самоопределения средние (у 60%) и склонные к низким (20 %). У 30% безнадзорных подростков жизненные цели, планы, в том числе в профессиональной и социальной сфере, вообще отсутствуют. Подростки живут сегодняшним днем, не строят планы на будущее, жизнь воспринимают как средне интересную, некоторые удовлетворены «безнадзорной» жизнью.

Референтными лицами безнадзорности подростков являются друзья, лучший друг/ подруга, что характерно для социальной ситуации развития в данном возрасте.

Общими для всех подростков являются такие ценности-цели, как здоровье, любовь, хорошие и верные друзья, уверенность в себе, самостоятельность, материальная обеспеченность, счастливая семейная жизнь; ценности-средства: воспитанность и трудолюбие.

Подростки группы «явной» безнадзорности (воспитанники приюта) характеризуются недоверием к незнакомым людям; пассивной реакцией в стрессовых ситуациях, заторможенность, безразличие; склонность к явной манипуляции в определенных жизненных ситуациях; такими чертами характера, как лживость, замкнутость, забитость, тревожность.

Подростки группы «скрытой» безнадзорности (учащиеся лицея) характеризуются ярко выраженной оборонительной реакцией, в стрессовых ситуациях повышенной активностью, легкой возбудимостью; предвзятым отношением к взрослым, дифференцированным – к сверстникам, с ярко выраженной ориентацией на лидеров; слабой связью с родителями; такими доминирующими чертами характера, как авторитарность, импульсивность, раздражительность, низкая терпимость.

Выводы:

Подростковая безнадзорность – это особая социальная ситуация развития, характеризующаяся отсутствием контроля и надзора со стороны взрослых (в первую очередь родителей), нарушениями межличностных отношений в семье и школе, преобладанием бессодержательного времяпрепровождения, включенностью в асоциальные референтные группы. Эти особенности социальной ситуации развития детерминируют специфику процесса социализации и формирования личности безнадзорных подростков. Последствия подростковой безнадзорности проявляются на трех социально – психологических уровнях: 1) личностно деятельностном (несформированность учебной и трудовой деятельности, трансформация социально- психологического ядра личности и др.); 2) групповом (специфика референтной группы, разделяемых норм и ценностей, принудительность, включенности в группы просоциального характера, характер взаимоотношений с ровесниками и др.); 3) общественном (социальная дезадаптация подрастающего поколения, рост преступности и алкоголизма несовершеннолетних, криминализация асоциальных подростковых групп, что создает дополнительные очаги напряжения и подрывает нравственные устои общества).

Подростковая безнадзорность возникает в результате взаимодействия внешних условий (аморальная семья, асоциальная группа) и внутренних процессов развития (нарушения эмоционально-волевой, мотивационно-потребностной, когнитивной сфер и др.). Ценностно-смысловая сфера безнадзорности подростка характеризуется ограниченностью конкретной

жизненной ситуацией, а именно удовлетворением базальных потребностей, получением удовольствия от «романтики улицы», без видения дальнейшей жизненной перспективы, целеустремленности. Личностное самоопределение формируется ущербно, показатели осмысленности жизни невысокие. Ответственность за свою жизнь, за самореализацию в жизни низкая.

Безнадзорные подростки характеризуются деформацией в межличностных отношениях, проявляющихся в наличии многообразных межличностных и внутриличностных конфликтов, обусловленных обидчивостью, недоверчивостью, склонностью к недовольству окружающими людьми и подозрительностью, низким уровнем эмпатийности, недоверием к людям. В отличие от нормы развития (в этом возрасте интимно-доверительное общение), у безнадзорных подростков формирует недоверчиво-скептический стиль общения.

Список литературы:

1. Анаьев В.А. Социально-психологический мониторинг школьной среды как элемент первичной профилактики аддиктивного поведения / В.А. Ананьев. – СПб., 2002. – 177 с.
2. Анаьев В.А. Основы психологии здоровья. Концептуальные основы психологии здоровья / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
3. Вербицкая С. Л. Социально-психологические факторы переживания одиночества / С.Л. Вербицкая. – СПб.:. Речь, 2002. – 218 с.
4. Бодалев А.А. Общая психодиагностика / А.А. Бодалев, В.В. Столин. – изд-во МГУ, 2005. – 304 с.
5. Девиантология: хрестоматия / автор-составитель Ю.А. Клейберг. – СПб.: Речь, 2007. – 412 с.
6. Духновский С.В. Диагностика межличностных отношений. Психологический практикум / С.В. Духновский. – СПб.: Речь, 2009.
7. Прялахина А.В. Социально-психологические детерминанты и особенности подростковой безнадзорности – М, 2008 – 200 с.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СТРАХОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

О. В. Гаврилица

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Каждому взрослому человеку знакомо чувство страха, а ребенку тем более. Детские страхи – весьма распространенная проблема в воспитании ребенка. Проявления детских страхов весьма разнообразны. Некоторым детям свойственны ночные кошмары, когда ребенок просыпается с плачем и зовет маму, требует, чтобы взрослые спали вместе с ним. Другие отказываются оставаться одни в комнате, боятся темноты, опасаются

выходить на лестницу без родителей, иногда возникают страхи за родителей: дети тревожатся, что с их мамой или папой что-нибудь случится.

Проблема эмоционального неблагополучия детей, в частности проблема детских страхов, несмотря на достаточную изученность (Захаров А.И., Мухина В.С., Осорина М.В., Прихожан А.М. и др.), не теряет своей актуальности на протяжении многих лет изучения данного понятия.

Исследование детских страхов, как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе обусловлено пониманием важности того, насколько сильно эмоциональные состояния у детей влияют на нормальное протекание психических процессов и развитие личности ребенка. Не выявленные детские страхи могут серьезно затруднять деятельность ребенка, в особенности это относится к учебным страхам. Страхи могут нарушать детско-родительские отношения, а также отрицательно сказываться на социальной активности и взаимоотношениях ребенка со сверстниками и взрослыми (Смирнова, 2010).

В первую очередь страдает эмоциональная сфера, так как страх окрашивает все чувства тревогой. Может исчезнуть ряд положительных эмоций: смех, жизнерадостность, ощущение полноты жизни. В последние годы специалисты отмечают высокий рост детских страхов и подчеркивают, что наличие страхов в детском возрасте ни в коем случае нельзя оставлять без внимания, так как это может стать важной причиной нарушений в развитии личности ребенка. Понятие страха разрабатывалось многими исследователями и имеет разные трактовки (Ежкова, 2010).

По мнению А.И. Захарова, страх - это одна из фундаментальных эмоций человека, возникающая в ответ на действие угрожающего стимула. Если объективно рассмотреть эмоцию страха, можно констатировать, что страх выполняет разнообразные функции в жизни человека. На протяжении всего периода развития человеческого рода страх выступал как организатор борьбы людей со стихией. Страх позволяет избежать опасности, так как играл и играет защитную роль. А.И. Захаров считает, что страх можно рассматривать как естественное сопровождение человеческого развития (Захаров, 2009).

По мнению Г. Крайга, страх - это та эмоция, которой человек пытается избежать или свести к минимуму, но в то же время страх, проявляясь в мягкой форме, способен побуждать к научению (Карненко, 1985).

Г. Эберлейн считает, что наличие устойчивых страхов у детей говорит о неспособности их справиться со своими чувствами, контролировать их, когда дети пугаются, вместо того, чтобы действовать, и не могут остановить «разгулявшиеся» чувства (Карненко, 1985). Недостаточная двигательная и игровая активность, а также потеря навыков коллективной игры способствуют развитию у детей беспокойства. Отсутствие эмоционально насыщенных, шумных и подвижных игр существенно обедняет эмоциональную жизнь, приводит к чрезмерно ранней и односторонней

интеллектуализации психики. В то же время игра была и остается самым естественным способом изживания страхов, так как в ней воспроизводятся многие из вызывающих страх жизненных ситуаций. В результате, чтобы устранить страхи, приходится применять уже в специально создаваемых условиях те же игры, в которые могли бы играть, но не играют современные дети. Не играют они потому, что имеют слишком строгих родителей, считающих игру баловством и пустым времяпрепровождением. Кроме того, многие родители опасаются игр, так как боятся за детей, ведь, играя, ребенок всегда может получить травму, испугаться. Общение с детьми у постоянно пугающихся родителей строится преимущественно на абстрактно-отвлеченном, а не на наглядно-конкретном, образном уровне (Арефьева, 2009).

Одной из характерных особенностей старшего дошкольного возраста является интенсивное развитие абстрактного мышления, способность к обобщениям, классификациям, осознание категории времени и пространства, поиск ответов на самые различные вопросы. В этом возрасте формируется опыт межличностных отношений, основанный на умении ребенка принимать и играть роли, предвидеть и планировать действия другого, понимать его чувства и намерения. Отношения с людьми становятся более гибкими, разносторонними, целенаправленными. Формируется система ценностей, чувства дома, родства.

Наиболее подвержены страху единственные дети в семье как эпицентр родительских забот и тревог. Единственный ребенок находится, как правило, в более тесном эмоциональном контакте с родителями и легче перенимает их беспокойство. Родители, нередко охваченные тревогой не успеть что-либо сделать для развития ребенка, стремятся максимально интеллектуализировать воспитание. В результате у детей возникают внушенные, зачастую необоснованные страхи не соответствовать чему-либо, быть непризнанным кем-либо. Нередко они не могут справиться со своими переживаниями и страхами и ощущают себя несчастными.

Возраст родителей также имеет немаловажное значение для возникновения страхов у детей. Как правило, у молодых, эмоционально непосредственных и жизнерадостных родителей дети менее склонны к проявлениям беспокойства и тревоги. У «пожилых» родителей дети более беспокойны, что отражает преимущественно тревожность матери, поздно вышедшей замуж и долго не имевшей детей. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что на развитие страхов в дошкольном возрасте играет большое количество факторов, основными из которых являются взаимоотношения в семье, возраст родителей, количество детей в семье, тактика родительского поведения.

Нами было проведено экспериментальное исследование на базе МКДОУ «Детский сад №7 «Улыбка» в мае 2013 г с целью выявления страхов у детей старшего дошкольного возраста.

Выборка исследования представлена группой детей старшего дошкольного возраста в количестве 15 человек

В качестве диагностического инструментария нами использовался опросник А. И. Захарова «Страхи детей».

Анализируя результаты исследования, мы отмечаем, что наибольший процент составляют дети с высоким уровнем страха - 53%. Низкий уровень страха наблюдается у 40% опрашиваемых детей и лишь у 7% старших дошкольников выявлен средний уровень страха. Причем самыми распространенными страхами являются: страх умереть (у 80%), страх заболеть, заразиться (67%), страх смерти родителей (67%), страх животных (67%), страх огня (67%), страх резких звуков (67%).

Менее выражены такие страхи, как: страх остаться одному (20%), страх опоздания в садик (20%), страх, перед тем как заснуть (20%), страх уколов (20%), страх мамы или папы (13%), страх транспорта (13%), страх воды (13%).

Характеризуя особенности проявления страхов у девочек и мальчиков, мы отмечаем, что самым распространенным страхом среди мальчиков и девочек является страх умереть, он присутствует у 60% мальчиков и 90% девочек. Наравне со страхом смерти у 90% девочек выявлен страх животных, следует отметить, что страх животных у мальчиков самый не распространенный, этот страх присутствует у 20% опрашиваемых детей.

Для детей с высоким уровнем страха характерно то, что они не боятся мамы или папы, у них отсутствует страх перед уколами (кроме Кирилла Е.), так же практически у всех детей с таким уровнем страха (кроме Витали Э. и Лены С.) отсутствует страх воды и страх, перед тем как заснуть. У всех детей данной группы присутствует страх умереть, страшных снов и огня.

Только у одного из обследуемых детей (Лиза А.) был выявлен средний уровень страха. В результате обследования выявлено, что у ребенка не наблюдаются такие страхи, как: страх, когда остаешься одна, каких-то людей, мамы или папы, опоздания в детский сад, страх, перед тем как заснуть, страшных снов, темноты, страх транспорта, страх высоты, воды, больших улиц, врачей, уколов и боли.

В результате обследования у детей с низкими показателями не были выявлены такие страхи, как: страх остаться одному, наказания, сказочных персонажей, опоздания, замкнутого пространства, транспорта и воды. Только у одного ребенка данной группы (Юры Г.) отсутствуют все перечисленные страхи.

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что большинство детей старшего дошкольного возраста имеют высокий уровень выраженности страха. Данный результат может говорит о неуверенности в себе, низкой самооценке, нерешительности, недоверчивости к окружающим, присутствие агрессии и подозрительности.

С данной группой детей необходима организация специальной коррекционной работы, направленной на предотвращение появления у детей различных страхов и коррекцию эмоционального состояния. В психолого-педагогической литературе описаны различные способы коррекции страхов разной этиологии. В целом, все предлагаемые способы условно разделены на три группы:

1. Игра со страхом;
2. Рисование страха;
3. Вербализация страха (сказки, рассказы, страшные истории).

На основе этих данных можно составить комплекс коррекционных методик, который будет включать в себя:

1. Методики, основанные на использовании игрового метода: «Игра с темнотой», «Чехарда», «Прогулка в слепую», «Отгадай, кого я боюсь» (по первой и последней букве).
2. Методики, основанные на использовании изотерапии: «Расправься с нарисованным страхом», «Мне не страшно».
3. Методики, основанные на использовании сказкотерапии: «Сказка про страх».

Коррекционная работа может проводиться как с подгруппами детей, так и индивидуально. Первоначально рекомендуется использовать методики, основанные на использовании игрового метода. Основная задача данного метода: научить ребёнка испытывать положительные эмоции, что благотворно влияет на его психику. Основным средством является разнообразная игровая деятельность, которая повышает общий уровень переживаний ребёнка, помогает ему установить доверительные отношения со взрослыми, сверстниками (Арефьева, 2009).

Для игры «В страх» подбирается сюжет, предметы, символизирующие то, чего ребёнок боится (собака, волк, вампиры, Баба – Яга), разыгрывается сюжет с этими предметами. Дети расправляются со своим страхом. Коррекционная работа проводится не со страхом, а с личностным отношением ребёнка к породившим его причинам. Детям объясняется, что собой представляет пугающий его предмет (собака, темнота и т.п.), как он устроен, «откуда берётся», устраняются «пробелы» в восприятие ребёнка, которые обычно заполняются приписыванием этому предмету опасных, страшных качеств. Если страх порождается случайной эмоциональной реакцией взрослого («осторожно, злая собака!») запечатлевается в сознании ребёнка или каким-либо другим незначительным обстоятельством, то, скорее всего, он пройдёт.

Использование данных методик помогает детям установить доверительные отношения со сверстниками, преодолеть чувство одиночества и покинутости, тревожности.

Затем педагог может использовать методики, основанные на использовании изотерапии с целью снятия у детей старшего дошкольного

возраста ощущений постоянной угрозы, исходящей от окружающего мира; преодоления тревоги, страха, посредством графического изображения своего страха. Графическое изображение страхов требует волевых усилий и снимает тревожное ожидание их реализации. В процессе рисования происходит «оживление» страха, но вместе с тем и осознание условного характера его изображения. Объект страха сознательно подвергается манипуляции и творчески преобразуется. Вербализация страхов вызывает чувственный ответ, эмоциональное переключение, которое выступает в роли психологической защиты (Кулинцова,2007).

В конце работы дети начинают понимать, что сказочные персонажи – это вымысел и их можно сделать такими, какими ты сам хочешь, тот есть добрыми, смешными, весёлыми.

В целях профилактики детских страхов социальному педагогу можно проводить работу с родителями: индивидуальные беседы на темы: «Способы наказания ребёнка» и «Как помочь ребёнку преодолеть страхи». Организовать собрание на тему «Страхи вашего ребёнка и как они возникают». Работа с родителями должна быть направлена не только на профилактику возможных нарушений, но и в некотором роде на коррекцию неправильных, травмирующих ребёнка стилей воспитания. Главная цель работы – обучение родителей эффективным навыкам коммуникации и способам выражения своей любви к ребёнку. В ходе беседы родителей знакомят с приемлемыми способами наказания ребёнка. Предлагают компоненты эффективного общения с детьми, которые являются необходимыми: контакт глаз, так как ласковый взгляд снижает уровень тревожности и уменьшает страхи у ребёнка, укрепляет в нём чувство безопасности и уверенности в себе, физический контакт, пристальное внимание, дисциплина.

На родительском собрании родителей следует ознакомить с результатами исследования страхов их детей. Озвучить возможные причины возникновения страхов. Также дать рекомендации родителям, как помочь своему ребёнку избавиться от страхов и что нужно для этого делать.

Еще одним эффективным способом коррекции является метод анатомирования и манипулирования страхами. Метод анатомирования страха направлен на то, чтобы ребенок осознал и принял ситуацию, которая вызывает у него страх. Кроме того, имеет место и десенсибилизация страхов — это привыкание ребенка к своему страху путем узнавания и понимания того, что именно представляет собой объект страха.

Метод десенсибилизации можно применять и в том случае, когда ребенок боится темноты. Теоретические уверения взрослых о том, что темная комната — это то же самое, что и освещенная комната, что в темноте нет ничего пугающего, как правило, воспринимаются ребенком с настороженностью и недоверием. В данном случае ребенку необходим личный опыт познания, ему необходимо, преодолев себя, остаться на некоторое время в темноте и понять, что темнота не грозит опасностью.

Достаточно существенным фактором становится уже то, что ребенок хотя бы однажды сумел противостоять своему страху. Привыкание должно происходить постепенно, тогда мысль о том, что темнота не таит в себе опасностей, надежнее закрепится в сознании ребенка, подкрепленная собственным, неоднократно повторяющимся опытом. Манипулирование предметом страха также в ряде случаев дает хорошие результаты в борьбе с детскими страхами. Суть этого метода заключается в следующем: исходя из способности детского воображения, абстрагироваться от действительности, ребенку предлагается некий предмет его страха (Баба Яга, красочно разрисованная и вырезанная из картона, кукла в виде Кощея Бессмертного и прочее). Возможность манипулировать, т.е. управлять предметом страха очень часто становится для ребенка способом его преодоления. Подмена мысленного образа реальным, осязаемым объектом, предполагающим для ребенка наличие возможности манипулировать им, создает возможность избавления от страха.

Так же отечественными и зарубежными психологами описываются следующие методы психокоррекции и психотерапии, направленные на снижение детских страхов:

1. Арт-терапия. Рисуя, ребенок дает выход своим чувствам и переживаниям, желаниям и мечтам, перестраивает свои отношения в различных ситуациях и соприкасается с некоторыми пугающими, неприятными и травмирующими образами. Посредством рисования удается устранить страхи, порожденные воображением, то есть то, что никогда не происходило, но может произойти в представлении ребенка.

2. Игротерапия. Как показывают наблюдения, игра может оказать серьезную помощь в борьбе с детскими страхами вплоть до полного их исчезновения. Игры проводятся в группе детей и взрослых. По мере обсуждения характеров сказочных персонажей взрослому следует спрашивать у ребенка, как бы он поступил в той или иной ситуации и почему, стимулируя воображение ребенка. В течение двух месяцев результаты игровой терапии становятся наглядными и очевидными: эмоциональное напряжение ребенка ослабевает, он начинает более открыто выражать свои чувства и смотреть на мир оптимистично.

3. Песочная терапия. Это самый органичный для ребенка способ выразить свои переживания. Малыш играет в то, что у него «болит». В песочных картинах есть еще один важнейший психотерапевтический ресурс – возможность созидательного изменения формы, сюжета, событий, взаимоотношений.

4. Куклотерапия. Работа с куклой в психологии позволяет отделить страх от конкретного ребенка. У ребенка появляется реальная возможность попробовать себя в роли храброго защитника своей любимой игрушки.

Таким образом, мы можем говорить о том, что страхи поддаются коррекции и без последствий проходят у детей до десяти лет. Поэтому чрезвычайно важно своевременно обращаться к специалисту, принять меры по преодолению фобий у ребёнка. В связи с этим, наиболее эффективными методами коррекции страхов у детей старшего дошкольного возраста являются следующие: игры со страхом; рисование страха; вербализация страха (сказки, рассказы, страшные истории), метод анатомирования и манипулирования страхами, куклотерапия, песочная терапия, игротерапия, арт-терапия

Список литературы:

1. Арефьева, Т.А. Преодоление страхов у детей. Тренинг / Т.А. Арефьева, Н.И. Галкина. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2009. – 298 с.
2. Ежкова, Н.С. Эмоциональное развитие детей дошкольного возраста: учебно-методическое пособие: пособие для педагогов дошкольных учреждений: в 2 частях / Н.С. Ежкова. - Москва: Владос, 2010. – Ч. 1. – 2010. – 127 с.
3. Захаров, А.И. Дневные и ночные страхи у детей. – СПб., 2009.
4. Карненко, Л.А. Краткий психологический словарь. / Под ред. Петровский, А.В., Ярошевский, М.Г. – М.: Политиздат, 1985. – 431 с.
5. Кулинцова, И. Прогоним детские страхи // Дошкольное воспитание – 2007. – № 4. – С. 24-31.
6. Смирнова, Е.О. Психология ребенка: Учебник для педагогических вузов и училищ / Е.О. Смирнова. – М.: Школа-Пресс, 2010. – 383 с.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. А. Гейль

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого».

В течение нескольких десятилетий сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной в структуре смертности, обуславливая 49% всех смертей и 30% смертей лиц в возрасте моложе 65 лет. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей является одним из частных проявлений генерализованного атеросклероза, встречается у 2-3% населения.

Особенностями атеросклероза, в частности облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, является тенденция к постоянному прогрессированию процесса. По результатам национального исследования, проведенного Vascular Society of Great Britain, выявлено 400 больных на 1 млн населения в год. 3% населения страдает

перемежающейся хромотой, в течение 5 лет у 5% из них развивается критическая ишемия. Примерно 90% всех ампутаций выполняется по поводу выраженной ишемии нижних конечностей, у 25% пациентов требуется ампутация голени или бедра, частота критической ишемии будет равна 500-1000 пациентов на 1 млн населения в год (Гавриленко А. В, Котов А.Э, Кочетов С.В., 2010).

Несмотря на очевидный прогресс сосудистой хирургии в лечении больных с хроническими заболеваниями артерий нижних конечностей, эта проблема остается весьма актуальной.

Частота ХОЗАНК зависит, прежде всего, от наследственности, возраста, пола, сопутствующих заболеваний (Гавриленко А.В., Скрылев С.И., 2005, Покровский А.В., 2004).

В настоящее время в клинической психологии и медицине активно изучается вопрос об отношении пациента к своему состоянию здоровья в ситуации болезни. Любая болезнь, независимо от ее происхождения, ставит человека в психологические особые жизненные условия. Трудная жизненная ситуация, а это ни что иное как болезнь, отражает психическую деятельность больного, которая изменяется под влиянием тяжелого заболевания, (Орлова М.М., 2009) факторы, при которых происходят изменения личности и среды, повышают риск заболеваний и частоту осложнений (Николаева В.В., 1987).

Блестяще технически выполненная операция может не принести пациенту облегчения и выздоровления, если при этом психика претерпела изменения. Для успешной хирургической практики недостаточно иметь знаний и владеть хирургическими методами, необходимо учитывать влияние психогенных факторов на результаты лечения.

Хирургическое вмешательство по своей сути сильнейший стресс. Кроме реакции на боль у больных возникает целый ряд психологических переживаний. Психика пациента может травмироваться на различных этапах лечебного процесса [2].

Изучение качества жизни у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей и возможных психических нарушений, а также оказание психотерапевтической помощи является на сегодняшний день актуальной проблемой [1].

В настоящее время существует противоречие между необходимостью психологического сопровождения пациентов и отсутствием медицинских стандартов, включающих оказание психологической помощи пациентам.

Атеросклероз (от греч. athera — кашица и склероз), хроническое заболевание, характеризующееся уплотнением и потерей эластичности стенок артерий, сужением их просвета с последующим нарушением кровоснабжения органов; обычно поражается (хотя и неравномерно) вся артериальная система организма.

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) объединяют в себе целую группу заболеваний кровеносных сосудов, приводящих к уменьшению притока крови по артериям в пораженную конечность из-за их сужения (стеноз) или полной закупорки (окклюзия) [3].

Факторы риска развития и прогрессирования заболевания:

1. Наследственная предрасположенность.
2. Сопутствующие заболевания – гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет усугубляют процессы возникновения атеросклероза и течение болезни.
3. Курение – имеет место в среднем в 85% пациентов. Эта привычка в 4-6 раз увеличивает риск возникновения ХОЗАНК при курении более 20 сигарет в день, даже при курении менее 15 сигарет в день риск возникновения заболевания в 2 раза выше, чем у некурящих. Последствия курения следующие:
   - ускорение прогрессирования атеросклероза, благодаря ускоренному проникновению холестерина в сосудистую стенку (окислительная модификация бета-липопротеидов);
   - повреждение эндотелия с образованием пристеночных тромбов;
   - усиление роста соединительной ткани в стенке сосудов и снижение ее эластичности;
   - неблагоприятное влияние на факторы свертывания крови и функциональное состояние тромбоцитов и эритроцитов, что повышает риск тромбообразования;
   - ухудшение снабжения тканей кислородом из-за того, часть гемоглобина эритроцитов превращается в карбоксигемоглобин.
4. Нарушения липидного обмена или гиперхолестеринемия.
5. Изменения агрегатного состояния крови при некоторых патологических состояниях или неблагоприятных факторах внешней среды приводит к адгезии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов к поверхности сосудистой стенки, что затрудняет кровоток и вызывает периферические тромбозы. Такие состояния возникают при полицитемии, кровотечении, плазмопотери при перегревании, отморожениях.
6. Способствующим фактором для развития атеросклероза является недостаточная физическая активность, особенно у людей ранее занимавшихся спортом, или имели профессию, связанную с большими физическими нагрузками. Изменение образа жизни, характера питания, эмоциональная депрессия при уходе на пенсию приводит к прогрессированию атеросклероза.
7. Неблагоприятные факторы внешней среды, главным образом производственные вредности (различные токсические химические продукты, радиоактивность, вибрация, смена температур;

электромагнитное, ультразвуковое и инфракрасное излучение) вызывают различные изменения в сосудистой стенке.

8. Перенесенные заболевания, такие как болезни печени и желчевыводящих путей, операции (аппендэктомия, лимфаденэктомия, тонзиллэктомия) способствуют заболеваниям сосудов из-за влияния их на иммунитет [4].

Выявление и предупреждение перечисленных факторов играют важную роль в результативности лечения больных с ХОЗАНК.

Качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая исходя из его субъективного восприятия. У концепции качества жизни можно выделить два аспекта. Во-первых, при его оценке принимаются во внимание разные сферы жизни пациента, как напрямую связанные с состоянием здоровья, так и зависящие от него лишь косвенно. При оценке качества жизни пациента учитывают физическую, психологическую, социальную, экономическую, духовную стороны его жизни. Во-вторых, оценка основывается в первую очередь на мнении самого больного, его субъективном восприятии качества жизни по тем или иным аспектам.

Целью нашей работы было изучение в теоретическом и эмпирическом плане качества жизни с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Объект исследования: качество жизни у пациентов с хроническим облитерирующим заболеванием артерий нижних конечностей. Предмет исследования: психологические особенности пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Гипотеза исследования: качество жизни пациентов зависит от степени заболевания.

В качестве методов исследования были использованы эмпирические методы: Неспецифический опросник SF-36 для оценки качества жизни (КЖ) (перевод на русский язык и апробация методики «Институтом клинико-фармакологических исследований г. Санкт-Петербург»).

Была отобрана выборка 40 историй болезни. В зависимости от тяжести заболевания больные были распределены по двум группам, в каждой группе по 20 человек. В I группу исследования вошли пациенты, имеющие ишемию напряжения (стадия IIб по А.В. Покровскому); во II группу – пациенты с критической ишемией (III и IV степени заболевания).

В клинической практике для оценки качества жизни и степени заболевания пациентов с хроническим облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей наибольший интерес представляет универсальный вопросник SF – 36. Позволяет оценить динамику развития заболевания, а также учитывать возможные влияния на самочувствие различных фоновых и сопутствующих заболеваний. Вопросник SF – 36 позволяет дать количественную характеристику физического, эмоционального и социального компонентов качества жизни.

Опросник состоит из 36 пунктов, сгруппированых в 8 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: душевный и физический компоненты здоровья. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам.

Количественно оцениваются следующие показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (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 повседневных 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. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

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, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

При проведении опросника SF – 36 были получены следующие результаты по шкале физическое функционирование среднее значение составило 51, 525, по шкале ролевая деятельность – 49, 98, по шкале телесная боль – 52, 4, по шкале общее здоровье – 57, 2, по шкале жизнеспособность – 58, 5, по шкале социальное функционирование – 41, 9, по шкале эмоциональное состояние – 57, 1 и по шкале психическое здоровье – 65, 7.

Качество жизни пациентов I группы исследования выше, чем II. Различия между показателями присутствуют в каждой шкале. Наиболее различны шкалы: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. В I группе пациентов эти компоненты наиболее развиты.

Выводы:

У пациентов I группы общие показатели по всем шкалам в пределах нормы. Пациенты данной группы участвуют в происходящих вокруг них событиях, приобретают важный опыт в новой жизненной ситуации и стремятся к инициативе личного выбора. Пациенты II группы имеют низкую направленность на преодоление жизненных трудностей. Низкий уровень ролевого функционирования, обусловленным физическим и эмоциональным состоянием пациентов, это является показателем низкого уровня психологического здоровья, что приводит к неудовлетворению жизненных потребностей и ограничению социальной активности. Положительной характеристикой для дальнейшего выздоровления и пересмотра своего отношения к ситуации болезни является вовлеченность пациентов в лечебный процесс.

Пациенты I группы имеют более высокие показатели КЖ, чем пациенты II группы, что указывает на наличие защитного психологического механизма и заинтересованности в выздоровлении.

При сравнительной оценке исследуемых показателей у пациентов I и II групп обнаружено общее неудовлетворение состоянием здоровья на фоне основного заболевания, низкая психологическая сопротивляемость, что отражается на всех психологических характеристиках у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями нижних конечностей.

Список литературы:

1. Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Лепилин М.Г., Бранд Я.Б. Лечение критической ишемии нижних конечностей у больных с распространенным атеросклерозом. Хроническая критическая ишемия конечности. Материалы Всероссийской научной конференции “Хроническая критическая ишемия конечности”. Москва-Тула 1994; 8-9.
2. Гавриленко А.В., Скрылев С.И. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей. – М., 2005. – 175 с.
3. Калашникова С.А. Человек и жизненная среда: психология взаимодействия // Проблема соотношения естественного и социального в обществе и человеке. 2011. № 2. – С. 67-76.
4. Поляков П.И., Горелик С.Г., Железнова Е. А. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей у лиц старческого возраста // Вестник новых медицинских технологий. 2013. Т. 20. № 1. – С. 98-101.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМАТИКИ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

А. Голов, Ю. В. Живаева

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»; ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Матвей Яковлевич Мудров - талантливый клиницист-терапевт XIX века, глубоко для своего времени понял важность условий жизни больного для возникновения той или иной болезни, их влияние на ход болезни и исцеление. Он понимал также роль психических факторов в лечении. По этому поводу М. Я. Мудров писал: «зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, кои врачуют тело. Они почерпаются из науки мудрости; чаще из психологии. Сим искусством печального утешишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, бешеного остановишь, дерзкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытого - откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные болезни, тоску, метание и которая самые болезни тогда покоряет воле больного. Восхищение, радость и уверенность больного тогда полезнее самого лекарства» (Васильева О. С., Филатов Ф.Р.,2011). О том, как глубоко понимал М. Я. Мудров могучее влияние психики на течение болезненных процессов, свидетельствуют также следующие его строки: «Больные, страдая и отчаиваясь, тем самым себя лишают жизни, и от одного страха смерти умирают» Эти глубокие

мысли, основанные только на наблюдении и опыте, на много десятилетий (а вернее, на целое столетие) вперед предвосхитили экспериментальное их разрешение (Васильева О. С., Филатов Ф.Р., 2011).

В современной России психология здоровья как новое и самостоятельное научное направление проходит стадию своего становления. Но уже на данный момент тема психического, в том числе и профессионального, здоровья поставлена в ряд первоочередных задач. Большую часть нашей жизни мы проводим на работе. Она требует от нас хорошего здоровья для выдержки разного рода стрессов, для конкурентоспособности и т.д. Психология здоровья человека – это наука о психологических условиях здоровья в любой профессиональной деятельности, о средствах и методах его развития и сохранения.

Выделяют три признака психология здорового человека. Во-первых, структурная сохранность и высокая работоспособность органов и систем человека; во-вторых, индивидуальная адаптация к окружающей среде; и в-третьих, развитие физических и психологических потенциальных возможностей (Васильева О. С., Филатов Ф.Р., 2005).

Другой важной исследовательской проблемой психологии здоровья является вопрос о способах и возможностях взаимодействия личности и болезни (совладание, управление болью и т. п.). Существует большое количество материалов, представляющих разнообразные варианты попыток решения данной проблемы. В частности, исследуются психологические предикторы выздоровления и протекания болезни. Было, например, показано, что оптимизм пациентов, проходящих лечение панического расстройства и/или агорафобии, влияет на эффективность лечения, помогает им сопротивляться дистрессу, повышает эмпатию, а также способствует оптимизму врача (Л.Д. Демина, И.А. Ральникова). Важной проблемой для психологии здоровья является проблема саморегуляции. Даже если у человека присутствуют намерения сделать свое поведение более ориентированным на здоровье оно зачастую остается нереализованным. Потому что многие люди так и не переходят от желания к конкретному поведению.

Как отмечают исследователи проблематики психологии здоровья (Васильева О. С., Филатов Ф.Р.,2011) длительное время проблема здоровья оставалась «падчерицей» психологической науки. Психология XX столетия была сфокусирована на аномалиях человеческой природы и отдала дань должного уважения пафосу страдания, внутриличностного конфликта и кризиса; в то же время психическое здоровье личности редко становилось предметом основательного исследования. Только во второй половине прошлого века, главным образом в рамках гуманистической и трансперсональной психологии, усилия крупнейших ученых (Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, С. Гроф и др.) были консолидированы для изучения основ полноценного функционирования психики, и началась систематизированная разработка психологических концепций

здоровья. Затем в общем своде психологических дисциплин выделилась так называемая Health psychology (психология здоровья) — научно-практическое направление, призванное исследовать социокультурные и социально-психологические проблемы здоровья и здравоохранения. В отечественной психологической науке подъем исследовательского интереса в этой области приходится на последнее десятилетие XX века.

В наше время все еще встречается убеждение, что для понимания здоровья достаточно обыденного здравого смысла, а значит здоровье – предмет мало подходящий или даже мало интересный для психологического исследования. Объясняется такое мнение тем, что в повседневной жизни мы склонны значительно чаще придавать значение различным нарушениям и диссонансам, усматривая в феномене здоровья лишь отсутствие недуга, свободу от тех проблем, разрешением которых поглощено наше сознание. Психическое здоровье личности связано и с окружающей его жизненной средой (жизненным пространством). Жизненная среда – совокупность, состоящая из природной, искусственной, жилой и рабочей среды, внутренней среды самого человека с его телесным и духовным содержанием. Жизненная среда оказывает разностороннее влияние на человека; его физическое, психическое и социальное здоровье. Человек постоянно находится в жизненной среде. Она может изменяться как структурно, так и содержательно в зависимости от возраста, профессии, социального статуса индивида и др. Жизненная среда формируется самим человеком и определяет, нередко, его активность независимо от психического и социального развития. Жизненная среда влияет на человека своим химическим составом и физической конфигурацией. Созданная человеком жизненная среда неизбежно вызывает целый комплекс реакций – физических, биологических, психологических, социальных. Посредством их человек объясняет среду, наделяет значением, обусловленным социальным, культурным и историческим развитием. Взаимодействуя с жизненной средой, человек включается в ее структуру, пространственное устройство, формирует ее психологическое и социальное значение. Несмотря на разнородность структуры, жизненная среда воздействует на человека как единое целое.

Все более популярной становится сегодня идея французского психолога 19 в. Пьера Жане о том, что определенные психические представления недоступны нашему сознанию. Психология поведения Жане выросла на основе французской философской традиции и разработок в области психиатрии. Психология поведения в России «родилась как отражение социальных запросов, которыми жила передовая часть общества, надеявшаяся, что средства точной экспериментальной науки способны улучшить человеческую натуру. Взамен кабинетной, занятой стерильным анализом сознания психологии, появилась программа реального изменения поведения организма на основе законов, установленных

и проверенных в опытах над головным мозгом - высшим органом управления этим поведением» (Ярошевский, 1996, с.350). Развитие русской психологии поведения проходило, по Ярошевскому, в рамках формулы Человек - Организм - Поведение, через преодоление диады организм - душа. Система Жане, как его экономическая модель, так и психология поведения, также отнюдь не строилась на субстанциональном дуализме психического и телесного, но рассматривала человека как единство, целостность, развивающуюся в социальном мире. Принципы социальности и развития, были характерны как для Жане, так и для отечественных психологов. Жане характеризовал тело как особый объект. Некоторая аналогия может быть сделана и с «я». Как и в отношении тела, мы практически всегда в себе и с собой. Другой – может уходить и приходить, от него можно уйти. Жане выделял два типа психической деятельности: творческую и консервативную. «Высшим проявлением первой является синтез; главным отличительным признаком второй является ассоциация идей и память». От их взаимодействия и равновесия зависит физическое здоровье и душевная гармония человека.

Мировая наука говорит о том, что люди могут управлять своим телом настолько, насколько это необходимо, чтобы отладить свой организм и исправить накопившиеся в нем ошибки. Почему же большинство этого не делает. Современный человек - продукт длительного пути эволюции. И на этом пути он не только что-то приобретает, но и теряет. Жители мегаполиса хуже слышат, видят, обоняют, чем их более близкие к природе предки. Зато современные люди способны принять, понять, проанализировать и запомнить куда больше информации. И неудивительно - сменились требования среды: больше не нужно быстро бегать и далеко видеть, а вот много знать и уметь разного и сложного - полезно. Человеческий мозг - это орган высочайшей сложности, способный на куда большее, чем от него требует среднестатистический обыватель. Все, что необходимо нам для управления своим телом, в нас уже потенциально заложено. А значит - можно заставить свою нервную систему развиться дальше, довести нервные цепочки, контролирующие наш иммунитет, нашу элементарную физиологию, до сознания и управлять своей жизнью и здоровьем самостоятельно.

Список литературы:

1. Васильева О. С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб, заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 352 с.
2. Л.Д. Демина, И.А. Ральникова. Психическое здоровье и защитные механизмы личности . Понятие о психологическом здоровье и личности// Изд-во Алтайского государственного университета, 2000 . – 123 с.
3. О М. Я. Мудрове: Биографический словарь профессоров и преподавателей Московского университета 1755-1855 гг.»//ч. 2, М., 2005.-320 с.

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ

Ю. А. Горлова, Т. В. Казакова

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Современный, динамично развивающийся мир создает своеобразный феномен современного общества – умение «быть» в меняющихся обстоятельствах и активно участвовать в происходящих переменах. Перед человеком встают более высокие требования к способности преодолевать жизненные трудности, вырабатывать новые стратегии поведения, которые позволили бы ему адаптироваться к современным условиям, так как именно от умения гибкого регулирования людьми своего поведения и состояний во многом зависит эффективное выполнение всех видов жизнедеятельности человека. Неспособность или неумение человека справляться с трудными ситуациями жизнедеятельности является одной из причин для расстройства здоровья и ухудшения качества жизни.

В последние десятилетия в зарубежной психологии широко обсуждается проблема преодоления конфликта в формах его компенсации или совладающего поведения (копинг-поведения). Понятие «совладающее поведение», или преодоление стресса, рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими требованиям. Оно реализуется посредством применения копинг-стратегий на основе личностных и средовых копинг-ресурсов и является результатом взаимодействия блока копинг-стратегий и блока копинг-ресурсов. Копинг-стратегии – это актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, как способ управления стрессом. Относительно стабильные личностные и социальные характеристики людей, обеспечивающие психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию копинг-стратегий, рассматриваются в качестве копинг-ресурсов.

Совладающее поведение, наряду с механизмами психологической защиты, рассматривается в качестве важнейших форм адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации. Отличие защитных механизмов и механизмов совладания проводится по параметрам «активность-конструктивность» и «пассивность-неконструктивность». Психологическая защита пассивна и неконструктивна, в то время как копинг-механизмы активны и конструктивны. Если процессы совладания направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, то процессы компенсации и, в особенности, психологической защиты направлены на смягчение психического дискомфорта.

Актуальность исследования совладающего поведения студентов первого курса обусловлена тем, что обучение в вузе сопровождается переживанием различных стрессовых ситуаций, связанных как с учебным процессом, так и с личными взаимоотношениями. Наиболее трудным является адаптационный период, когда происходит вхождение в новую социальную ситуацию развития. Кризисность данного периода подтверждается объективными показателями, такими, как большое количество отчислений студентов, а также субъективными – это переживания молодыми людьми сложности либо неспособности перестроиться со школьной системы обучения на вузовскую, изменить учебную деятельность согласно требованиям преподавателей, усваивать больший объем знаний, встраиваться в новый коллектив. Научно-технический прогресс требует от современного человека высокого уровня мобилизации всех внутренних процессов, быстрой адаптации к постоянно изменяющимся условиям внешней среды.

Совладающее (копинг) поведение является индивидуальным способом взаимодействия человека с трудной жизненной ситуацией, требования которой превышают ресурсы личности. Это совокупность осознанных когнитивных, поведенческих и эмоциональных усилий, направленных на изменение или разрешение критической ситуации либо позволяющих привыкнуть к ней, терпеть ее воздействие либо уклониться от требований, которые она предъявляет.

Теория совладания личности с трудными жизненными ситуациями (копинга) возникла в психологии во второй половине XX в. И.Г. Малкина-Пых, опираясь на американского психолога А. Маслоу, под «копингом» (от англ. to cope – справиться, совладать) подразумевает постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними или/и внутренними требованиями, которые оцениваются как напряжение или превышают возможности человека справиться с ними [37].

Совладающее поведение или копинг-поведение – форма поведения, отражающая готовность индивида решать жизненные проблемы. Это поведение, направленное на приспособление к обстоятельствам и предполагающее сформированное умение использовать определенные средства для преодоления эмоционального стресса. При выборе активных действий повышается вероятность устранения воздействий стрессоров на личность. Особенности этого умения связаны с понятиями тревожности и суверенности психологического пространства.

Совладающее поведение впервые появилось в работах А. Маслоу, по его представлениям, копинг-поведение противопоставлено экспрессивному поведению. Копинг-поведение – целенаправленное и мотивированное действие, являющимся результатом научения. Также утверждал что, копинг в большей степени детерминирован переменными внешнего характера,

которые определяются культурой и окружающей средой. Копинг-поведение предполагает, что человеком предпринимаются усилия и используются определенные средства, а его цель – удовлетворение потребности или уменьшение угрозы. Копинг более управляем (подавляется, сдерживается, вытесняется), так как для него типичен сознательный характер.

Совладающее поведение сравнивали с защитными механизмами. Идея развития защитных механизмов претерпела существенные изменения, возникло представление о структурной и уровневой организации защитных механизмов, учитывающее их связь с другими механизмами саморегуляции личности. Тем не менее, все еще неоднозначны критерии их дифференциации от механизмов совладающего поведения – репертуара стратегий активного и конструктивного взаимодействия с проблемными, кризисными или стрессовыми ситуациями. С одной стороны, утверждается, что защитные механизмы являются низкоэффективными и примитивными механизмами совладания, с другой – предполагается градация защитных механизмов по степени активности в противодействии стрессу. При этом некоторые из них могут приближаться к механизмам копинга. В противовес защитным механизмам как бессознательным и в определенном смысле врожденно-рефлекторным способам регуляции аффективного конфликта, копинги считаются осознаваемыми стратегиями взаимодействия с реальностью, овладение которыми осуществляется через активное обучение. Таким образом, различие между механизмами защиты и копинга видится в разной степени их осознанности, рефлексивности, целенаправленности, подконтрольности, активности во взаимодействии с реальностью. Также допускается возможность преобразования защитных механизмов в копинги; в частности, в психотерапии, когда пациент приобретает способность вербализации, рефлексии и осознания конфликта в качестве интенционального источника защитного механизма, он может также выбирать и произвольно использовать те или иные защиты, которые были необходимы для выживания в прошлом, но стали бесполезными или вредными в настоящем. Тогда последние способны преобразоваться в рациональные, конструктивные, принципиально новые стратегии разрешения и переработки субъективно сложных ситуаций. Защиты утрачивают свою навязчиво повторяющуюся динамику и хроническую способность искажать внутреннюю и внешнюю реальность, «обезвреживаются» и поднимаются на более зрелый уровень функционирования.

Совладающее поведение в зарубежной психологии рассматривается в области изучения coping styles («способов совладания») Р. Лазаруса и С. Фолкмена, нужно делать акцент на роли когнитивных конструктов, именно от них, в основном, зависят способы реагирования на жизненные трудности.

Наиболее известными отечественными исследователями, которые занимаются проблемой совладающего поведения, являются А. Либина

и А. Либин: «Предметом психологии совладания как специальной области исследования являются механизмы эмоциональной и рациональной регуляции человеком своего поведения, с целью оптимального взаимодействия с жизненными обстоятельствами или их преобразования в соответствии со своими намерениями».

Л. Перлин и К. Шулер определили три способа защитных стратегических функций. Первая осуществляется посредством устранения или изменения условий, породивших проблему (стратегия изменения проблемы); вторая – путем перцептивного управления смыслом переживаний таким образом, чтобы нейтрализовать их проблемный характер (стратегия изменения способа видения проблемы); третья – посредством удержания эмоциональных последствий возникшей проблемы в разумных границах (стратегия управления эмоциональным дистрессом). С. Фолкмен и Р. Лазарус со своими сотрудниками разработали методику «Способов совладания», которая содержала 67 видов реакций индивида на неблагоприятные события. Факторный анализ данных позволил выделить 8 дискретных стратегий:

1) стратегия противостоящего совладания,
2) стратегия дистанцирования,
3) стратегия самоконтроля,
4) стратегия поиска социальной поддержки,
5) стратегия принятия ответственности,
6) стратегия избегания,
7) стратегия планового решения проблемы,
8) стратегия позитивной переоценки.

Хорошо известно, что в эмоциональных ситуациях не всегда достаточно четко удается проследить последовательность перехода от самоконтролирования к самовоздействию на эмоциональную сферу в силу довольно слитного протекания этих процессов, быстроты их следования друг за другом. У людей с цельным характером самоконтроль происходит быстро, и поэтому он почти незаметен, а у людей колеблющихся, нерешительных самоконтроль продолжителен. По мнению Т.Л. Крюковой, трудности и неудачи в попытках обнаружить специальный контролирующий механизм, включенный в обеспечения эмоциональной устойчивости, привели к возникновению у многих исследователей скептического отношения к самому предположению о возможности его существования.

В принципе эту же сторону вопроса затрагивает и И.Е. Шумакова, когда говорит, что большие трудности возникают при контроле за собственными эмоциональными процессами. Эмоциональные переживания отношений человека к внешним явлениям и собственной деятельности, эмоциональные состояния и реакции далеко не всегда доступны полному сознательному их контролю и управлению. Часто, даже осознавая их, мы все же не можем подчинить их нашей воле. Трудность в развитии

приемов сознательного овладения своими эмоциями автор видит в непреднамеренности их возникновения, непосредственном характере переживаний, инертности и стойкости, сложности их осознания.

На современном этапе выделяют три подхода к толкованию понятия «копинг». Первый подход трактует его в терминах теории психоанализа: Эго как один из способов психологической защиты, используемой для ослабления напряжения. Этот подход нельзя назвать распространенным, прежде всего, потому что есть сторонники, склонны отождествлять «копинг» с его результатом. Второй же определяет копинг в терминах черт личности – как относительно постоянную предрасположенность отвечать на стрессовые события определенным образом. Однако, поскольку стабильность рассматриваемых способов очень редко подтверждается эмпирическими данными, это понимание также не обрело большой поддержки среди исследователей. И наконец, согласно третьему подходу, «копинг» должен пониматься как динамический процесс, специфика которого определяется не только ситуацией, но и стадией развития конфликта, столкновения субъекта с внешним миром.

В современной отечественной психологии предпринимаются попытки целостного осмысления личностных характеристик, ответственных за успешную адаптацию и совладание с жизненными трудностями в разных сферах человеческого бытия. И.Р. Абитов, опираясь на мнение Л.И. Анцыферовой, определяет совладание как упрощенное определение трудных жизненных ситуаций, которые понимаются как обстоятельства жизни, требующие от человека таких действий и условий, которые находятся на границе его адаптивных возможностей или даже превосходят имеющиеся у него резервы.

Н.В. Останина выделила три основных критерия, по которым строятся классификации стратегий копинг-поведения: эмоциональный / проблемный, когнитивный / поведенческий, успешный / неуспешный. Рассматривая личностный адаптационный потенциал.

С.Н. Ениколопов с коллегами изучал влияние экстремального события на косвенных участников и применяемые ими «поведенческие совладания». Понятие стратегия совладания с жизненными трудностями в концепцииъС.Т. Муздыбаева рассматривается со стороны разных значений. Он выделяет общее в понимании этого понятия и говорит, что это всегда изменяющийся процесс. Изучение совладающего поведения в контексте психологии субъекта было осуществлено Т.Л. Крюковой. В рамках этого подхода была изучена детерминация выбора стиля стратегий совладающего поведения. С.В. Фролова в исследовании стратегий преодоления кризисных ситуаций в подростковом возрасте выделила ряд стратегий совладания со сложными ситуациями. Стратегия типа «А» поведенческого копинга: адаптивные (активное преодоление, альтруизм), частично адаптивные (поиск социальной поддержки, отвлечение), неадаптивные

(изоляция, компенсация с использованием допинговых средств, уход от реальности). Стратегии типа «Б» когнитивного копинга: адаптивные (поиск решения проблемы, придание смысла), частично адаптивные (ориентация на мнение других, сохранение апломба, отрицание), неадаптивные (уход от проблемы, растерянность). Стратегии типа «В» эмоционального копинга: адаптивные (эмоциональное сосредоточение), частично адаптивные (поиск эмоциональной поддержки, эмоциональная разрядка), неадаптивные (подавление чувств, чувство вины, агрессивность, покорность). Изучая особенности ресурсов совладания со стрессами в разных видах профессиональной деятельности, Ю.В. Постылякова отмечает, что в ситуациях, не поддающихся воспринимаемому контролю личности, могут быть использованы адаптивные стратегии избегания или эмоционально-ориентированная стратегия совладания со стрессом.

С.К. Нартова-Бочавер в работе «Coping behavior» в системе понятий психологии личности» приходит к выводу о том, что coping есть индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями. Психологическое предназначение coping, по мнению автора, состоит в том, чтобы как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации, позволяя ему овладеть ею, ослабить или смягчить эти требования, постараться избежать или привыкнуть к ним и таким образом погасить стрессовое действие ситуации.

Таким образом, мнения авторов о совладающем поведении различны, но схожи они в том, что совладающее поведение – это поведение личности в сложной, стрессовой ситуации, попадая в которую человек пытается выйти и для этого использует копинг-стратегии, которые и определяют в целом характер совладающего поведения личности. Совладающее поведение не тождественно понятию защитные механизмы, так как при применении защитных механизмов человек замыкается либо отстраняется от проблемы, а в совладающем поведении он ищет способы и стратегии, чтоб разрешить сложившуюся стрессовую ситуацию.

Экспериментальное исследование проводилось на базе ЛПИ – филиала СФУ. Выборка исследования представлена студентами 1 курсов физико-математического факультета в количестве 35 человек. Выборка была разделена на две группы (экспериментальную и контрольную), экспериментальная группа была выделена по признаку низких показателей адаптации и преобладании неэффективных копинг-механизмов. В качестве диагностических средств использованы методики: «Копинг-тест» (Лазаруса Р.), «Методика диагностики социально-психологической адаптации» (Роджерса К. и Даймонда Р.).

По итогам первичной диагностики был проведен корреляционный анализ, который позволил выделить следующие положения:

– На данном этапе исследования стержневым показателем являются копинг-стратегии, которые связываются с социально-психологической адаптацией студентов. Все связи носят положительный характер, то есть при увеличении одного показателя также увеличивается другой.
– На высоком уровне значимости (p=0,01) связаны между собой (r=0,13) такие показатели, как «Принятие / непринятие себя» и копинг-механизм (конфронтация). Это может говорить о том, что при попадании первокурсника в стрессовую ситуацию, он не пытается найти выход из данной проблемы, а замыкается в себе и пытается ее избежать, происходит внутренний конфликт.
– Показатель «Внутренний / внешний контроль» связан с показателем «Принятие ответственности» (r=0,09). Это говорит о том, что при организации контроля (внутреннего или извне), студент принимает на себя больше ответственности, чем без него.
– Копинг-механизм (поиск социальной поддержки) – с показателем «Доминирование / ведомость» (r=0,08). Это говорит о том, что в ситуации повышенного доминирования первокурсник активно ищет социальную поддержку, чтобы опереться на чье-то мнение, найти единомышленников.

В результате проведенного нами исследования, можно сказать, что адаптация и копинг-механизмы тесно связаны, то есть могут влиять друг на друга, преобразовывать и менять. Поэтому для реализации программы психологического тренинга мы разделили испытуемых на две группы: экспериментальную и контрольную. В экспериментальную группу вошли студенты с низкими показателями совладающего поведения, в контрольную группу – студенты со средним уровнем совладающего поведения.

Наблюдения за студентами первого года обучения показывают, что неуспешное поведение в период адаптации к учебному заведению сопровождается использованием неконструктивных механизмов (отрицания трудностей и неудач, вытеснения мыслей о проблемах, отрицательных эмоций, переживаний, связанных с ними). Все это затрудняет восприятие новой информации, не соответствующей взглядам и оценкам первокурсников, приводит к искажению процесса взаимодействия с преподавателями, однокурсниками, а как результат – дезадаптивному поведению.

Адаптация студентов к обучению в вузе связана с готовностью преодолевать трудности, связанные с новыми условиями жизни, новыми требованиями от личности, новыми непривычными средовыми условиями.

Программа тренинга опирается на следующие положения:
– Адаптация основывается на согласовании требований и ожиданий участников и среды.
– Копинг тесно связан с эмоциональной сферой, с успешностью личности в социальной сфере, а так же с понижением чувства уязвимости к стрессам.

– Использование в жизни эффективных копинг-стратегий, как результат приводит к успешной адаптации личности к новым условиям.
– К адаптации в студенческом возрасте относится профессиональное и личностное самоопределение, готовность к личностному и жизненному самоопределению, обретению идентичности (чувства адекватности и владение личностью собственным я, независимо от изменения ситуации). Происходит вхождение в профессиональную деятельность, успешность которой зависит от умения студента благополучно для себя выходить из стрессовых ситуаций (применять эффективные и неэффективные копинг-стратегии).

Цель программы: создание психологических условий для успешной адаптации первокурсников к вузу, развитие навыков для успешного выхода из стрессовой ситуации.

Достижение цели возможно в процессе реализации следующих задач:
– Познать себя, при помощи тренинговой группы.
– Обучить эффективному общению в группе.
– Способствовать развитию способности к самоанализу и пониманию других в группе.

Все эти задачи должны рассматриваться в совокупности, как единый комплекс, так как только целостное воздействие на личность студента может привести к устойчивому изменению или формированию определенных психологических феноменов.

По итогам развивающей работы нами было проведено повторное исследование, целью, которого было выявить произошли ли изменения в совладающем поведении студентов в процессе адаптации к обучению в вузе.

Анализируя данные повторной диагностики, мы пришли к выводу, что у студентов в экспериментальной группе заметно повысился показатель адаптации, также видна положительная динамика других показателей адаптации. Принятие себя, принятие других, эмоциональный комфорт – показатели стремятся к высоким, таким образом, можно предположить, что упражнения тренинга положительно повлияли на характеристики адаптации студентов. Они стали внимательней относиться друг к другу, климат в группе стал доброжелательнее, понизился внешний контроль. Наряду с этими изменениями, появились и другие: у студентов повысились показатели по эффективным копинг-стратегиям, таким как самоконтроль, принятие ответственности, планирование, положительная переоценка. Это говорит о том, что испытуемые в процессе преодоления трудностей адаптации к обучению в вузе стали использовать эффективные копинг-стратегии. То есть из любой трудной (стрессовой) ситуации теперь они могут выходить конструктивно для себя и для других участников взаимодействия, не уходить от проблемы и не замыкаться в себе, а осознанно идти на ее решение в положительном направлении.

Таким образом, упражнения тренинга, направленные на освоение эффективных копинг-механизмов, на адаптацию студентов первого курса к обучению в вузе, оказались эффективными.

Для проверки эффективности развивающей работы, сравним результаты первичной и повторной диагностики у контрольной группы (с ними не проводился тренинг).

Анализируя данные, мы пришли к выводу, что у студентов в контрольной группе также наблюдаются положительные изменения в адаптации, ее составляющих и эффективных копинг-механизмов. Но эти изменения более незначительные и «плавные», нежели изменения у экспериментальной группы. Студенты менее выражено используют эффективные копинг-механизмы, у них менее выражен внутренний контроль и принятие себя. Эти изменения у студентов контрольной группы можно объяснить тем, что они находились в той же среде (что и экспериментальная группа), с ними проводил работу деканат и активисты со старших курсов, они активно участвовали в жизни группы, жизни института, участвовали в различных мероприятиях и именно это все в совокупности дало отпечаток на адаптацию студентов к обучению в вузе и на эффективное взаимодействие с окружающими людьми, нахождение конструктивного выхода из сложных (стрессовых) ситуаций.

Следующим этапом нашего исследования стало проведение корреляционного анализа по данным диагностики экспериментальной и контрольной группы, результаты которого свидетельствуют о следующем:

В экспериментальной группе –

- На данном этапе исследования стержневым показателем являются копинг-стратегии, которые связываются с социально-психологической адаптацией студентов. Все связи носят положительный характер, то есть при увеличении одного показателя также увеличивается другой.
- На среднем уровне значимости (p=0,01) связаны между собой «Внутренний / внешний контроль» и копинг-механизм «Принятие ответственности» (r=0,15). Данная связь прослеживалась и на первичной диагностике, однако показатель повысился, повысилась и его значимость. При повышении внутреннего или внешнего контроля, повышается вероятность принятия ответственности на себя студентом.
- Показатель «Доминирование / ведомость» связан с копинг-механизмом «Положительная переоценка» (r=0,04). Это может говорить о том, что при проявлении доминирования или ведомости студент прибегает к положительной переоценки ситуации, чтоб эффективно для себя и других выйти из стрессовой ситуации.

В контрольной группе -

- Все связи носят положительный характер, то есть при увеличении одного показателя также увеличивается другой.

– Показатели «Принятие / непринятие себя» связан с копинг-механизмом «Конфронтационный копинг» (r=0,38) – это говорит о том, что в сложной ситуации студент не будет пытаться отстоять свою позицию, а будет принимать чужую.
– «Эмоциональный комфорт / дискомфорт» связан с копинг-механизмом «Поиск социальной поддержки» (r=0,05), значит в сложной ситуации первокурсник будет искать поддержки у своего ближайшего окружения.

Таким образом, после проведения исследования можно сказать, что наличие эффективных копинг-механизмов тесно связано с феноменом адаптации. То есть умение студента выходить конструктивно из стрессовых ситуаций положительно влияет на его адаптацию к новым условиям жизни, новому графику обучения и новому коллективу.

Список литературы:

1. Ермакова П.Н. Лабунская В.А. Психология личности.[Текст] /Ермакова П.Н. Лабунская В.А. – М.: Эксмо, 2007. – 653 с.
2. Краткий психологический словарь. [Текст] /Ред.-сост. Л.А.Карпенко; под общ.ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского – Ростов н/Д.: изд-во «Феникс», 2008. – 512 с.
3. Маслоу А.. Новые рубежи человеческой природы.[Текст] / Маслоу А.. –.М.: Смысл, 2007. – 425 с.
4. Ожегов С.И. Словарь русского языка.[Текст] / Под .ред. Н.Ю.Шведовой – М.: 1987. – 797 с.
5. Рубинштейн С.Л.Человек и мир. [Текст] / Рубинштейн С.Л. - М.:Наука, 1997. — 191 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Д. С. Злобина, Е. И. Чернова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно–Ясенецкого

Обращение к ценностной сфере студентов медицинского вуза обусловлено необходимостью понимания является ли ценность здоровья студентов призванных сопровождать физическое и психическое здоровье людей ценностью для самих студентов. Ценностное отношение к будущей профессии, в частности к предмету профессиональной деятельности будущего врача выступает внутренним резервом, который может служить пониманием того, каким образом можно относится к своему здоровью и здоровью пациентов. В данном случае возникает противоречие между пониманием ценности здоровья и отношения как предмету профессиональной деятельности. Здоровье предмет профессиональной деятельности будущих врачей и как ценность должны находится в неразрывном единстве именно тогда возникает возможность задействовать

совершенно иные механизмы реализации профессиональной деятельности врача, нежели только формальное отношение к собственному здоровью и здоровью пациентов.

В зарубежной психологии проблема ценностей и смыслов активно рассматривается с середины XX века в работах А.Адлера, Б.Билски, Дж.Бьюдженталя, Э.Вайскопф-Джолсона, Дж.Келли, К.Левина, А.Лэнге, А.Маслоу, Р.Мея, Г.Олпорта, К.Роджерса, М.Рокича, Ф.Феникса, В.Франкла, Э.Фромма, Ш.Шварца, Э.Шпрангера, К.Г.Юнга, И.Ялома и др. В отечественной психологии проблема ценностно-смысловой сферы разрабатывается в контексте изучения различных аспектов личности и ее жизнедеятельности (Б.Г.Ананьев, А.Г.Асмолов, Б.С.Братусь, С.С.Бубнова, Ф.Е.Василюк,

К.Д. Давыдов, Н.А. Журавлева, С.С. Кладько, Л.А. Коростылева, А.Ф. Лазурский, А.Н. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, В.А. Лефевр, Б.Ф. Ломов, Е.В. 0Селезнева, А.В. Серый, Ю.В. Синягин, В.Э. Чудновский, В.А. Ядов, М.С. Яницкий и др.).

Представителями современной отечественной психологии (Д.А. Леонтьев., В.Ф. Василюк и др.) рассматривается целый ряд понятий: ценности, жизненные ценности, личностные ценности, субъективные ценности, ценностные ориентации, ценностные предпочтения. Всеобъемлющее понятие – это понятие ценности. Многие авторы рассматривают ценность как системное качество предметов и явлений, выделяя две стороны объекта и субъекта. Объект – это атрибут ценности, заключенный в сущности объективно существующих предметов, событий, идей, свойств материальных и духовных предметов, независимо от субъективных оценок людей. Субъект – это значимость (ценностность предмета, события, идеи) для конкретного индивида в виде переживания ценности или сложного процесса принятия и освоения ценностей (Ермакова П.Н. Лабунская В.А, 2007).

В психологическом словаре дается следующее определение понятию ценности – любой объект (в том числе и идеальный), имеющий жизненно важное значение для субъекта (индивида, группы, слоя, этноса). Ценностями могут быть не только абстрактные смыслы, но и конкретные материальные блага (Карпенко Л.А., 2008).

С.Л.Рубинштейн определял ценность как значимость для человека чего-то в мире. По его мнению, «именно с ценностей надо начинать анализ, хотя они не являются первичным образованием. Они являются производными от соотношения мира и человека, выражают то, что в мире, включая то, что создает человек. К ценностям, прежде всего, относится идеал-идея, содержание, которой выражает тесно значимое для человека» (Рубинштейн С.Л., 1997). Культура является носителем определенной системы ценностей, которые предоставлены для людей, но не всегда ценности значимые для одного человека являются значимыми для другого, каждый их приоткрывает для себя (Ермакова П.Н. Лабунская В.А, 2007).

Д.А.Леонтьев предлагает классификацию ценностей, а именно «блоки» терминальных и инструментальных ценностей (в оппозиции друг к другу).

Терминальные ценности: конкретные жизненные ценности (здоровье, работа, друзья, семейная жизнь) и абстрактные ценности (познание, развитие, свобода, творчество); Ценности профессиональной самореализации (интересная работа, продуктивная жизнь, творчество, активная деятельная жизнь) и ценности личной жизни (здоровье, любовь, наличие друзей, развлечения, семейная жизнь); Индивидуальные ценности (здоровье, творчество, свобода, активная деятельная жизнь, развлечения, уверенность в себе, материально-обеспеченная жизнь) и ценности межличностных отношений (наличие друзей, счастливая семейная жизнь, счастье других); Активные ценности (свобода, активная деятельная жизнь, продуктивная жизнь, интересная работа) и пассивные ценности (красота природы и искусства, уверенность в себе, познание, жизненная мудрость).

Терминальные ценности: этические ценности (честность, непримиримость к недостаткам) – ценности межличностного общения (воспитанность, жизнерадостность, чуткость)- ценности профессиональной самореализации (ответственность, эффективность в делах, твердая воля, исполнительность); индивидуалистические ценности (высокие запросы, независимость, твердая воля)-конформистские ценности (исполнительность, самоконтроль, ответственность) – альтруистические ценности (терпимость, чуткость, широта взглядов); ценности самоутверждения (высокие запросы, независимость, непримиримость, смелость, твердая воля)- ценности принятия других (терпимость, чуткость, широта взглядов); интеллектуальные ценности (образованность, рационализм, самоконтроль)- ценности непосредственно-эмоционального мироощущения (жизнерадостность, честность, чуткость).

Представители гуманистического направления в психологии (А.Маслоу, К.Рождерс) в частности А.Маслоу рассматривал понятие метамотивации или метаценностей. По его мнению, все люди потенциально обладают метамотивацией, (под метамотивацией он понимал мотивацию более высокого порядка, которая возникает у людей после удовлетворения своих базовых потребностей, а именно физиологические, потребность в безопасности), но реализовать заложенный потенциал и подняться до высших уровней мотивации удается не всем, так как социальная реальность, предлагает как равенство, так и неравенство возможностей для людей, наследственно способных «метамотивироваться», но культура и общество может оказаться неспособными их актуализировать. В сравнении с метамотивацией, А.Маслоу ставил метаценности или ценности бытия (Б-ценности, «ценности развития») – высшие ценности, присущие самоактуализирующимся людям (истина, добро, красота, справедливость). Дефицитарные ценности (Д-ценности, «регрессионные»),

низшие ценности, ориентированные на удовлетворение какой-либо фрустрированной потребности (мир, покой, сон, зависимость, безопасность) (А.Маслоу, 2007).

М.Рокич предложил следующую классификацию ценностей: терминальные – убеждения в том, что какая – то конечная цель индивидуального существования с личной или общественной точки зрения стоит того, чтобы к ней стремиться. Инструментальные- убеждения в том, что какой-то образ действий является с личной или общественной точки зрения предпочтительным в любой ситуации (Ермакова П.Н. Лабунская В.А, 2007).

Эмпирическое исследование было направлено на определение соотношения ценности и доступности жизненных ценностей у студентов специальности «Лечебное дело», «Стоматология».

Е.Б.Фанталовой в контексте методики «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» было предложено разделение результатов исследования на три составляющие «внутренний конфликт», «внутренний вакуум», «нейтральная зона». Внутренний конфликт, характеризуется как состояние «разрыва» в системе «сознание-бытие», а именно разрыв между потребностью в достижении внутренне значимых ценностных объектов и возможностью такого достижения в реальности (Фанталова Е.Б. 1997).

Состояние «внутреннего вакуума» характеризуется внутренней опустошенностью, снижением побуждений, мотивацией. Данное состояние можно охарактеризовать как отсутствие определенного ресурса в достижении значимых ценностей, но также это может быть связано с недостаточной значимостью представленных ценностей.

Для нейтральной зоны же характерно состояние определенной гармоничности в мотивационно-личностной сфере ценностно-смысловых образований.

В ходе проведенного исследования было определено, по ценности «Активная, деятельная жизнь» средние показатели ценности находятся в пределах (1, 5 балла) а показатель доступности (7,3 балла), в данном случае можно говорить о том, что расхождения в «Ценности» и «Доступности» попадают в зону «внутреннего вакуума».

Попадание в плоскость внутреннего вакуума свидетельствует о том, что они возможно «пресытились» активными социальными контактами, и побуждения в данной области перестают быть актуальными.

Ценность «Здоровье (физическое и психическое здоровье)» находится в плоскости внутреннего конфликта (ценность - 6,3 балла; доступность - 1,3 балла), что говорит о том, что здоровье, которое составляет основу и тем самым базовый потенциал личности находится в дисгармоничном состоянии. Имеющиеся рассогласования, которые, согласно автору методики, обозначают стойкий, глубокий, до настоящего времени необратимый внутренний конфликт.

Ценности «Материально-обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)» в плоскости внутреннего конфликта составляет (ценность - 6 балла; доступность - 3 балла), т.е. рассогласование между имеющимися материальными благами и тем, что хотят достичь испытуемые. Данную ценность можно рассмотреть как условие, которое необходимо для успешной самореализации личности.

Ценность «Наличие хороших и верных друзей» в плоскости внутреннего конфликта (ценность - 7 балла; доступность - 4 балла). Ценность данного порядка относится к группе ценностей личной жизни и межличностных отношений. Результат говорит о том, нет возможности у студентов выстраивать доверительные, дружеские отношения с окружающими.

По ценности «Уверенность в себе свобода от внутренних противоречий» составляет (ценность - 4 балла; доступность - 7 баллов) что позволяет сделать вывод, что на данный момент времени у студентов существует рассогласования между потребностью, быть свободным и возможностью это делать.

Ценность «Познания (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, а также интеллектуальное развитие)» находится в зоне внутреннего вакуума (ценность - 4 балла; доступность - 7 баллов), что характеризуется сниженной мотивацией достижений в этой сфере.

По ценности «Счастливая семейная жизнь» в плоскости внутреннего конфликта видны значительные рассогласования (ценность - 10 балла; доступность – 6 баллов) что говорит о том, что студенты хотели бы создать счастливую семейную жизнь, но в действительности есть определенные препятствия в достижении данных целей. Полученный результат мы можем объяснить с позиции представлений о счастливой семейной жизни, которые имеются у студентов в родительской семье, они могут быть как позитивными представлениями и семья является приоритетной ценностью для них, либо с позиции негативных представлений, которые могут помешать в построении модели своей собственной семьи.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что жизненные ценности студентов медицинского вуза находятся в большей степени в двух плоскостях «внутреннего конфликта», т.е. неразрешенного противоречия между желаемым и действительным и «внутреннего вакуума» характеризующего снижение мотивационной тенденции, желания побуждений в реализации. Ценность «Здоровья» для студентов медицинского вуза находится в состоянии внутреннего конфликта, что свидетельствует о неоднозначном представлении у студентов о психическом и физическом здоровье.

Список литературы

1. Ермакова П.Н. Лабунская В.А. Психология личности.[Текст] /Ермакова П.Н. Лабунская В.А. – М.: Эксмо, 2007. – 653 с.

2. Краткий психологический словарь. [Текст] / Ред.-сост. Л.А.Карпенко; под общ.ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского - Ростов н/Д.: изд-во «Феникс», 2008. – 512 с.
3. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. [Текст] / Маслоу А.. – М.: Смысл, 2007. – 425 с.
4. Ожегов С.И. Словарь русского языка. [Текст] / Под .ред. Н.Ю.Шведовой – М.: 1987. – 797 с.
5. Рубинштейн С.Л. Человек и мир. [Текст] / Рубинштейн С.Л. - М.: Наука, 1997 – 191 с.
6. Фанталова Е.Б. Ценностно-ориентационная психодиагностическая система «Диагностика внутреннего конфликта». [Текст] / Е.Б.Фанталова – М., 1997. – 19 с.

ПСИХОЛОГО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ

А. В. Измайлова, Н. В. Басалаева.

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Количество ВИЧ-инфицированных людей очень велико как в нашей стране, так и за рубежом. В связи с тем, что в современном обществе доля этой категории людей велика, становится актуальной проблема сохранения их здоровья, в том числе и психологического. Было бы не гуманным изолировать их от здорового общества и не давать им право на полноценное развитие, работать и совершенствоваться. А для этого необходимо разработать комплекс мероприятий психологического здоровья для ВИЧ-инфицированных людей.

Понятие «психологическое здоровье» было введено в научный лексикон И. В. Дубровиной. С точки зрения автора, термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет собственно психологический аспект проблем психического здоровья в отличие от медицинского, социологического, философского и других аспектов. Критериями психологического здоровья являются: хорошо развитая рефлексия, стрессоустойчивость, умение находить собственные ресурсы в трудной ситуации (Дубровина, 2009). На сегодняшний день проблема психологического здоровья является актуальной и разрабатывается рядом исследователей (Ананьев В.А., Гурвич И.Н., Дубровина И.В., Никифоров Г.С., Пахальян В.Э. Хухлаева О.В. и др.).

Широко распространено понимание психологического здоровья в рамках адаптационного подхода (Никифоров Г.С., Хухлаева О.В. и др.). В данном подходе здоровый человек - это успешно адаптирующийся и имеющий гармоничные отношения с окружающими. По мнению О.В. Хух-лаевой, психологическое здоровье - наличие динамического равновесия между индивидом и средой, следует считать его критерием гармонию между

ребенком и социумом (Хухлаева, 2003). В этой связи ею выделяются уровни психологического здоровья: высший - креативный, с наличием устойчивой адаптации и активным творческим отношением к действительности, дезадаптивный - дети с нарушением регулятивных процессов, с нарушением баланса - «ребенок-общество», средний - адаптивный, на котором дети в целом адаптированы к социуму, но могут проявлять признаки дезадаптации в отдельных сферах, повышенную тревожность. В отечественной психолого-педагогической литературе можно выделить несколько подходов в понимании тревожности. Некоторые исследователи рассматривают тревожность преимущественно в рамках стрессовых ситуаций, например как временное отрицательное эмоциональное состояние.

Зачастую причинами нарушения психического здоровья могут стать не только отклонения в психике человек, не только проблемы в развитии личности, но и соматические заболевания, например, как распространенный в наше время вирус имуннодефицита человека. Проблема сохранения психологического здоровья ВИЧ-инфицированных людей является одной из значимых проблем в современной психологии. Порой очень трудно подобрать соответствующие приемы и методы по оказанию психологической помощи этим людям.

Вирус иммунодефицита человека был открыт в 1983 году в результате исследования этиологии СПИД. Первыми официальными научными сообщениями о СПИД стали две статьи о необычных случаях развития пневмоцистной пневмонии и саркомы Капоши у мужчин-гомосексуалов, опубликованные в 1981. В июле 1982 впервые для обозначения новой болезни был предложен термин СПИД. В сентябре того же года на основе ряда оппортунистических инфекций, диагностированных у (1) мужчин-гомосексуалов, (2) наркопотребителей, (3) больных гемофилией А и (4) гаитян, СПИД впервые было дано полноценное определение как болезни. В период с 1981 по 1984 год вышло несколько работ, связывающих опасность развития СПИД с анальным сексом или с влиянием наркотиков. Параллельно велись работы над гипотезой о возможной инфекционной природе СПИД. Вирус иммунодефицита человека независимо открыли в 1983 году в двух лабораториях:

- в Институте Пастера во Франции под руководством Люка Монтанье.
- в Национальном институте рака в США под руководством Роберта Галло.

Результаты исследований, в которых из тканей пациентов впервые удалось выделить новый ретровирус, были опубликованы 20 мая 1983 в журнале Science. В этих статьях сообщалось об обнаружении нового вируса, принадлежащего к группе HTLV вирусов. Исследователи выдвигали предположение, что выделенные ими вирусы могут вызывать СПИД.

4 мая 1984 исследователи сообщили о выделении вируса, носившего на тот момент название HTLV-III, из лимфоцитов 26 из 72 обследованных

больных СПИД и 18 из 21 больных с пре-СПИД состоянием. Ни у кого из 115 здоровых гетеросексуальных индивидов контрольной группы вирус обнаружить не удалось. Исследователи отметили, что малый процент выделения вируса из крови больных СПИД вызван малым количеством Т-лимфоцитов, клеток, в которых, предположительно, размножается ВИЧ. Кроме того, учёные сообщили об обнаружении антител к вирусу , об идентификации ранее описанных у других вирусов и прежде неизвестных антигенов HTLV-III и о наблюдении размножения вируса в популяции лимфоцитов.

В 1986 было обнаружено, что вирусы, открытые в 1983 французскими и американскими исследователями, генетически идентичны. Первоначальные названия вирусов были упразднены и предложено одно общее название – ВИЧ.

ВИЧ – представляет собой вирус иммунодефицита человека, вызывающий ВИЧ-инфекцию — заболевание, последняя стадия которой известна как синдром приобретённого иммунодефицита (СПИД). Распространение ВИЧ-инфекции связано:

- с незащищенными половыми контактами;
- использованием заражённых вирусом шприцев, игл и других медицинских и парамедицинских инструментов (особенно потребителями инъекционных наркотиков);
- передачей вируса от инфицированной матери ребёнку во время родов или при грудном вскармливании.

Попадая в организм человека, ВИЧ заражает CD4+ лимфоциты, макрофаги и некоторые другие типы клеток. Проникнув в клетки указанных типов, вирус начинает активно в них размножаться. Это в конечном счёте приводит к разрушению и гибели зараженных клеток. Присутствие ВИЧ со временем вызывает нарушение иммунной системы из-за избирательного уничтожения им иммунокомпетентных клеток и подавления их субпопуляции. Вышедшие из клетки вирусы внедряются в новые, и цикл повторяется. Постепенно число CD4+ лимфоцитов снижается настолько, что организм уже не может противостоять возбудителямоппортунистических инфекций, которые не опасны или мало опасны для здоровых людей с нормально функционирующей иммунной системой.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа стремительно распространяется в нашей стране. Например, в 2004 году в России насчитывалось более 300 тыс. ВИЧ-инфицированных. По данным российских статистиков 20% из них юноши и девушки в возрасте 20 лет, около 60% молодежь от 21 до 30 лет. На сегодняшний день в г. Лесосибирске на учете состоит 356 человек, из них 192 мужчины, 197 из них имеют еще и гепатит.

ВИЧ является значительным психологическим бременем. Лица с ВИЧ часто страдают от депрессии и тревоги, приспосабливаясь к последствиям диагностированного инфицирования и сталкиваясь с трудностями

существования с хроническим опасным для жизни заболеванием, например сокращением ожидаемой продолжительности жизни, сложными лечебными режимами, остракизмом и утратой социальной поддержки, семьи или друзей. ВИЧ-инфекция может ассоциироваться с высоким риском самоубийства или попыток самоубийства. К числу психологических предвестников суицидальной направленности у ВИЧ-инфицированных лиц относятся сопутствующие нарушения, связанные с токсикоманией, прежние эпизоды депрессии и наличие отчаяния.

По внешним признакам невозможно определить, болен человек ВИЧ/СПИДом или нет. Диагноз можно поставить только с помощью специального исследования крови- теста на ВИЧ. Существуют три вида теста на ВИЧ: иммуноферментный анализ (ИФА), иммуноблот и полимеразная цепная реакция (ПЦР).

Тест на ВИЧ можно сдать в центре СПИД, кожно-венерологическом диспансере (КВД) или в обычной поликлинике. Результат теста бывает положительным или отрицательным. Тесты на ВИЧ достоверны на 98-99%, но все равно требуют дополнительной проверки. Например, тесты ИФА и иммуноблот показывают, есть ли в крови антитела к ВИЧ. Но существует «период окна» после заражения, когда ВИЧ в организме уже есть, а антител к нему еще нет. Если пройти тест ИФА или иммуноблот во время «периода окна», результат будет не верным. Поэтому такой тест нужно сделать снова спустя некоторое время. Тест ПЦР выявляет, есть ли в организме ДНК и РНК вируса иммунодефицита человека. Но этот тест тоже может дать ложный результат, поэтому его следует перепроверить.

В то время когда человек узнает, что неизлечимо болен, перед ним стоит сложный выбор: вести полноценную жизнь или же ждать исходного конца. Психологи выделяют четыре стадии реакции на известие о тяжелой болезни - своей или близкого человека: отрицание, гнев, депрессия, принятие.

Отрицание: Я отказываюсь верить в происходящее. Произошла чудовищная ошибка, на самом деле я здоров.

Гнев: Я испытываю ярость при мысли, что болен. Это жестоко и не справедливо, это идет в разрез со всеми моими планами и мнениями о себе.

Депрессия: Я не знаю что делать, мне кажется что моя жизнь разрушена. Я испытываю страх перед болезнью и смертью.

Принятие: Я понимаю, что мою проблему могу решить только я сам. Я принимаю решения жить дальше и стараться быть счастливым. Я учусь жить с заболеванием.

Людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, часто приходится труднее, чем больным раком, диабетом и другими серьезными заболеваниями. Дело в том, что к ВИЧ- инфицированным многие относятся интолерантно. Их боятся, избегают, осуждают.

Те, кто мало знает об этой болезни, думают, что от ВИЧ-инфицированных можно заразиться случайно, «как-нибудь так». Многие до сих пор считают ВИЧ/СПИД «болезнью наркоманов, гомосексуалистов и проституток». Поэтому к ыизическим и душевным страданиям, которые причиняет ВИЧ, часто добавляются другие проблемы:

– унижения со стороны окружающих;
– ущемление в правах;
– потеря работы;
– распад семьи;
– ухудшение материального положения.

Чтобы сохранить работу и хорошие отношения с окружающими, многие ВИЧ-инфицированные вынуждены скрывать свою болезнь. Такое негативное отношение и жестокие действия называются дискриминацией ВИЧ-инфицированных. Дискриминация не справедлива и больно ранит тех, кому и без того тяжело. Она происходит от страха и непонимания. Тем, кого эпидемия не коснулась, иногда кажется, что есть «мы»- хорошие, здоровые, и «они»- плохие, больные. На самом деле ВИЧ может заразиться любой человек, вне зависимости от возраста, поведения, социального статуса и цвета кожи. Число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом растет год от года. Нужно научиться правильно относиться к ним, поддерживать, а себя защищать от заражения.

ВИЧ-инфицированные стремятся к тому, чтобы научиться справляться со своей проблемой. Они стараются помогать друг другу преодолевать одиночество и непонимание: например, создают группы поддержки, где люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, могут свободно общаться, делиться чувствами, находить друзей и любимых.

Постепенно все больше людей начинают понимать проблему эпидемии ВИЧ/СПИДа и учиться правильно относиться к тем, кого она коснулась. ВИЧ-инфицированные получают поддержку со стороны государства и общества в целом.

В обществе за годы развития эпидемии ВИЧ сложились определенные традиции, призванные продемонстрировать готовность людей помогать ВИЧ-инфицированным и бороться с эпидемией.

1 декабря – Всемирный день борьбы со СПИДом. В этот день во всех странах мира проводятся мероприятия, в ходе которых специалисты и волонтеры разъясняют людям, как важно бороться с эпидемией и поддерживать ВИЧ-инфицированных.

Третье воскресенье мая- День памяти умерших от СПИДа. В 1983 г. группа людей, лично затронутых этой проблемой, впервые организовала и провела День памяти умерщих от СПИДа. С тех пор каждый год в третье воскресенье мая во многих странах мира организуются мероприятия (панихиды, концерты, выставки, конференции), призванные почтить память умерших и дать возможность живым задуматься над тем, что эпидемия может коснуться каждого.

Красная ленточка – международный общепризнанный символ борьбы со СПИДом. В 1991 г. ее создал американский художник Фрэнк Мур. Прикалывая красную ленточку к своей одежде, люди выражают стремления приложить усилия к решению проблемы ВИЧ/СПИДа и демонстрируют солидарность с теми, кто стал жертвой эпидемии.

Международное движение «Имена» и мемориал «Квилт». В 1987 г. гражданин США Клиф Джонс потерял друга, который умер от СПИДа. В память о друге Джонс сшил флаг и вышил на нем имя умершего. С этого момента начало развиваться всемирное движение под названием «Имена». Люди, присоединяющиеся к движению, шьют памятные флаги, на которых пишут или вышивают годы жизни и имена своих близких, умерших от СПИДа. Готовые полотна соединяются в большие квадраты, предназначенные для публичных показов, например, 1 декабря или в третье воскресенье мая. Так возник международный мемориал «Квилт» («Лоскутное одеяло»), существующий сегодня в 40 странах мира, в том числе и в России. Многоцветная мозаика Квилта лучше всяких слов дает понять, насколько масштабной является проблема ВИЧ/СПИДа и насколько велик риск, что она затронет каждого.

Государство гарантирует людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, те же права и свободы, какими обладают остальные граждане РФ:

- ВИЧ-инфицированного человека нельзя уволить с работы из-за его диагноза;
- ему нельзя отказать в приеме на работу по причине его болезни;
- ему нельзя отказать в поступлении в общеобразовательное учреждение или в медицинской помощи;
- никто не имеет права ограничивать жилищные права ВИЧ-инфицированных или членов их семей.

Поэтом наряду с общественной и государственной поддержкой им также необходима психологическая помощь. Социально-психологическая помощь ВИЧ-инфицированным, на наш взгляд, должна решать следующие задачи:

- предотвращение негативных социально-психологических последствий широкого распространения ВИЧ- инфекции (суицидов, аутоагрессивного поведения; противоправного поведения, роста социальной напряженности);
- профилактика эпидемии;
- социальная защита и защита прав ВИЧ-инфицированных людей.

Социально-психологическая помощь ВИЧ-инфицированным может осуществляться по следующим этапам.

На первом этапе работы необходимо создать бесплатный, круглосуточный «Телефон доверия» для ВИЧ-инфицированных. Это решит задачи установления контакта с ними, снятия экстренности психологического состояния ВИЧ-инфицированных и их родных, мотивировать

их на очное обращение к специалистам. Психологи, прошедшие специальную (по телефонному консультированию) подготовку будут принимать звонки, фиксировать анонимную информацию, оказывать информационную, психологическую помощь и поддержку.

На втором этапе необходимо открыть кабинет(ы) очного психологического консультирования для оказания очной индивидуальной помощи и работы групп. Предполагается разовое или сессионное психологическое консультирование, групповая психокоррекция и работа групп поддержки.

На третьем этапе система оказания социально-психологической помощи должна быть расширена в направлении социализации ВИЧ-инфицированных: оказание им социальной и материальной помощи и защиты, помощи в трудоустройстве, в профориентации и получении образования, юридической помощи, и т. д. Крайне необходимо помочь ВИЧ-инфицированным сохранить или восстановить социальный статус, включать их самыми разнообразными способами в жизнь общества, создать условия для формирования и развития микросоциальных взаимоотношений.

Безусловно, проблема сохранения психологического здоровья ВИЧ-инфицированных людей является одной из значимых проблем в современной психологии.

И в заключении хотелось бы отметить, что необходимо разрабатывать комплексную систему мероприятий по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным людям для поддержки их психологического здоровья.

Список литературы:

1. Дубровина И.В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. - 2009. - № 3. – С. 17-21.
2. Хухлаева О.В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.

ОДИНОЧЕСТВО КАК ФАКТОР ВЛИЯЮЩИЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ (НА ПРИМЕРЕ ПОДРОСТКОВ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ АСОЦИАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ)

К. Г. Котова, А. Н. Свиридова

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Психологическое здоровье личности редко становилось предметом основательного исследования, так как психология двадцатого века была сфокусирована на аномалиях человеческой природы, кризисах

и конфликтах. Однако здоровье психики человека интересовало еще античных философов – Эпикура, Алкмеона, Цицерона. Лишь во второй половине двадцатого века началась систематизированная разработка психологических концепций здоровья. Из зарубежных ученых психологическое здоровье исследовали З. Фрейд, Р. Мэй, К. Юнг, А. Маслоу, К. Роджерс, С. Гроф, А. Адлер и другие. В общем своде дисциплин выделилась психология здоровья (health psychology), призванная исследовать социокультурные и социально-психологические проблемы здоровья и здравоохранения. В отечественной психологии подъем интереса к этой области приходится на последнее десятилетие двадцатого века.

Проблема одиночества как и проблема психологии здоровья также была актуальна для человечества и стала предметом дискуссий ученых, философов. В настоящее время этой проблеме посвящается все больше и больше работ, исследующих сущность одиночества, причины его возникновения, характерные проявления и влияние на разные категории людей в разные периоды жизни. Представители различных философских течений и психологических школ рассматривают одиночество по-разному: как единственно возможную основу человеческого бытия, как противоестественное для человека состояние, патологию и проявление слабой приспособляемости личности, а так же как социальную проблему, следствие развития современных общественных сил. В нашей статье остановимся на проблеме одиночества как одном из факторов психического здоровья. Вот некоторые современные точки зрения на феномен одиночества человека.

В. Леви утверждает, что одиночество — это переживание, вызывающее комплексное и острое чувство, которое выражает определенную форму самосознания, и показывающее раскол основной реальной сети отношений и связей внутреннего мира; это душевное состояние, проистекающее из- за разрыва между нашим стремлением к близости и невозможностью найти ее. Одиночество часто ассоциируется с депрессией, тревогой, несчастливостью и застенчивостью.

В работе С. Л. Вербицкой (2002) одиночество рассматривается как психическое состояние, активирующее эмоциональное переживание процесса взаимодействия между субъектом и жизненной ситуацией и регулирующее степень внутренней или внешней активности субъекта. Одинокий человек — это эмоционально отчужденный субъект общения, имеющий относительно измененные структуры ценностей и социальных потребностей. Одиночество — состояние, испытываемое человеком в результате осознания им ситуации собственной депривации.

Индикация состояния одиночества связана с представлением о том, что: 1) одиночество — осознаваемое состояние, 2) одиночество оценивается человеком как тягостное, несущее в себе отрицательную эмоциональную окраску, 3) одиночество — результат депривации жизненных потребностей личности, оно является вынужденным состоянием.

К типичным эмоциональным состояниям одиноких людей относят: отчаянье, тоску, нетерпение, ощущение собственной непривлекательности, беспомощность, подавленность, внутреннюю опустошенность, скуку, утрату надежд, изоляцию, жалость к себе, скованность, раздражительность, незащищенность, меланхолию, отчужденность. Глубина описанных чувств и состояний будет определяться степенью субъективного переживания одиночества. Переживание одиночества выступает проявлением острого кризисного состояния, которое может сопровождаться:

- безнадежностью, бесцельностью, опустошенностью, ощущением тупика; на таком эмоциональном фоне человеку трудно самостоятельно справиться со своими проблемами, находить пути их решения и действовать;
- беспомощностью, когда человек ощущает, что лишен какой- либо возможности управлять своей жизнью;
- чувством собственной неполноценности (когда человек себя низко оценивает, считает никчемным и т. д.);
- быстрой сменой чувств, изменчивостью настроения; надежды быстро вспыхивают и гаснут.

Проявление одиночества в разные периоды жизни происходит поразному. В своей работе мы будем рассматривать подростковый период у законопослушных и криминальных подростков.

Вообще, подростковый возраст – это переход от детства к взрослости. Процесс акселерации нарушил привычные возрастные границы подросткового возраста. Возрастные границы подросткового возраста специалисты различных областей (медицины, психологии, педагогики, юриспруденции, социологии) определяют по-разному: 10-14 лет, 14-18 лет, 12-20 лет и т.д. Причина психологических трудностей связана с половым созреванием, это неравномерное развитие по различным направлениям. Этот возраст характеризуется эмоциональной неустойчивостью и резкими колебаниями настроения (от экзальтации до депрессии). Наиболее аффективные бурные реакции возникают при попытке кого-либо из окружающих ущемить самолюбие подростка.

Для подростков характерна полярность психики:

- Целеустремленность, настойчивость и импульсивность,
- Неустойчивость может смениться апатией, отсутствие стремлений и желаний что-либо делать,
- Повышенная самоуверенность, безаппеляционность в суждениях быстро сменяется ранимостью и неуверенностью в себе;
- Потребность в общении сменяется желанием уединиться;
- Развязность в поведении порой сочетается с застенчивостью;
- Романтические настроения нередко граничат с цинизмом, расчетливостью. (Анаьев В.А.,2002).

Предпосылками к возникновению одиночества могут быть: неумение строить отношения с другими или сохранять дружеские отношения; смена школы или места жительства; неблагополучные отношения в семье, школе, коллективе (по субкультуре).

Начало подросткового периода обусловлено появлением свободного волеизъявления, в результате которого меняется стиль поведения. Подростки претендуют на свою “субкультуру”, отвечающую их представлению об эстетических ценностях.

М. Алемаскин, Г. Бочкарев, Э. Дранищев и др. раскрыли индивидуально-психологические особенности личности подростков-правонарушителей, проклассифицировав их от степени психолого-педагогической, социальной запущенности и трудновоспитуемости, криминальной зараженности. Так же были вскрыты их интересы, склонности, потребности, идеалы, мировоззрение, положение в системе групповых и коллективных отношений, условия, причины и мотивы, побудившие подростков к совершению правонарушений.

Поведение человека представляет собой сложную систему его отношений с окружающими людьми. Отсутствие хорошего воспитания и культуры общения в раннем возрасте способствует формированию у ребенка отрицательных характерологических черт, что впоследствии ведет к его социальной дезадаптации, отчужденности, повышает риск девиантного поведения.

Одной из основных причин на пути формирования одиночества является семейное воспитание. Здесь важно значение эмоционального отвержения со стороны родителей, особенно матери. В этом случае подростки начинают искать эмоциональную поддержку у сверстников, в том числе в уличных компаниях. Трудные подростки - это чаще всего школьники с необъективной самооценкой. Самооценка выступает не только в роли регулятора отношений подростка с самим собой, но и как один из важнейших факторов, определяющих включаемость в группу.

Исследователи “беспризорного детства” Н. Белецкая, В. Красуский, Д. Макоровский и другие раскрыли социально-психологические особенности различных коллективов (групп) беспризорных, причины их возникновения: “...голод и разруха”, “...тяжелые условия жизни”, “...необходимость найти себе средства к существованию”, “...бездомность”, “... отсутствие заботы, воспитательного воздействия, руководительства со стороны тех, на чьем попечении находился данный ребенок”. Эти социальные причины выбросили тысячи детей из нормальной колеи на улицу, привели не только к росту детской беспризорности, но и росту групповой преступности.

Исследуя проблему одиночества подростков, необходимо рассматривать разную степень асоциального поведения: криминальную и девиантную.

Для выявления состояния одиночества подросткам задавались два вопроса: 1. «Согласны ли вы с утверждением: «Я чувствую, что я одинок»?»; 2. «Как часто вы испытываете состояние одиночества».

Анализ полученных данных позволил выделить подростков, испытывающих состояние одиночества. Состояние одиночества больше всего испытывают криминальные подростки. В группе девиантных подростков, ровно половина испытывают состояние одиночества.

Это объясняется тем, что большая часть криминальных подростков находится на определенной социально-психологической дистанции от общества и его ценностей. Это определяет своеобразную мотивацию силы переживания состояния одиночества у данной категории подростков.

Исследование позволило выявить не только факт состояния одиночества, но и установить частоту его переживания.

Анализ показал, что наиболее «часто» переживают состояние одиночества криминальные подростки, причем 39 из них переживают это состояние «всегда» и лишь 12 человек - «иногда». Сходную картину мы видим и у девиантных подростков. Из 100 изученных подростков состояние одиночества 40человек испытуемых «всегда», 48 человек - «часто» и лишь 12 человек - «иногда».

Можно сделать вывод о том, что большая часть криминальных подростков находится на определенной социально-психологической дистанции от общества и его ценностей. Они находятся поодаль от семьи, друзей. Это и определяет мотивацию силы переживания состояния одиночества у данной категории подростков. Что касается частоты, то наиболее «часто» переживают состояние одиночества криминальные подростки, причем большинство переживают это состояние «всегда». Эта же ситуация и у девиантных подростков. Частота переживания одиночества законопослушных подростков отлична от выше перечисленных иная: лишь незначительное количество человек испытывают состояние одиночества «часто», и совсем малую долю составляют подростки с показателем «всегда» и «иногда».

Таким образом, больше всего испытывают состояние одиночества криминальные подростки и их сила переживания состояния одиночества значительно выше по сравнению с девиантными подростками и подростками законопослушной группы.

Кроме этого, было выявлено содержание одиночества и формы его проявления: считают себя несчастливыми, одинокими, непонятыми, изолированными от социума, отверженными, испытывают недостаток коммуникации, не могут жить без компании и т.д. большое число подростков криминальной категории, с небольшим разрывом отстают девиантные подростки, и в самой малой степени преобладают законопослушные.

Выведены причины одиночества: самая весомой является неприятие себя как личности, отрицательное отношение к себе (явный пример

социальной дезадаптации). Нарушение в отношений со сверстниками, учителями, товарищами (десоциализация личности). Деформация отношений подростка в семье. Осознают это в значительной степени законопослушные подростки. Высокий показатель отрицательного отношения к семье имеют криминальные подростки. Причиной одиночества явилось и своеобразное отношение подростков к прошлому, будущему и цели в жизни.

Проведенное исследование показало, что к одиночеству подростка приводят два фактора: объективный - ошибки семенного и школьного воспитания, и субъективный - комплекс индивидуальных особенностей самого подростка. Неблагополучие в отношениях с одноклассниками, выражением которого является изолированность, начинается с деформации отношений подростка в сфере ближайшего окружения. Изучение показало, что генезис одиночества относится к сфере семейного воспитания подростка.

Истоки, приводящие к разрыву отношений, находятся в системе отрицательных нравственных отношений, которые сложились в семье, в ее нормах и ценностях, в невысоких нравственных качествах родителей, в отсутствии интеллектуального и эмоционального контакта родителей с подростками, а также в отсутствии надзора за подростком. Важно подчеркнуть, что одиночество как состояние возникает в подростковом возрасте только в том случае, когда подросток осознает неудовлетворенность контакта, например, с родителями, друзьями.

Итак, чтобы ребёнок не испытывал состояния одиночества в самой высокой степени выраженности, в первую очередь необходимо внимание со стороны семьи, подросток должен чувствовать, что он важен в кругу близких, не отвергнут, не безразличен. Мы считаем, что родителям необходимо понимающе относиться к своему ребёнку, помочь пройти подростковый период, внедрять в сознание подростка семейные устои и ценности, но при этом не отзываться слишком критически на морально-этические установки, формирование которых свойственно этому периоду становления личности.

Рассмотрев проблему одиночества у девиантных и криминальных подростков, можно сказать, что данная проблема занимает важное место в рамках психологического здоровья.

Список литературы:

1. Анаьев В.А. Социально-психологический мониторинг школьной среды как элемент первичной профилактики аддиктивного поведения / В.А. Ананьев. – СПб., 2002. – 177 с.
2. Анаьев В.А. Основы психологии здоровья. Концептуальные основы психологии здоровья / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
3. Вербицкая С. Л. Социально-психологические факторы переживания одиночества / С.Л. Вербицкая. – СПб.:. Речь, 2002. – 218 с.

4. Бодалев А.А. Общая психодиагностика / А.А. Бодалев, В.В. Столин. – изд-во МГУ, 2005. – 304 с.
5. Девиантология: хрестоматия / автор-составитель Ю.А. Клейберг. – СПб.: Речь, 2007. – 412 с.
6. Духновский С.В. Диагностика межличностных отношений. Психологический практикум / С.В. Духновский. – СПб.: Речь, 2009.
7. Перешеина Н.В. Психология одиночества у законопослушных и криминальных подростков диссертация / Н.В. Перешина. – М, 2008 – 200 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЗОТЕРАПИИ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

А. А. Макарова, Н. В. Басалаева

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Одной из актуальных социально-экономических и демографических проблем современного российского социума является включение детей с ограниченными возможностями в общество. Актуальность этой проблемы объясняется многими обстоятельствами, сложившимися в современной России. Численность детей-инвалидов с физическими, интеллектуальными, психическими и сенсорными отклонениями среди населения страны неуклонно возрастает. (Бабиева, 2005)

Теоретические основы терапии с помощью изобразительного искусства исходят из психоаналитического воззрения З. Фрейда, аналитической психологии К. Юнга, который использовал собственное рисование для подтверждения идеи о первоначальных и универсальных символах, из динамической теории терапевтической помощи графическим самовыражением на бумагах. (Захаров, 2000)

В соответствии с концепцией К. Юнга область бессознательного, коллективного или индивидуального может проявиться в искусстве через образы и символы. Содержание их берет свое начало в бессознательном, являющимся источником творчества. Материал бессознательного, рождающийся в душе, в ней же и остается, обнаруживая себя в виде проблем во внешнем мире. Эти проблемы и адаптация к ним символически выражаются в продуктах творчества, в частности, в изопродукции. Поэтому, ориентируясь по символу, можно найти путь к «психологически не переработанным» в полной мере в прошлом событиям. (Киселева, 2007)

В работе с детьми очень важно использовать гибкие формы психотерапевтической работы. Изотерапия широко используется в психокоррекционной практике как в разных областях медицины: психиатрии, терапии, так и в медицинской и специальной психологии. Применение изотерапии в медицине обусловлено лечебно-реабилитационными

задачами, а в психологии - в большей мере коррекционно-профилактическими. Изотерапия дает положительные результаты в работе с детьми с различными проблемами – задержкой психического развития, речевыми трудностями, нарушением слуха, умственной отсталостью, при аутизме, где вербальный контакт затруднен. Изотерапия (рисунок, лепка) является одним из наиболее распространенных видов арттерапии – это лечебное воздействие, коррекция посредством изобразительной деятельности. Изотерапия по форме организации может быть индивидуальной и групповой. В современной зарубежной и отечественной изотерапии (Бурно М.Е., Келлер Т.В, Фолке В.Е, Хайкин Р.Б,) выделяют направления этого метода:

– использование уже существующих произведений изобразительного искусства путем их анализа и интерпретации пациентами;
– побуждение к самостоятельным творческим проявлениям в изобразительной деятельности. (Киселева, 2007)

Изотерапия – «лечение» рисованием – берет свое начало в психиатрической практике, которая базируется на гуманистической теории личности (Крамер Э., Наумберг М.). Л.С Выготский придавал исключительно важное значение детскому рисованию не только для снятия страхов, неврозов, но и как важному способу самовыражения личности, называя его «графическим языком», потому что ребенок рисует не то, что знает, а главным образом то, что переживает. (Резник, 2004).

Рисование развивает чувственно-двигательную координацию, так как требует согласованного участия многих психических функций. По мнению специалистов (Захаров А.И. и др.), рисование участвует в согласовании межполушарных взаимоотношений, поскольку в процессе рисования активизируется конкретно-образное мышление, связанное, в основном, с работой правого полушария, и абстрактно-логическое, за которое ответственно левое полушарие. (Осипова, 2000)

В контексте нашего исследования мы рассматриваем специфику использования изотерапии при работе с детьми-инвалидами. Детская инвалидность — одна из острейших медико-социальных проблем современного общества. По данным экспертов ВОЗ, количество детей в возрасте до 16 лет с ограничением жизненных и социальных функций составляет около 10 % населения земного шара, т.е. более 120 млн. В Российской Федерации дети-инвалиды составляют, по разным оценкам, от 1,5-2,5 до 4,5% детского населения. Распространенность детской инвалидности в нашей стране с момента ее регистрации с 1980 по 2009 г. увеличилась почти в 12 раз. Уже в 2004 г. уровень детской инвалидности в России составил 200,8 на 10 тыс. детей 0-17 лет. В настоящее время абсолютное число детей с ограниченными возможностями превысило полумиллионную отметку.

С точки зрения Лубовского В.И, Розановой Т.В., Солнцевой Л.И. к категории «дети-инвалиды» относятся:

– Дети с нарушением моторики характеризуются замедленным развитием двигательной сферы, неловкостью, плохой координированностью, чрезмерной замедленностью или, напротив, импульсивностью. Недостатки моторики неблагоприятно сказываются на развитии изобразительной деятельности детей, обнаруживаясь в трудностях проведения простых линий, выполнении мелких деталей рисунка, а в дальнейшем – в трудностях овладения письмом.

– Дети с нарушением внимания характеризуются трудной переключаемостью. Невнимательность детей-олигофренов всех возрастов в определенной мере обусловлена слабостью их волевой сферы. Дети с умственной отсталостью не могут в должной мере сосредоточиться на выполняемой деятельности, работать не отвлекаясь. Детей с задержкой в психическом развитии внимания связывают еще с низкой работоспособностью, повышенной истощаемостью.

– Детям с нарушением восприятия свойственно нарушение ощущений различной модальности и соответственно восприятия объектов и ситуаций. Наиболее разносторонне изучено зрительное восприятие учеников младших классов специальной школы для умственно отсталых детей.

– Дети с нарушением памяти несколько успешнее запоминают наглядный материал – яркие картинки, изображающие хорошо знакомые объекты, или реальные, часто употребляемые предметы. Однако и они сохраняются в их памяти ненадолго. Объем запоминаемого учениками материала вспомогательной школы существенно меньше, чем у нормально развивающихся сверстников. Установлено, что если нормально развивающиеся дети запоминают 7±2 объектов, одновременно предъявленных, то их умственно отсталые сверстники – 3.

– Дети с нарушением мышления у умственно отсталых детей дошкольного возраста имеют место недостаточности всех уровней мыслительной деятельности. Их затрудняет решение даже простейших, наглядно-действенных задач, таких, как объединение разрезанного на 2-3 части изображения знакомого объекта, выбор геометрической фигуры, по своей форме и величине идентичной соответствующему имеющемуся на плоскости углублению.

– Дети с нарушением речевого развития не владеют не только активной, но и пассивной речью. Становление речи умственно отсталого ребенка осуществляется своеобразно и с большим запозданием. Он позднее и менее активно вступает в эмоциональный контакт с матерью.

– Дети с нарушением слуха. Выделяют три основные группы детей с нарушением слуха:

1) Глухие дети имеют глубокое стойкое двустороннее нарушение слуха, которое может быть наследственным, врожденным или приобретенным в раннем детстве – до овладения речью. Если глухих детей не обучают речи специальными средствами, они становятся немыми – глухонемыми.

2) Слабослышащие (тугоухие) – дети с частично недостаточностью слуха, приводящей к нарушению речевого развития. К слабослышащим относятся дети с очень большими различиями в области слухового восприятия. Слабослышащим считается ребенок, если он начинает слышать звуки громкостью от 20 – 50 дБ и больше (тугоухость 1 степени) и если он слышит звуки только громкостью от 50 – 70 дБ и больше (тугоухость 2 степени). Недостатки слуха у ребенка приводят к замедлению в овладении речью, к восприятию речи на слух искаженном виде.

3) Позднооглохшие – это дети, потерявшие слух вследствие какой-либо болезни или травмы после того, как они овладели речью. У детей с нарушением слуха всех групп возможны еще дополнительные первичные нарушения различных органов и систем.

– Дети с нарушением зрения. Выделяют три группы с недостатком зрения:

1) Слепые, включаются две категории: с визусом «0» и светоощущением, а также имеющие остроту остаточного зрения до 0,05 на лучше видящем глазу с коррекцией.

2) Слабовидящие.

3) Дети, имеющие амблиопию и косоглазие.

– Дети с церебральным параличом. Термин «детский церебральный паралич» обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля ЦНС за произвольными движениями. ДЦП является резидуальным состоянием, то есть не имеет прогрессирующего течения. Существует три формы ДЦП:

1) Двойная гемиплегия – тяжелое поражение всех четырех конечностей, причем руки поражаются в такой же степени, как и ноги, а иногда и сильнее.

2) Спастическая диплегия – поражаются преимущественно ноги.

3) Гемипарезы – односторонние двигательные нарушения, более тяжелое поражение руки.

– Слепоглухие дети – сложное нарушение зрения и слуха. Группы слепоглухих:

1) Врожденная и ранняя слепоглухота, наступившая в результате врожденной краснухи или других внутриутробных инфекций, глубокой недоношенности или родовой травмы, генетических нарушений. По выраженности сенсорных нарушений детей с врожденными нарушениями зрения и слуха принято разделять на тотально слепоглухих, на практически слепоглухих, на слабовидящих глухих, слепых слабослышащих и слабовидящих слабослышащих детей.

2) Врожденные нарушения слуха и приобретенная с возрастом слепота. Причиной нарушений является синдром Ушера и другие наследственные синдромы, травма и др.

3) Врожденная слепота и приобретенная глухота. Это люди, имеющие глубокие нарушения зрения и обучающиеся в школах для слепых.

4) Приобретенная с возрастом слепоглухота. (Лубовский, 2005)

Использование изотерапии позволяет ребенку-инвалиду ощутить и понять самого себя выразить свободно свои чувства и мысли, освободиться от конфликтов и переживаний. На первых этапах контакта используется спонтанное рисование, которое представляет, большие возможности для самовыражения, поскольку не сковывает инициативу больного. Свободное рисование предпочтительнее и тогда, когда предполагается выявление скрытых переживаний, то есть если используются диагностические функции рисования. Только самым робким и неуверенным в себе детям-инвалидам, затрудняющимся самостоятельно придумать сюжет, рекомендуются индифферентные темы: цветы, орнамент, пейзаж, или очень конкретные сюжеты, связанные с бытом, учебой, каникулами и прочее, после освоения которых становится возможным переход к более сложным, направленным заданиям. По отношению к депрессивным детям рекомендуется проявлять больше настойчивости при вовлечении их в занятия и предлагать облегченные задания, чтобы вселить уверенность в своих силах. На разных этапах изотерапии с детьми-инвалидами отрабатывается моторика, корригируется поза, способ держания карандаша, усваиваются некоторые формы изобразительного характера.

По мнению Линниковой Е.В., нестандартные методы рисования помогают детям почувствовать настоящую свободу творчества. К их числу относится:

1. Рисование пальчиками руки (пальчиковый способ). Рисуя, ребята создают импровизации, которым могут позавидовать профессионалы, изнывающие в поисках новых художественных приемов и тем. Рисование, особенно таким необычным способом, не только забава, но и становление мелкой моторики и нервной системы. А значит, у ребенка будет лучше развиваться и речевой аппарат и память. Дети не боятся экспериментов на бумаге, они еще не заштампованы, их сознание не засорено. Кроме того, рисование обладает психотерапевтическим эффектом, а пальчиковое рисование, помогает снять человеку агрессию. Впервые живопись пальцами была описана 1932 году, она использовалась в Риме для преодоления специфических проблем, в школе, где встречались дети различных национальностей, говорящих на разных языках. Рисование пальцами стало таким методом самовыражения, которое подходило всем.

2. Рисование кляксами, набрызг, произвольные мазки. У некоторых людей есть такой синдром – боязнь чистого листа. Когда они садятся что-то писать, рисовать и т. д. в той или иной мере проявляется эта фобия. Она заключается в том, чтобы научить детей делать кляксы (черные

и разноцветные). Затем уже 3-летний ребенок может смотреть на них и видеть образы, предметы или отдельные детали.

3. Рисование точками относится к необычным, в данном случае, приемам. Для реализации можно взять фломастер, карандаш или обыкновенную палочку для чистки ушей. Но вот лучше всего получаются точечные рисунки красками. Для каждого цвета вам понадобится отдельная палочка. С помощью этой техники прекрасно получаются цветы сирени или мимозы. Проведите линии-веточки фломастером. А гроздья цветов уже делайте палочками.

4. Поролоновые рисунки. След, оставляемый такой «кисточкой» может имитировать шерсть животных, крону деревьев, снег. Крайне интересно работать в этой технике с трафаретом. Вырежьте посередине плотного листа картона какое-либо изображение, например голову тигренка или медведя. Приложите картон с вырезанным трафаретом к альбомному листу и предложите ребенку «затоптать» ту часть альбомного листа, который виден в отверстие трафарета. После того как ребенок сделает это, дайте работе высохнуть, а затем нарисуйте кисточкой глаза, рот, усы, полоски (Линникова, 2013)

Таким образом, рисуночная терапия выполняет определенную психотерапевтическую функцию, помогая ребенку справиться со своими психологическими, физиологическими проблемами, и рассматривается как проекция личности ребенка, как символическое выражение его отношение к миру. Изотерапия является универсальной технологией, которую можно использовать как для отдельной работы с проблемными детьми, так и для совместного детского и детско-родительского творчества.

Список литературы:

1. Бабиева Л.Г. Психолого-педагогическая сущность коррекционно-педагогической деятельности [Текст] / Л.Г. Бабиева. – Владикавказ: СОГУ, 2005. – 457 с.
2. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей [Текст] / А.И. Захаров. – СПб., 2000.
3. Киселева М.В. Арттерапия в работе с детьми: руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми [Текст] / М.В. Киселева. – СПб.: Речь, 2007. – 160 с.
4. Линникова Е.В. Изотерапия на занятиях ИЗО [Электронный ресурс] - Режим доступа:http://co1099sv.mskobr.ru/obrazovanie/additional/stati_dopolnitelnogo_obrazovaniya/zagolovok_novosti/ свободный. — Загл. с экрана.
5. Лубовский В.И. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений [Текст] /Под ред. В.И Лубовского. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.
6. Методы социокультурной реабилитации [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://www.solnyshko86.ru/view_metrek.php?id=14 свободный. – Загл. с экрана.
7. Осипова А.А. Общая психокоррекция [Текст] / А.А. Осипова. – М., 2000.
8. Резник И.Н. Коррекционно-развивающие занятия (анималотерапия, изотерапия, сказкотерапия) [Текст] / И.Н. Резник. - Нач.шк. – 2004. – № 12. – С.64-66.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА ДЛЯ РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ

А. С. Малютина, Н. В. Басалаева

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Эффективно взаимодействовать с окружающими, налаживать и поддерживать отношения с людьми - это навыки, необходимые каждому. Коммуникативные способности, или умение общаться, важно не только в семье или в дружеском кругу, но и в деловой сфере, особенно сейчас, когда наибольшей популярностью пользуются именно те специальности, в которых умение коммуницировать является профессионально важным качеством: менеджмент, юриспруденция, психология, связи с общественностью и т.д.

В связи с вышеотмеченным возрастает ответственность педагогических работников в развитии коммуникативных способностей школьников. Несмотря на то, что вопросы коммуникации так или иначе освещаются в профессиональной литературе, тема развития коммуникативных способностей освещена мало.

Арт-терапия позволяет найти ответы на проблему развития коммуникативных способностей подростков. И.В. Сусанина отмечает, что арт-терапия – это метод изменения состояния сознания, эмоционального состояния человека посредством самостоятельной творческой деятельности, позволяющей выразить его эмоции и иные составляющие психики (Сусанина, 2007).

Методы арт-терапии основаны на работе с художественными образами, на использовании невербального языка искусства для развития и совершенствования личности - творческое самовыражение дает возможность понять себя, научиться взаимодействовать с другими людьми. Подростковый возраст – это такой период в развитии ребенка, во время которого происходит формирование собственного «Я», идентификация себя в гендерном контексте, активно развивается саморефлексия.

В связи с реализацией ведущего вида деятельности этот возраст является сензитивным для развития коммуникативных способностей. А методы арт-терапии, в свою очередь, позволяют помочь в таких сложных задачах, как формирование собственного «Я» подростков, формирование коммуникативных качеств, умений общаться и договариваться.

Проблема понимания коммуникативных способностей в современной психологической теории общих и специальных способностей является одной из наиболее актуальных.

В числе первых работ в отечественной психологической науке, в которых была предпринята попытка серьезного и всестороннего анализа

коммуникативных способностей, были работы Г.С. Васильева (Васильев, 1977) и А.А. Кидрона (Кидрон, 1981). По мнению Г.С. Васильева, коммуникативными способностями можно считать ту часть структуры личности, которая отвечает требованиям коммуникативной деятельности и обеспечивает ее успешное осуществление (Васильев, 1977). А.А. Кидрон под коммуникативной способностью понимает общую способность, связанную с многообразными подструктурами личности и проявляющуюся в навыках субъекта общения вступать в социальные контакты, регулировать повторяющиеся ситуации взаимодействия, а также достигать в межличностных отношениях преследуемые коммуникативные цели (Кидрон, 1981).

Проблема факторов и механизмов развития коммуникативных способностей в онтогенезе мало изучена в психологии. В ряде зарубежных и отечественных работ исследуются особенности и условия совершенствования коммуникативных способностей от дошкольного возрастного периода до юношества.

Успешность межличностных коммуникаций, как одна из значимых составляющих подросткового возраста связана со способами и механизмами вхождения человека в общение, в коллективную деятельность, которые представляют собой систему индивидуально-психологических свойств, умений, способностей, формирующихся в процессе общения и в дальнейшем оказывающих влияние на характер и продуктивность протекания самого общения. Исходя из представлений о структуре коммуникативных способностей, можно предположить, что их развитие связано с развитием личности и освоением техники общения (Белавина, 2009).

Подростковый возраст - тот период в онтогенезе, который является не просто важным для развития коммуникативных способностей, а сензитивным, так как в этот период происходят значительные изменения во всех сферах, «питающих» данные способности. Существенно расширяется практика общения, причем построение межличностных отношений становится предметом собственной активности подростка (по мнению Г. А. Цукерман (Цукерман, 1993), ведущей деятельностью в этом возрасте можно назвать социально-психологическое экспериментирование). Это способствует отработке коммуникативных умений и навыков.

Не умея общаться, подростки занимают позицию «не принятых» в коллективе сверстников. Поскольку сверстники – это тот круг, в котором человек реализуется именно в подростковом возрасте, постольку непринятие в этот круг негативно влияет на подростка – на его самооценку, на формирование «Я-концепции» и пр. В ситуации непринятия в коллектив подросток не может научиться общаться, а без умения общаться он не сможет войти в коллектив – получается замкнутый круг. Однако и обладание коммуникативными навыками и вхождение в круг сверстников важно для развития всех сторон личности подростка, а значит,

в подобной ситуации ему нужна помощь со стороны. В первую очередь это – помощь и поддержка родителей дома, в школе же – помощь психологов и педагогов.

Целью нашей работы было изучение возможностей использования арт-терапии в работе психолога для развития коммуникативных способностей подростков.

Нами было проведено экспериментальное исследование на базе МБОУ «СОШ №9» г. Лесосибирска в феврале 2013 г. Выборка представлена подростками в возрасте 12 - 13 лет в количестве 24 человек.

Инструментом исследования стала методика «КОС», предназначенная для выявления коммуникативных и организаторских склонностей, которые включают такие качества, как: умение четко и быстро устанавливать деловые и товарищеские контакты; стремление к расширению взаимодействия; участие в групповых мероприятиях; умение влиять на людей; стремление проявлять инициативу и т.д.

Методика содержит 40 вопросов, на каждый из которых обследуемый должен дать ответ «Да» или «Нет». При этом отдельно определяется уровень коммуникативных и организаторских склонностей. Для проведения обследования необходимы: стимульный материал к методике КОС и карандаши.

Обратимся к результатам исследования. Основной процент учащихся – 29,1% - обладает уровнем развития коммуникативных способностей ниже среднего; немногим меньше - 25% из общего числа исследуемых показывают высокий уровень развития этих способностей. Абсолютно равные значения – 16,7% среднего и очень высокого показателей; и 12,5% - низкий уровень.

Таким образом, обобщая полученные данные, мы видим, что в целом, в исследуемом классе пропорционально распределились результаты: 41,7% подростков обладают коммуникативными способностями высокими и очень высокими и практически равный процент – 41,6% - низкими и ниже среднего. При этом важно понимать, что полученные данные позволяют с уверенностью говорить о необходимости в целенаправленной работе психолога над развитием коммуникативных способностей подростков данного класса (и по всей вероятности, близкая к тому ситуация имеет место быть и в других подростковых классах). Результаты нашего исследования подтверждают актуальность нашей курсовой работы и необходимость развития данного направления деятельности психолога в общеобразовательных школах современного образовательного пространства.

Применение методики «КОС» предполагало изучение и организаторских способностей подростков исследуемого класса.

В изучаемом классе превалирующий показатель при оценке организаторских способностей – 33,4% принадлежит уровню ниже среднего. 25 % подростков «показывают» низкий уровень. На третьем месте

по данным – 20,8% - учащиеся с высоким уровнем развития организаторских способностей. Четвертое место занимают 16,7% подростков класса со средним показателем. Минимальный процент учеников класса - 4,1% обладают высоким уровнем развития исследуемых способностей. При обобщении результатов исследования организаторских способностей учащихся 7 класса мы видим следующую картину: 58,4% класса – более половины подростков диагностируют низкий и ниже среднего уровень развития организаторских способностей. И лишь четвертая часть учеников – 24,9% «показывают» высокий и очень высокий уровень развития изучаемых способностей.

Сравним исследуемые показатели в соотношении уровней развития коммуникативных и организаторских способностей. Ведь очевидно, что они напрямую связаны. И первоосновой (именно на базе коммуникативности развивается умение готовность к организаторской деятельности) будут выступать вне всякого сомнения именно коммуникативные способности, являющиеся предметом нашего изучения.

более высокий уровень развития коммуникативных способностей подростков этого класса – 41,7%, тогда как высокий уровень организаторских способностей диагностируется у 24,9% учеников. Средний уровень совпадает в обоих случаях и соответствует 16,7%. А низкий уровень развития организаторских способностей очевиден большей половины испытуемых – 58,4%, тогда как с низким уровнем развития коммуникативных способностей всего лишь 4,3% подростков.

Таким образом, анализ результатов проведенного диагностического исследования учащихся 7 класса по методике «КОС» позволяет нам с уверенностью говорить о необходимости в целенаправленной работе психолога над развитием коммуникативных способностей подростков данного класса. Вне всяких сомнений, можно предположить, что близкая к тому ситуация имеет место быть и в других подростковых классах. Результаты нашего исследования подтверждают необходимость развития данного направления деятельности психолога в общеобразовательных школах современного образовательного пространства.

Один из ненавязчивых, безопасных, безболезненных путей помощи подростку в плане формирования у него коммуникативных навыков - использование методов арт-терапии.

Рассмотрим те методы арт-терапии, которые могли бы наиболее эффективно и удачно применяться в работе с подростками в условиях общеобразовательной школы.

Для начала считаем необходимым сказать несколько слов относительно форм проведения занятий с применением арт-терапевтических методов. Есть два варианта – индивидуальная и групповая форма работы. Анализируя особенности развития подростков, следует отметить, что предпочтительнее использование групповой формы работы, в частности

– тренинга. Потому как форма проведения тренинга в виде взаимодействия в группе соответствует ведущей деятельности этого возраста – общению. Работа в группе направлена на формирование коммуникативных способностей, умения общаться и договариваться.

Рассмотрим метода арт-терапии, которые, на наш взгляд, успешно применимы в работе с подростками.

Изотерапия — лечебное воздействие, коррекция посредством изобразительной деятельности.

Направления:

1. Использование уже существующих произведений изобразительного искусства путем их анализа и интерпретации пациентами;
2. Побуждение к самостоятельным творческим проявлениям в изобразительной деятельности.

Рисуночная терапия, как указывает О. А. Карабанова, рассматривается, в первую очередь, как проекция личности ребенка, как символическое выражение его отношения к миру.

Средствами развития в изотерапии является не только рисунок, но и любая изобразительная деятельность – это лепка, аппликация, коллаж и фотоколлаж, живопись, рисование на снегу и при помощи песка – разнообразие материалов и методов рисуночной терапии дает большой простор для работы с подростками различной направленности и может преследовать различные цели - и релаксационную, и психопрофилактическую, и т.д. Посредством создания художественных образов подросток выражает свое отношение к миру, свое состояние, настроение, и задачей психолога является помощь в осознание и решении проблемной ситуации, поиск выхода из нее вместе с подростком.

Имаготерапия (от лат. imago — образ) занимает особое место среди видов арт-терапии. Ее основой является театрализация психотерапевтического процесса. Опирается на теоретические положения об образе, а также о единстве личности и образа.

Задачи:

– укрепление и обогащение эмоциональных ресурсов и коммуникативных возможностей;
– воспитание способности адекватно реагировать на возникновение неблагоприятных ситуаций, а также способность выполнять роль, соответствующую течению событий, — принимать адекватный образ и «уходить» таким путем от деформированного образа своего «Я »;
– тренировка способности к мобилизации жизненного опыта в нужный момент, воспитание волевых качеств, способностей к саморегуляции;
– развитие способности к творческому воспроизведению специально показанного «терапевтического» образа, что приобретает самостоятельное значение в оздоровлении личности;

– создание в процессе имаготерапии определенного творческого интереса, обогащающего жизнь новым содержанием.

Данный вид арт-терапии может быть эффективен в работе с подростками потому, что задачи, решаемые в процессе имаготерапии, соответствуют потребностям данного возраста. Это значит, что имаготерапия посредством проигрывания ролей помогает в формировании собственного «Я» подростков, в расширении коммуникативных возможностей, кроме того, данное направление может помочь в сплочении коллектива вообще, или же способствовать вливанию в коллектив отдельных подростков.

Музыкотерапия **-** это вид арт-терапии, где музыка используется в лечебных или коррекционных целях. Имеет в своей основе два аспекта воздействия: психосоматическое (в процессе которого осуществляется лечебное воздействие на функции организма) и психотерапевтическое (в процессе которого с помощью музыки осуществляется коррекция отклонений в личностном развитии, психоэмоциональном состоянии).

Задачи музыкотерапии:

– катарсис (очищение), регулирование психоэмоционального состояния;
– повышение социальной активности, приобретение новых средств эмоционального самовыражения;
– облегчение усвоения новых положительных установок и форм поведения, коррекция коммуникативной функции;
– активизация творческих проявлений;

Также как уже приведенные выше направления арт-терапии, музыкотерапия положительно влияет на состояние и настроение участников тренинга, положительно влияет на процесс формирования коммуникативных навыков. Музыка обеспечивает облегчение усвоения новых положительных установок и форм поведения, активизацию творческих проявлений. Нормализация психоэмоционального состояния посредством восприятия музыки обеспечивается путем выхода человека из отрицательных переживаний, наполнения его положительными эмоциями. Наиболее целесообразна активная и итегративная виды музыкотерапия, т.к. в ее процессе подросток получает возможность выразить себя, свое непосредственное эмоциональное состояние пением, движением, игрой на инструменте. Возможность самовыражения в подростковом возрасте имеет большое значение. Библиотерапия **-** вид арт-психотерапии, основанный на лечебном коррекционном воздействии чтением.

Виды: *либропсихотерапия* (лечебное чтение) и *библиотерапия* (терапия через книгу), *сказкотерапия.*

В основе – использование специально подобранного для чтения литературного материала как терапевтического средства с целью решения личностных проблем через идентификацию с образом художественного произведения при помощи направленного чтения.

Функции:

- диагностическая (анализ литературных художественных произведений пациентом, индивидуальная беседа о прочитанном, дневник);
- коммуникативная (диалог между пациентом и психологом, построенный по принципу резонанса состояний: желания высказаться, выслушать, объяснить, понять, установка на помощь);
- моделирующая (предвосхищение успеха, преодоление психотравмирующей ситуации, формирование веры в наличие средств, которые помогут решить конфликт);
- психотерапевтическая(изменение личностного отношения к своей проблеме пациента, обеспечение выхода из травмирующей ситуации).

На сегодня достаточно часто в различных профессионально-педагогических изданиях обсуждается вопрос об эффективности применения арт-психологии в работе с детьми разного возраста с целью оптимизации образовательного процесса, в связи с необходимостью совершенствования подходов к развитию личности школьников.

Проблема понимания коммуникативных способностей в современной психологической теории общих и специальных способностей является одной из наиболее актуальных. Как никогда остро сегодня, в век информации и технологий, стоит проблема повышения эффективности общения и коммуникаций, и прикладные научные разработки в области вопросов формирования, развития коммуникативных способностей значимы и востребованы.

В результате проведенного исследования в теории специфики проявления коммуникативных способностей в подростковом возрасте мы установили, что проблема факторов и механизмов их развития в онтогенезе в психологии изучена мало. Однако четко определено, что развитие коммуникативных способностей тесно связано с развитием личности и освоением техники общения.

Этот возрастной период является сензитивным для развития коммуникативных способностей, поскольку ведущим видом деятельности является общение, которое определяет возникновение таких новообразований возраста, как чувство взрослости, развитие самосознания, формирование идеала личности, готовность к рефлексии, потребность в самоутверждении и самосовершенствовании и т.д. Таким образом, деятельность, направленная на развитие коммуникативных умений и навыков в этот период, будет не только адекватно воспринята подростком и интересна ему, но точно будет результативной.

На базе МБОУ СОШ № 9 г. Лесосибирска нами было проведено исследование, результаты которого (в исследуемом классе пропорционально разделились результаты: 41,7% подростков обладают коммуникативными способностями высокими и очень высокими и практически равный

процент-– 41,6% - низкими и ниже среднего) позволяют утверждать, что можно с уверенностью говорить о необходимости в целенаправленной работе психолога над развитием коммуникативных способностей подростков данного класса (и, по всей вероятности, близкая к тому ситуация имеет место быть и в других подростковых классах).

На основании изучения теоретических аспектов коммуникативных способностей, их проявления в подростковом возрасте, а также методов арт-терапии, была рассмотрены методы арт-терапии, которые находим наиболее целесообразными в работе с подростками: изотерапия, имаготерапия (сказкотерапия в частности), музыкотерапия (активная и интегративная), библиотерапия (в сочетании с активными видами арт-терапии).

Мы видим, что возможности арт-терапии в развитии коммуникативных способностей подростков достаточно обширны. Все вышеперечисленные методы арт-терапии легко применимы в групповой работе, так необходимой в этот возрастной период, когда общение выступает ведущим видом деятельности. Благодаря интересу к занятиям с применением методов арт-терапии работа на развитие коммуникативной компетентности становится более результативной и менее напряжённой как для психолога, так и для школьника.

Список литературы:

1. Белавина О.В. Закономерности становления социальной компетентности подростков / О. В. Белавина // Ученые записки СПб. гос. ин-та психологии и социал. работы, – 2009. – № 2.– С. 62-67.
2. Васильев Г.С. Проблема коммуникативных способностей членов первичных учебно-воспитательных коллективов: автореф. дис. канд. психол. наук. – М., 1977. – 21 с.
3. Кидрон А.А. Коммуникативная способность и ее совершенствование: автореф. дис. канд. психол. наук. – Л., 1981. – 19 с.
4. Сусанина И.В. Введение в арт-терапию. – М.: Когито-Центр, 2007. – 94 с.
5. Цукерман Г.А. Виды общения в обучении. – Томск.: Пеленг, 1993. – 268 с.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАЗНЫМИ УРОНЯМИ ТРЕВОЖНОСТИ

В. А. Осадчая, Ю. В. Живаева

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»

На сегодняшний день из-за влияния массовой культуры и неправильных установок, заложенных родителями, а так же ряда других причин у детей формируется неправильное пищевое поведение, которое может повлечь за собой серьёзные проблемы и такие нервнопсихические заболевания, как нервная анорексия и булимия.

В большинстве экономически развитых стран мира прослеживается отчётливая тенденция к увеличению числа больных с нарушением пищевого поведения. При нарушениях пищевого поведения сопутствующими явлениями часто отмечаются тяжёлые соматоэндокринные расстройства и стойкая психосоциальная дезадаптация (Прихожан А. М., 1998).

Безусловно, учёным и медикам, занимающимся устранением и изучением данной проблемы, необходимо в первую очередь обратиться к её истокам, чтобы иметь возможность предотвратить развитие этих болезней.

Современные подходы лечения пациентов с избыточным весом преимущественно основаны на сочетании фармакотерапии и диетотерапии и акцентированы лишь на расстройствах пищевого поведения, игнорируя при этом психопатологические расстройства, что значительно уменьшает их терапевтическую эффективность, поэтому лечебно-реабилитационные мероприятия при ожирении являются неполноценными без воздействия на психосоциальный компонент (Кулагина И.Ю., 1999).

Изучая исследования специалистов, занимающихся данной проблемой, мы обнаружили, что у людей, страдающих от тех или иных нарушений пищевого поведения, наблюдаются тревожные расстройства личности. Кроме того учеными было выявлено, что люди с расстройством пищевого поведения, не имевшие заболевания и никогда на протяжении жизни не страдавшие тревожным расстройством, обычно испытывают тревогу, являются перфекционистами, а также избегают вредных воздействий.

Некоторый уровень тревожности в норме свойственен всем людям и является необходимым для оптимального приспособления человека к действительности. Наличие тревожности как устойчивого образования – свидетельство нарушений в личностном развитии. Она мешает нормальной деятельности, полноценному общению.

Переживание тревоги влечет за собой чувство изоляции и одиночества, некоторые люди включают в паттерн тревоги и эмоцию печали. Важно помнить, что в состоянии тревоги мы, как правило, переживаем не одну эмоцию, а некую комбинацию или паттерн различных эмоций, каждая из которых оказывает влияние на наши социальные взаимоотношения, мысли и поведение.

Именно тревожность, как отмечают многие исследователи и практические психологи, лежит в основе целого ряда психологических трудностей, в том числе многих нарушений развития. Тревожность рассматривается как показатель «преневротического состояния», её роль чрезвычайно высока и в нарушениях поведения, таких, например, как деликвентность и аддиктивное поведение.

К сожалению, нам не удалось обнаружить в источниках информации описания исследований, которые бы отражали частоту встречаемости и характер нарушений пищевого поведения у подросков и старших

школьников с разными уровнями тревожности. Мы решили выяснить, является ли уровень тревожности личности фактором уязвимости для развития нарушений пищевого поведения в подростковом и юношеском возрасте. Есть ли явно выраженные устойчивые тенденции у этого процесса? Возможно ли благодаря своевременному диагностированию тревожного поведения предотвратить развитие расстройств пищевого поведения?

Таким образом, возник интерес к исследованию формирования нарушений пищевого поведения у школьников на разных возрастных этапах, к изучению их особенностей по различным параметрам и выявлению сопутствующего уровня тревожности. В ходе работы возникла гипотеза: соотношение между уровнем тревожности личности юношей и подростков и возникновением пищевой аддикции имеет следующие особенности: чем выше уровень личностной тревожности, тем больше вероятность возникновения нарушений пищевого поведения. Соотношение параметров обнаруживает различный характер на разных возрастных этапах.

Исследование проводилось в МБОУ СОШ № 5 г. Красноярска. *Время проведения исследования* – октябрь-декабрь 2012 г. *Выборка:* учащиеся 8-11х классов в общем количестве 76 человек.Для решения поставленных задач в процессе работы были использованы следующие методики

1. Шкала Кондаша для выявления уровня тревожности у возрастной группы старше 12 лет,
2. Опросник «Типы нарушения пищевого поведения» (DEBQ, 1978 г.)

Анализируя результаты исследования мы выявили, что у большинства учащихся подросткового возраста преобладает нормальный уровень тревожности (66%), каждый четвертый опрошенный демонстрирует незначительное повышение тревожности, а у 9% опрошенных обнаружена уже деструктивная форма тревожности.

Интересно, что в старшем школьном возрасте (10-11 кл.) тревожные юноши и девушки встречаются чаще.

Половина опрошенных демонстрирует несколько повышенный уровень тревожности, а вот доля учащихся старшего школьного возраста с деструктивным уровнем вырастает по сравнению с подростничеством и составляет уже четверть респондентов. Значительно снизилось (до 25% относительно 66%) количество учащихся с нормальным уровнем тревожности.

Данный факт, вероятно, можно объяснить тем, что у юношей и девушек появляется намного больше причин для волнения (сдача ЕГЭ, поступление в ВУЗ, выбор траектории жизненного пути и т.д.), поэтому и возрастает общий уровень тревоги.

Следует отметить, что среди наших респондентов не было выявлено ни одного участника с самым низким уровнем тревожности, так называемым «чрезмерным спокойствием», которое является нечувствительностью

к неблагополучию и, как правило, носит защитный характер (неприятный опыт как бы вытесняется из сознания). Мы полагаем, что отсутствие таких результатов связано с тем, что подростки и юноши в силу особенностей своего возраста и наличия естественных жизненных трудностей, присущих данному этапу, стараются не игнорировать свои проблемы и сосредоточены на их решении, поэтому их уровни тревожности и варьируются от нормального до очень высокого.

Интерес, на наш взгляд, представляет и наличие (либо отсутствие) среди опрошенных возрастных групп анкет с полным отсутствием всех типов НПП и, напротив, анкет с выявленными тремя видами нарушений. Рассматривая частоту встречаемости пищевых нарушений у опрошенных, можно заметить, что в подростковом возрасте такие нарушения в различной степени проявления встречаются у 95% респондентов (лишь 3 анкеты демонстрируют отсутствие НПП – 9% мальчиков-подростков и 5% девочек этого же возраста). Интересно, что среди учащихся, не продемонстрировавших наличие какого-либо вида НПП, нет ни одного с высоким уровнем тревожности. Данный факт подтверждает, что у ребят с высокой тревожностью обязательно присутствует хотя бы один вид НПП.

Особую тревогу вызывает 14% подростков, по результатам анкетирования которых выявлены все 3 типа нарушений. Данная группа состоит преимущественно из представителей повышенного и высокого уровня тревожности. Лишь у 1 подростка выявлена норма по показателю тревожности.

Похожая картина наблюдается и в юношеском возрасте: отсутствие всяких видов НПП обнаружено лишь у 6% опрошенных (причем, только у девушек – 13% респонденток). Также, как и в предыдущем случае, ни у одной из них не обнаружен высокий уровень тревожности.

Нарушения по всем типам проявляются у 13% опрошенных (в равной степени у представителей каждого пола). Причем у 50% данной группы выявлен нормальный уровень тревожности, а у 50% этот показатель очень высокий.

Данный факт говорит о том, что у представителей юношеского возраста уровень соотношения параметров «тревожность» и «частота возникновения НПП» находится не в такой тесной взаимосвязи, как у подростков. В противном случае, учитывая более высокие показатели тревожности у старшей группы, возможно было бы предположить значительное ухудшение показателя НПП у юношей и девушек, приобретающие характер катастрофы.

Представляет интерес сравнение частоты встречаемости нарушения пищевого поведения в подростковом и юношеском возрасте.

Анализ результатов показывает,что как в подростковом, так и в юношеском возрасте наименее часто встречаются нарушения пищевого поведения по эмоциогенному типу, зато у подростков чаще всего

нарушение пищевого поведения носит ограничительный характер (3 человека из 4-х), и у более, чем половины (59%) опрошенных выявлен экстернальный тип нарушения пищевого поведения. У учащихся юношеского возраста картина отличается ненамного: практически у одинакового количества респондентов из старших классов выявлены экстернальный и ограничительный типы НПП (72% и 69% соответственно).

Вероятно, выраженность нарушений по ограничительному и экстернальному типам присутствует у большинства опрошенных в связи с чрезмерной озабоченностью своим весом, возникающей на почве низкой самооценки и придирчивого сравнения себя с окружающими (что касается излишне высокого уровня контроля), а так же со стремительным развитием пищевой промышленности (как следствие, доступностью отнюдь не полезной еды), а так же с отсутствием навыков правильного формирования своего пищевого поведения (низкий уровень контроля).

Интерес, на наш взгляд, представляют также данные об уровне контроля пищевого поведения по наиболее выраженному ограничительному типу у подростков и учащихся юношеского возраста.

Данные показывают, что среди респондентов подросткового возраста с высоким и очень высоким уровнями тревожности нет тех, кто проявлял бы низкий или же нормальный уровень контроля пищевого поведения по ограничительному типу. Возможно, это связано с тем, что подростки, проявляя тревогу, склонны чрезмерно придирчиво оценивать себя и излишне сильно контролировать своё пищевое поведение.

В юношеском же возрасте высокий уровень тревожности включает себя все типы контроля пищевого поведения по ограничительному типу, но превалирует среди них низкий. Можно предположить, что, если респонденты старшего школьного возраста, как правило, уже намного меньше переживают из-за своей внешности и стараются думать в первую очередь о других, более важных вещах, то и необходимости слишком сильно контролировать себя в плане потребления пищи у них в большинстве своём не возникает.

Следующим этапом нашего исследования стало изучение частоты и вида НПП в подростковом и юношеском возрасте у групп с разной степенью тревожности.

Данные подтверждают наше предположение: чем выше уровень тревожности у учащихся подросткового возраста, тем чаще встречаются НПП всех трех видов. Незначительное отклонение от этого правила наблюдается лишь у экстернального типа НПП в ситуации повышенного уровня тревожности (динамика неустойчивая). В любом случае, мы видим, что у подростков с высоким уровнем тревожности частота всех типов НПП значительно выше, чем при низком уровне тревожности, что полностью подтверждает нашу гипотезу.

Здесь устойчивая динамика сохраняется лишь в ситуации проявления ограничительного типа НПП. Схожая количественная динамика, имеющая непоследовательный характер, наблюдается у учащихся, обнаруживших экстернальный и эмоциогенный характер НПП: у учащихся с повышенным уровнем тревожности она ниже, чем у ребят, продемонстрировавших нормальный и высокий (деструктивный) уровень тревожности. Причем, в случае с эмоциогенными нарушениями нарастающая динамика прослеживается от нормального к высокому уровню тревожности, то при экстернальных нарушениях количество проявления при нормальном уровне тревожности соответствует таковому при высоком уровне, одновременно являясь максимальным (88%).

Таким образом, относительно юношеского возраста гипотеза подтвердилась лишь частично – для случаев с ограничительным и эмоциогенным типами нарушения поведения.

Гендерные особенности не являлись объектом исследования, однако из таблицы первичных данных мы видим, что при сравнении подросткового и юношеского возраста значительные отличия в показателях количества НПП не обнаруживаются. Тем не менее, у девочек с возрастом увеличивается количество НПП по экстернальному и эмоциогенному типам. Мы склонны предполагать, что это может быть связано с тем, что в более старшем возрасте девочки сталкиваются с намного более разнообразными трудностями и жизненными ситуациями, которые доставляют им сильное беспокойство и вызывают тревогу, из-за чего и появляется более сильная потребность в «заглушении» стресса едой, свойственному для участившихся у них типов НПП.

Итак, анализ полученных данных позволяет утверждать, что уже в подростковом возрасте в той или иной степени присутствует хотя бы один из видов пищевого нарушения.

Предположение, выдвинутое в нашей гипотезе, полностью подтвердилось у учащихся подросткового возраста и частично – у юношей и девушек: чем выше уровень личностной тревожности, тем больше вероятность возникновения нарушений пищевого поведения.

Более ярко и в совокупности НПП выражены у подростков с высоким уровнем тревожности. В юношеском возрасте аналогичное соотношение характерно для случаев с ограничительным и эмоциогенным типами нарушения поведения.

Таким образом, верна и вторая часть гипотезы: соотношение параметров обнаруживает различный характер на разных возрастных этапах.

Таким образом, основывая наши предположения на результатах исследования, мы полагаем, что если бы родители могли учитывать особенности воспитания и поведения тревожных детей и причины возникновения тревожности, они смогли бы избежать некоторых проблем, включая и проблемы связанные с нарушениями пищевого поведения. Родители,

педагоги, являясь значимыми людьми для подростков и старших школьников способны влиять на их самооценку, а, значит, и на уровень тревожности. На наш взгляд, уместно предположить, что снижая тревожность учащихся, возможно создать успешные условия для профилактики возникновения пищевых нарушений как в подростковом, так и в юношеском возрасте. Мы убеждены, что учет этих сведений, и, конечно, привитие навыков экологического питания, культуры принятия пищи, развитие способностей правильно реагировать на неудачи в жизни позволит снизить риск возникновения неправильного пищевого поведения в столь раннем возрасте.

Список литературы:

1. Прихожан А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. – 1998. – № 2.
2. Кулагина И.Ю. Возрастная психология: развитие ребенка от рождения до 17 лет / Ун-т Рос. акад. образования. 5-е изд. – М.: Изд-во УРАО, 1999. – с. 175.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОКУРСНИКОВ

К. В. Рахманова, Ю. В. Живаева

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Социальная адаптация – процесс интеграции человека в общество, в результате которого достигается формирование самосознания и ролевого поведения, способности к самоконтролю и самообслуживанию, адекватных связей с окружающими; предпосылка и необходимое условие эффективности активной деятельности.

Современное представление о предмете исследования и теоретические подходы к изучению адаптации личности развились на основе различных направлений науки. Изучению адаптации посвящены работы таких исследователей, как А. Бандура, А. Басс, Л. Берковитц, А. Камю, К. Леви, К. Лоренц, З.Фрейд, Э. Фромм и др.

В отечественной научной литературе изучение профессионального становления специалиста в вузе, адаптации и дезадаптации, привлекло внимание многих авторов, найдя отражение в работах Ю.М. Антоняна, Б.Г. Бовина, С.Н. Богомоловой, И.Б.Бойко, А.В. Васильева, М.В. Виноградова, В.П. Голубева, Н.П. Дубинина, С.А. Завражина, В.П. Казначева, Л.П. Колчиной, Н.Д. Левитова, Э.В. Матюхиной, Г.Н. Павлова и др.

Успешность адаптации студента как субъекта образования зависит от многих факторов, являющихся основой готовности студентов к учебной деятельности в вузе. Поэтому, на наш взгляд, особое значение имеет изучение степени сформированности психологической готовности у студентов первого года обучения.

Психологическая готовность человека к учебной деятельности в новых социальных условиях рассматривается как особое достаточно устойчивое состояние. Оно представляет собой целостную функционально-динамическую структуру, включающую ряд компонентов: мотивационно-ориентировочный, операционный, оценочный, волевой и др. (Березин Ф.Б.,1998).

Впервые готовность к обучению была исследована К.Д. Ушинским. Изучая психологические и логические основы обучения, он рассматривал процессы памяти, внимания, воображения, мышления и установил, что успешность обучения достигается при определенных показателях развития этих физических функций (Гапонова С.А.,2005).

Рассматриваемая нами психологическая готовность к обучению в вузе, по своей сути, является специфической формой и способом жизнедеятельности студентов как субъектов учебной деятельности, и сопряжена с развитием личностных свойств и качеств.

Студенческий возраст, по утверждению Б.Г.Ананьева (Асеев В.Г., 2000), является сенситивным периодом для развития основных социогенных потенций человека. Юношеский возраст, приходящийся на период первых лет вузовского обучения, характеризуется рядом специфических особенностей: развивается самосознание, оформляется иерархия ценностных ориентаций, переструктурируется мыслительная деятельность.

Наиболее сложный - первый этап вузовского периода. Он связан с коренной ломкой сложившихся представлений, привычек школьника, необходимостью менять и перестраивать свое поведение и деятельность, »входить» в новые условия. Главной и вполне осмысленной целью первокурсника становится овладение способами и приемами учебной деятельности, приобретение нужной системы фундаментальных знаний, овладение социальным статусом студента. У студентов младших курсов отношение к будущей профессии не носит еще выраженного характера и соответственно мало влияет на их успеваемость (Васильева О.С., 2001).

Как отмечает И.С. Кон, ведущей сферой деятельности в студенческом возрасте становится труд с вытекающей отсюда дифференциацией профессиональных ролей. Об этой возрастной группе нельзя говорить «вообще»: ее социально-психологические свойства зависят не столько от возраста, сколько от социально-профессионального положения. Образование, которое продолжается и на этом этапе развития, является уже не общим, а специальным, профессиональным, причем сама учеба в высшем учебном заведении может рассматриваться как вид трудовой деятельности [4].

По словам Э. Шпрангера, данный период характеризуется тем, что на первый план выступает “кризис оторванности”, чувство одиночества, которые во многом определяют особенности эмоциональных состояний юношей: склонность к крайним эмоциональным переживаниям, негативный эмоциональный фон, подавленность (Васильева О.С., 2001).

Существует и другая точка зрения: по словам А. Гезелла, в юношеском возрасте наступает равновесие: мятежность уступает место жизнерадостности, значительно увеличивается внутренняя самостоя-тельность, эмоциональная уравновешенность, общительность, устремлен-ность в будущее (Васильева О.С., 2001).

Характерной чертой развития в этом возрасте является усиление сознательных мотивов поведения. Заметно укрепляются такие качества, как целеустремленность, решительность, настойчивость, самостоятельность, инициатива, умение владеть собой.

Большое место в студенческом возрасте занимает общение. Учебная деятельность (прежде всего аудиторные занятия) проходят в группе, в среде однокурсников. Здесь нужно обратить внимание на важность мотива аффилиации, под которым принято понимать стремление человека к вступлению в общение с членами своего общества, стремление к созданию, сохранению и восстановлению положительных эмоциональных взаимоотношений с другими людьми. Существенное влияние этого мотива сказывается на результатах учения (Васильева О.С., 2001).

Адаптация к учебной деятельности предполагает одновременное воздействие целого ряда влияний, включающего в себя комплекс как субъективных (зависящих главным образом от самих студентов), так и объективных (в большей степени зависящих от внешних обстоятельств) факторов, к числу которых можно отнести содержание и организацию самой учебной деятельности в вузе (Асеев В.Г., 2000).

Между деятельностью учащихся в условиях вуза и школы имеются существенные количественные и качественные различия. В вузе выше интенсивность умственной работы, большой объем усваиваемых знаний, имеется, как правило, резко выраженная неравномерность нагрузки, крайне возрастающей в период сессии. Качественные различия характеризуются резким изменением круга изучаемых предметов, а также появлением профилирующих предметов, с которыми студент связывает свою личную перспективу. Студенту-первокурснику при поступлении в вуз приходится приспосабливаться одновременно к новым требованиям, предъявляемым высшей школой, а также к новым условиям обучения и быта (Васильева О.С., 2001).

По мнению В.В. Лагерева, процесс адаптации к обучению в вузе включает ряд основных составляющих: социально-психологическую, психологическую и деятельную (Березин Ф.Б., 2001).

Социально-психологическая составляющая процесса адаптации отражает изменения социальной роли обучаемого, круга и содержание его общения, корректировку его потребностей в самоутверждении в складывающемся коллективе учебной группы, усвоение норм и традиций, сложившихся в вузе, а также отвечающих характеру избранной профессии.

Психологическая составляющая отражает перестройку мышления и речи студента применительно к условиям профессионального обучения, резкое возрастание роли функций внимания, памяти, зрительного восприятия, увеличение эмоционального напряжения, испытание и тренировку воли, реализацию задатков и способностей.

Деятельностная составляющая отражает приспособление студентов к новым психофизиологическим нагрузкам, ритму жизни, методам и формам работы, приобщение к напряженному учебному труду, преодоление своеобразного индивидуального «информационного взрыва», противоречия для части студентов между личными интересами и необходимостью, связанное с недостаточной четкостью их социальной установки на овладение профессией.

В. В. Лагерев выделяет также ряд исходных субъективных факторов, негативно влияющих на процесс адаптации и лежащих в основе типичных затруднений, испытываемых студентами начальных курсов в период обучения:

1. Недостаточный уровень фактической подготовленности по программе средней школы, пренебрежение многими знаниями из курсов школьных дисциплин вследствие неразвитости трудолюбия и любознательности, дефицита личной ответственности и учебной активности, невысокого уровня духовного и интеллектуального потенциалов.

2. Слабо выраженные навыки учебной работы, недостаточно развито словесно-логическое мышление, неразвитость концентрации и распределения внимания, незнание эффективных мнемонических приемов, слабость волевой регуляции.

3. Привычная для условий средней школы пассивная роль, несамостоятельность в овладении избранной специальностью.

4. Невысокий уровень культуры, нравственной и трудовой воспитанности, проявляющиеся на фоне ограниченных жизненного опыта и социальной зрелости; мировоззренческая и социальная инфантильность.

5. Недостаточная выраженность установки на приобретение профессии, случайность сделанного профессионального и жизненного выбора.

6. Неуверенность в собственных силах, сомнения в возможности успешного обучения в вузе, как результат осознания студентами рассмотренных выше факторов (Васильева О.С., 2001).

Таким образом, можно сделать следующие выводы. В течение обучения в ВУЗе студент переживает следующие процессы: профессиональную адаптацию - приспособление к характеру, содержанию, условиям и организации учебного процесса, выработка навыков самостоятельности в учебной и научной работе; социально-психологическую адаптацию – приспособление индивида к группе, взаимоотношениям с ней, выработка собственного стиля поведения.

Необходимым условием успешной деятельности студента является освоение новых для него особенностей учебы в ВУЗе, устраняющее ощущение внутреннего дискомфорта и блокирующее возможность конфликта со средой. На протяжении всего периода обучения складывается студенческий коллектив, формируются навыки и умения рациональной организации умственной деятельности, осознается призвание к выбранной профессии, вырабатывается оптимальный режим труда, досуга и быта, устанавливается система работы по самообразованию и самовоспитанию профессионально значимых качеств личности.

На показатели адаптации оказывают влияние и внешние факторы, такие как социальные и средовые, а также собственно психологические воздействия. При этом описанные факторы оказывают влияние непосредственно на эффективность адаптационного процесса, и на способы ее достижения.

Список литературы:

1. Александровский Ю.А. Состояния психологической дезадаптации и их компенсация. – М.: Изд-во «Академия», 2006.
2. Асеев В.Г. Теоретические аспекты проблемы адаптации //Адаптация учащихся и молодежи к трудовой и учебной деятельности – Иркутск, «Веракс», 2000.
3. Березин Ф.Б. Психологическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Изд-во «Сфера», 1988.
4. Богданов А.А. Социальная адаптация. – М.: Изд-во «ЭКСМО – Пресс», 2001.
5. Васильева О.С. Психология здоровья человека. – М.: Изд-во «ЭКСМО – Пресс», 2001.
6. Гапонова С.А. Особенности адаптации студентов вузов в процессе обучения // Психол. журн. 2004. – Т. 15. № 3. – с. 131-135.
7. Губачев Ю.М., Карвасарский Б.Д. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. – Л.: Изд-во «Сфера», 2009.

СПЕЦИФИКА КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Е. И. Ростовых

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

Здоровье населения России находится в критическом состоянии. Результаты фундаментальных исследований свидетельствуют о кризисном состоянии здоровья у представителей всех возрастных групп, особенно у детей. В России, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста детей с ограниченными возможностями.

Современное российское образование, формирующее определенный уровень толерантности к детям с ограниченными возможностями,

имеет гуманистическую направленность. Создается и функционирует сеть реабилитационных учреждений, школ-интернатов, центров социальной помощи семье и ребенку-инвалиду, спортивно-адаптивных школ для инвалидов и т.д. Тем не менее, эта проблема остается актуальной.

По мнению Т.В. Егоровой дети с ограниченными возможностями здоровья – это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания (Егорова, 2002).

Таким образом, в качестве универсального, собирательного, применяемого в широком смысле термина, обозначающего недостаток физической или психической сферы человека, сегодня принят термин ограничение (возможностей), в англоамериканской профессиональной речевой среде – handicap (ограничение, препятствие). Понятие ограничения рассматривается с разных точек зрения и соответственно по-разному обозначается в разных профессиональных сферах, имеющих отношение к человеку с нарушенным развитием: в медицине, социологии, сфере социального права, педагогике, психологии. В соответствии с этим, понятие «дети с ограниченными возможностями» позволяет рассматривать данную категорию лиц как имеющих функциональные ограничения, неспособных к какой-либо деятельности в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, нетипичного состояния здоровья, вследствие неадаптированности внешней среды к основным нуждам индивида, из-за негативных стереотипов, предрассудков, выделяющих нетипичных людей в социокультурной системе (Бгажнокова, 2007).

Дети с отклонениями в развитии оказываются лишены доступных их здоровым сверстникам каналов получения информации: скованные в передвижении и использовании сенсорных каналов восприятия, дети не могут овладеть всем многообразием человеческого опыта, остающегося вне сферы досягаемости. Они также лишены возможности предметно-практической деятельности, ограничены в игровой деятельности, что негативно сказывается на формировании высших психических функций.

Нарушение, недостаток развития может возникнуть внезапно после несчастного случая, болезни, а может развиваться и усиливаться на протяжении длительного времени, например, вследствие воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды, вследствие длительно текущего хронического заболевания. Недостаток, нарушение могут устраняться (полностью или частично) медицинскими и (или) психолого-педагогическими, социальными средствами или уменьшаться в своем проявлении (Исаев, 2003).

В соответствии с разными профессиональными подходами к данному предмету и разными основаниями для систематики существуют разные классификации. Наиболее распространенными основаниями являются следующие:

– причины нарушений;
– виды нарушений с последующей конкретизацией их характера;
– последствия нарушений, которые сказываются в дальнейшей жизни.

Так, в классификации А.Р. Маллера, основой которой является характер нарушения, недостатка, различают следующие категории лиц с ограниченными возможностями:

– глухие;
– слабослышащие;
– позднооглохшие;
– незрячие;
– слабовидящие;
– лица с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
– лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы;
– лица с нарушением интеллекта;
– дети с задержкой психического развития (труднообучаемые);
– лица с тяжелыми нарушениями речи;
– лица со сложными недостатками развития (Маллер, 2010).

Т. В. Егорова дает более обобщенную классификацию, в основе которой лежит группировка указанных выше категорий нарушений в соответствии с локализацией нарушения в той или иной системе организма:

– телесные (соматические) нарушения (опорно-двигательный аппарат, хронические заболевания);
– сенсорные нарушения (слух, зрение);
– нарушения деятельности мозга (умственная отсталость, нарушения движений, психические и речевые нарушения) (Егорова, 2002).

Таким образом, диапазон различий в развитии детей с ОВЗ чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимым тяжелым поражением центральной нервной системы. От ребенка, способного при специальной поддержке на равных обучаться вместе с нормально развивающимися сверстниками до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе образования. При этом столь выраженный диапазон различий наблюдается не только по группе с ОВЗ в целом, но и в каждой входящей в нее категории детей.

Вследствие неоднородности состава группы, диапазон различий в требуемом уровне и содержании дошкольного образования тоже должен быть максимально широким, соответствующим возможностям и потребностями всех детей с ОВЗ, т.е. для каждой категории и внутри каждой категории детей с ОВЗ требуется дифференциация специального образовательного стандарта, разработка вариантов, на практике обеспечивающих охват всех детей образованием, соответствующим их возможностям

и потребностям; преодоление существующих ограничений в получении образования, вызванные тяжестью нарушения психического развития и неспособностью ребенка к освоению цензового уровня образования, а также ограничения в получении инклюзивного образования детьми с ОВЗ, достигшими к моменту поступления в школу уровня психического развития, сопоставимого с нормально развивающимися сверстниками.

В связи с актуальностью проблемы нами организовано экспериментальное исследование с целью изучения психологических особенностей умственно отсталых детей младшего школьного возраста на базе Краевого государственного бюджетного учреждения социальной защиты «Большемуртинский детский дом – интернат для умственно отсталых детей» в сентябре-ноябре 2012 года. Выборка представлена детьми с диагнозом - умеренная умственная отсталость, в количестве 19 человек в возрасте от 9 до 12 лет. Характеризуя данную выборку, следует отметить, что у пяти детей наблюдается расстройство внимания, у двоих слабое зрение, для двоих характерна расторможенность. В качестве диагностического инструментария мы использовали методики: «Разрезные картинки»; «Серия сюжетных картинок», наблюдение за игровой деятельностью детей.

В зависимости от результатов, полученных с использованием вышеперечисленных методик, мы распределили всех детей по уровням, предложенными Е.Л. Щепко. Проанализировав результаты исследования психологических особенностей умственно отсталых детей, мы сделали вывод о том, что большинство исследуемых (74%) можно отнести к первому уровню. Эти дети мало осознают свои умственные действия, не планируют деятельность, нечетко предвидят ее результат, и не могут проанализировать условия, необходимые для решения той или иной познавательной задачи и оценить итог своей деятельности, поскольку сама познавательная задача на этом уровне не выделяется. Детей привлекает сам процесс деятельности. Некоторые (26%), из числа детей с умеренной умственной отсталостью частично осознают свои умственные действия, и, соответственно, могут планировать деятельность и осуществлять ее в соответствии с замыслом, но анализ условий еще недостаточен, поэтому для достижения цели ребенок совершает различные пробы. На этом этапе наиболее значимым для ребенка становиться результат деятельности. Если он достигнут, ребенок вполне удовлетворен. Вследствие чего данная группа детей была отнесена ко второму уровню.

В связи с этим можно сделать вывод о том, что большинство исследуемых мало осознают свои умственные действия, не планируют деятельность, нечетко предвидят ее результат, и не могут проанализировать условия, необходимые для решения той или иной познавательной задачи и оценить итог своей деятельности, поскольку сама познавательная задача на этом уровне не выделяется. Детей привлекает сам процесс деятельности. Некоторые, из числа детей с умеренной умственной отсталостью

частично осознают свои умственные действия, и, соответственно, могут планировать деятельность и осуществлять ее в соответствии с замыслом, но анализ условий еще недостаточен, поэтому для достижения цели ребенок совершает различные пробы. На этом этапе наиболее значимым для ребенка становиться результат деятельности. Если он достигнут, ребенок вполне удовлетворен. Ниже опишем специфику организации психолого-педагогического сопровождения детей с нарушением в познавательной деятельности в условиях «детского дома – интернат для умственно отсталых детей».

Одной из важнейших задач обучения и воспитания детей с ОВЗ является помощь психологическому и социальному развитию детей, и в первую очередь формирование у них образцов позитивного социального поведения, ознакомление с культурой поведения в обществе, обучение навыкам повседневной деятельности.

Содержание обучения и воспитания детей с тяжелыми нарушениями развития в домах – интернатах построено так, чтобы обеспечивать в каждый возрастной период выполнение, как общеобразовательных, так и специфических коррекционных задач.

Каждый ребенок с нарушениями в развитии уникален как по своему состоянию, так и по темпу развития, поэтому ранняя коррекционная помощь является средством формирования тех навыков и умений, которые ребенок готов воспринять в данное время, и должна быть по возможности максимально индивидуализирована. При этом следует обеспечить максимальные возможности для его развития. Требуется целенаправленная, кропотливая и терпеливая работа. Педагоги должны иметь четкое представление о том, как и чему его учить, как относиться к его поведению и трудностям во время занятий, как учитывать его возможности, сглаживать особенности его состояния, вызванные болезнью и т.д. (Солодянкина, 2007).

Цели, которые стоят перед специальным учреждением, — включение детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями развития в специально организованную образовательно-развивающую среду, организация своевременного квалифицированного обучения детей, учитывающего их психофизические и возрастные особенности и направленного на предупреждение и преодоление дефектов развития (Мастюкова, 2003).

Исходя из этой цели, можно определить следующие конкретные задачи коррекционно-педагогической работы с детьми этой категории в дошкольном возрасте в условиях дома – интерната:

- тщательное психолого-педагогическое изучение индивидуальных особенностей и возможностей ребенка с учетом клинико-этиологических данных и диагноза;
- организация сотрудничества с родителями детей по совместно разработанному индивидуальному плану для каждого ребенка;

– сохранение и укрепление физического и нервно-психического здоровья;
– развитие положительной эмоциональной контактности, коммуникативности, собственной активности детей, их интереса к окружающему;
– формирование навыков адекватного поведения и общения со взрослым. Формирование первых контактов между детьми. Привитие первых навыков личной и коллективной организованности;
– физическое воспитание ребенка, развитие общей моторики (развитие психомоторики, движений рук; коррекция недостатков двигательной сферы);
– привитие элементарных санитарно-гигиенических навыков и простейших навыков самообслуживания;
– поэтапное формирование элементарной предметной деятельности. (сенсорное воспитание; формирование целенаправленной деятельности как интегративного показателя психического развития);
– расширение практического опыта детей, объема их знаний и представлений об окружающем мире и развитие речи;
– формирование игровой деятельности;
– развитие эмоционально-эстетических и творческих возможностей детей средствами искусства (музыка, изобразительная деятельность, ручное творчество, арттерапия) (Стребелева, 2002).

При проведении коррекционно-развивающей работы необходимо учитывать различия между детьми по уровню личностного и речевого развития. Различна обучаемость этих детей — от почти полного ее отсутствия до возможности значительного продвижения, позволяющего ставить вопрос об изменении диагноза.

При изучении маленького ребенка с тяжелым нарушением развития необходимо обратить внимание на следующие стороны его состояния:
– сохранность эмоциональной сферы;
– правильность восприятия интонаций речи взрослого и дифференцирование близких;
– поведение, контакт с окружающими, способы общения (речь, жесты);
– состояние двигательной сферы;
– игру;
– возможность включения в целенаправленную деятельность и уровень развития разных видов деятельности (предметной, изобразительной, конструктивной и др.);
– состояние речи:
а) понимание обращенной речи;
б) понимание и выполнение ряда несложных инструкций;
в) активная речь (содержание, произношение);

– уровень представлений ребенка о себе и об окружающем мире;
– владение, хотя бы частичное, навыками самообслуживания, опрятности;
– состояние пространственных и временных ориентировок.

В дальнейшем эти сведения пополняются наблюдениями за состоянием внимания, работоспособностью и истощаемостью ребенка, его памятью, свойствами его характера и интересами.

Все психическое развитие ребенка — это процесс усвоения им социального опыта, который он может получить только во взаимодействии со взрослым человеком. Стремление к контакту со взрослым, желание подражать ему, обратиться за помощью присуще нормально развивающемуся ребенку. У детей с тяжелыми нарушениями интеллекта в силу несформированности познавательного интереса такое стремление неразвито, что резко затрудняет возможности направленной работы с ним. Начальный, чрезвычайно важный аспект работы с этими детьми — побуждение их к общению со взрослыми (педагогом, воспитателем, родителями), формирование положительного эмоционального отношения ко взрослым, стремление к контакту с ними (Щепко, 2000).

Организация общения со взрослым не является отдельным разделом обучения. Оно происходит в повседневной жизни детей, в учреждении и в семье. Вместе с тем независимо от особенностей и возможностей ребенка в специальном учреждении воспитатель должен находить время для индивидуальной работы по установлению эмоционального контакта с ним.

Внимание педагогов в первую очередь должно быть обращено на организацию быта детей, соблюдение охранительного режима, сохранение спокойного, доброжелательного тона, максимальной внимательности к каждому ребенку, использование любой ситуации для общения с ребенком и оказания ему помощи. Воспитатель, проводя все режимные моменты с детьми, прививая им санитарно-гигиенические навыки, организуя игры детей, их досуг, кроме того, проводит занятия по расписанию, закрепляет материал, который дают педагог-дефектолог, логопед (Григорьева, 2002).

Очень часто негативизм ребенка объясняется его неготовностью принять задачи взрослого. Воспитательный процесс должен быть построен так, чтобы, с одной стороны, ребенок свободно действовал по своему желанию, с другой — чтобы педагог мог умело направлять эти желания и включать детей в организованную им деятельность (Рубинштейн, 1986).

В первой половине дня целесообразно выстроить такой порядок занятий: игры в игровом уголке с обязательным участием взрослого; ритмические занятия, сочетающиеся с речевой работой; работа за столом – занятия различными видами ручной продуктивной деятельности; подвижная игра или хоровод с песней; рассказывание сказки. Таким обра-

зом, все время от завтрака до прогулки посвящено организованным занятиям, переходящим одно в другое. Время, которое выделяет педагог на ту или иную часть занятия, определяется им самостоятельно, в зависимости от возможностей детей, и организуется им в соответствии с программой и возможностями детей.

После дневного сна планируется проведение игр, занятий по формированию навыков самообслуживания, досуговых мероприятий (показ кукольного театра, пение и танцы с воспитателем и др.).

У детей с тяжелыми нарушениями развития почти отсутствуют активность, интерес и внимание к окружающему. Следствием этого является и отсутствие таких не обходимых условий для обучения, как положительное отношение к заданию, принятие задачи.

У детей с тяжелым нарушением интеллекта основные трудности при решении умственных задач заключаются в том, что они не могут правильно организовать свои действия, т.е. последовательно переходить от действия к действию, осуществляя связь между ними (Фатихова, 2010).

Таким образом, содержание коррекционно-развивающей работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья развития в домах – интернатах должно быть построено так, чтобы обеспечивать в каждый возрастной период выполнение, как общеобразовательных, так и специфических коррекционных задач. Необходимо включение детей раннего и дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями развития в специально организованную образовательно-развивающую среду, с учетом их психофизических и возрастных особенностей, направленную на предупреждение и преодоление дефектов развития.

Список литературы:

1. Бгажнокова, И.М. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития. – М.: Педагогика, 2007. – 247 с.
2. Григорьева, Л.Г. Дети с проблемами в развитии. – М.: Академкнига, 2002. – 213 с.
3. Егорова, Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями / Т.В. Егорова – Балашов: Николаев, 2002. – 80 с.
4. Исаев, Д.Н. Психология больного ребенка: Лекции. – СПб.: Издательство ППМИ, 2003. – 186 с.
5. Маллер, А.Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. – М.: Издательский центр «Академии», 20010. – 208 с.
6. Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
7. Рубинштейн, С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов – М.: Просвещение, 1986. – 192 с.
8. Солодянкина, О.В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье. – М.: АРКТИ, 2007. – 80 с.
9. Стребелева, Е.А. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е.А. Стребелева, А.Л. Венгер, Е.А. Екжанова. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 312 с.

10. Щепко, Е.Л. Психодиагностика нарушений развития. Принцип дифференциаций. – М.: Академия, 2000. – 410 с.
11. Фатихова Л. Ф. Диагностика социального интеллекта детей с отклонениями в развитии. // Научное творчество XXI века: материалы II Всероссийской научной конференции. – Красноярск // В мире научных открытий. – 2010. № 4 (10). Часть 8. – С. 82-84. [электронный ресурс] http://www.pedlib.ru/Books/6/0317/6_0317-5.shtml#book_page_top

ОСОБЕННОСТИ ЭТНИЧЕСКОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ ИЗ ЧИСЛА КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА ЭВЕНКОВ

М. Ю. Румянцева

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

В условиях социальных преобразований, социальной нестабильности, когда усилились процессы, характеризующиеся всплеском осознания гражданами России своей этнической принадлежности, особенно остро встает вопрос в становлении этнической идентичности личности. Этническая принадлежность человека является тем последним уголком сознания, характеризующим его положение в структуре общества. Растущий человек, ощущая нестабильность окружающего мира, ищет поддержку и защиту в стабильных ценностях предков. Именно исторически сложившиеся общности, прежде всего, это этносы, приобретают существенное значение в жизни подрастающего поколения.

Так, Эвенкия, является районом крайнего севера, имеет только лишь сообщение с помощью авиалиний. Народ при своей относительно малой численности заселяет огромные пространства Сибири.

Эвенки, проживающие на Крайнем Севере и Сибири, отличаются дисциплинированностью, исполнительностью, неприхотливостью в быту. Исконный, тяжелый труд северянина требует от них специальной выучки, раннего и активного непосредственного включения в трудовой процесс. В этом случае у них, в большинстве своем охотников, оленеводов, рыболовов, формируется естественная этика отношения к природе, другим людям, с детства развиваются такие качества, как выносливость, воля, товарищество, чувство самоуважения. На протяжении длительного времени (до 1930 года) не было возможности получения начального образования. На сегодняшний день на территории Эвенкии остаются школьники и не – значительное количество студентов, обучающихся в средне специальных и средне профессиональных училищах.

Гете называл поведение зеркалом, в котором каждый показывает свой облик. Но в то же время человек, как никто другой на Земле, способен в повседневном поведении скрывать свои истинные отношения и чувства.

Это происходит потому, что он не реализует одну какую-либо программу действия, а постоянно осуществляет выбор. Та или иная стратегия поведения диктуется обширным набором социальных ролей. Они определяют допустимую амплитуду поведения, а в случаях межгрупповой конфронтации и коллективные формы противостояния. Этническая группа в России 1990-х гг. заняла одно из главных мест в иерархии социальных групп. А национальность превратилась в одну из важнейших социальных ролей, принуждая индивида действовать с позиции своей этнической группы, а значит вступать в сферу межгруппового поведения.

По мнению Т. Г. Стефаненко, этническая идентичность – это осознание, восприятие, эмоциональное оценивание, переживание своей принадлежности к этнической общности. Смысл данного понятия наилучшим образом отражает именно термин «переживание», переживание индивидом отношений «я» и этнической среды – своего тождества с одной этнической общностью и отделения от других общностей, самоопределения в социальном пространстве относительно многих этносов.

В отечественной традиции изучения этноса закрепилось понятие «этническое самопознание». На западе в научном обороте используется термин «идентичность». Идентичность обычно понимается как идеальное отождествление индивидом самого себя с той или иной социальной общностью. Данный феномен, начиная с З. Фрейда, который ввел термин «идентификация», изучают сторонники психоаналитического направления (концепция развития личности Э. Эриксона), французская социально–психологическая школа (в рамках теории социальных представлений С. Московичи), представители когнитивной психологии (теория социальной идентичности Г. Тежфела и Дж. Тернера, теория самокатегоризации Дж. Тернера) и другие направления. Современная отечественная этнопсихология рассматривает этническую идентичность как осознание собственной принадлежности к определенной этнической общности (Агеев В.С., Лебедева Н.М., Солдатова Г.У., Шлягина Е.И.).

Согласно точке зрения Г.У. Солдатовой, этническая идентичность обладает целым рядом особенностей, среди которых: ориентация на прошлое, мифологизм, а также способность возрастать и ослабевать в соответствии с внешними обстоятельствами.

О.Е. Хухлаев выделяет два аспекта существования этнической идентичности. Во-первых, она существует как идеологический феномен, интрапсихическим коррелятом которого является процесс самокатегоризации и обретение идентификации в ответ на социальную активность «этнического» характера. Во-вторых, она проявляется как психологический феномен, основанный на потребности в «безусловной» идентичности как ощущении своего «исконного» места в окружающем мире.

Т.Г. Стефаненко отмечает, что последние десятилетия связаны с ростом этнического самосознании во всем мире. Интерес к своим корням,

поиск уверенности в завтрашнем дне, стабильности и защиты связан с обращением к двум межпоколенным социальным группам – семье и этносу. Тесное психологическое переплетение этих двух групп выражается в том, что именно семья является первым и основным (а иногда и единственным) источником знаний об этнических особенностях, свойственных тому или иному народу (старшее поколение является хранителем традиций).

По мнению отечественных психологов, этническая идентичность включает в себя три компонента: когнитивный, аффективный и поведенческий. Раскроем содержание этих компонентов.

Когнитивный компонент – это знание этнодифференцирующих признаков, позволяющих конструировать у индивида представление об этносе и о своем соответствии этому этносу. Четкое представление этнодифференцирующих признаков дает возможность более тесно ощутить связь со своим народом.

Аффективный компонент этнической идентичности входит в структуру общего самоотношения личности и включает в себя: оценку собственной этнической группы; своего членства в ней и статусность группы относительно других этнических групп.

Поведенческий компонент этнической идентичности представляет собой реальный механизм поведения в различных ситуациях внутригруппового и межгруппового взаимодействия.

Важность и необходимость этнической идентичности определяется тремя базовыми психологическими потребностями личности:

1) потребностью в безопасности;

2) потребностью в принадлежности к общности, группе (в условиях острого социального кризиса, распада традиционных общностей личность зачастую готова променять обретенную или навязанную свободу на чувство, пусть даже и иллюзорное, безопасности и принадлежности к группе);

3) потребностью в самобытности, уникальности своего «Я», уверенности в себе, независимости от других, ибо существование человека, как личности означает абсолютную непохожесть на других.

Каждому человеку необходимо удовлетворять все эти потребности и, следовательно, как-то согласовывать их между собой. Процесс согласования выражается в том, что человек, удовлетворяя свои потребности в безопасности и принадлежности к общности, осознанно идентифицирует себя с этнической общностью и формирует чувство «Мы», а с другой стороны, удовлетворяя потребность в самобытности, отделяет свою общность от других, определяет ее специфичность в сравнении с иными общностями и таким образом формируется образ «Они».

В психологической и педагогической науках формирование позитивной этнической идентичности рассматривается как важная цель системы образования, достижения которой способствует воспитанию свободной личности, уважающей идеалы гуманизма, справедливости,

толерантности. Важным этапом формирования позитивной этнической идентичности является подростковый возраст, поскольку этот период отличается высокой интенсивностью социализации и индивидуализации процессов самосознания в целом. Данный период характеризуется активным поиском личности своего места в обществе, самоопределением в системе социальных ролей, а так же расширением представлений о своих особенностях. Зарубежными исследователями подростковый возраст характеризуется как период обретения психосоциальной идентичности, что определяет систему ценностей, идеалы, жизненные планы, социальную роль индивида, его потребности и способы их реализации.

Стадию развития человека от 10-11 до 14-15 лет в психологии традиционно называют подростковым, а также – переходным, трудным, критическим возрастом. Этот возраст исследовали многие видные психологи; существует обширная литература, посвящённая психологии подростка.

«Открытие» подросткового возраста в психологии по праву принадлежит С.Холлу. Основываясь на разработанной им теории рекапитуляции, С. Холл полагал, что подростковая стадия в развитии индивида соответствует эпохе романтизма в истории человечества и воспроизводит эпоху хаоса, когда природные устремление человека сталкиваются с требованиями социальной жизни. С. Холл впервые описал психологические особенности подросткового возраста. Согласно его представлениям, наиболее характерной чертой подростка является противоречивость поведения. Это проявляется в том, что чрезмерная активность подростков может привести к изнурению, безумная весёлость сменяется унынием, уверенность в себе переходит в неуверенность и сомнение в себе, эгоизм чередуется с альтруизмом, интенсивное общение сменяется замкнутостью, живая любознательность переходит в умственное равнодушие, страсть к чтению - в пренебрежение к нему и т.п. С. Холл ввёл в психологию представление о подростковом возрасте как кризисном периоде развития. Кризисные, негативные явления подросткового возраста С.Холл связывал с переходностью, промежуточностью данного периода в онтогенезе. Он исходил из представления о биологической обусловленности процессов развития в подростковом возрасте. Основания для такого объяснения были очевидны. Подростковый возраст характеризуется бурными изменениями во внешнем облике и в физиологии ребёнка. Изменения в автономии и физиологии подростка столь значительны, что для описания их учёные предпочитают использовать такие выражения, как «гормональная буря», «эндокринный шторм», «скачок роста» и т.д. Перестройка организма подростка происходит по всем направлениям: он интенсивно растёт, увеличивается масса тела и мышечная сила, развивается сердечно-сосудистая система. Подростковый возраст – начало периода полового созревания. Морфофункциональные изменения в организме подростков пробуждают в них новый интерес к представителям противоположного пола.

В ходе бурного роста и физиологической перестройки у подростка может возникнуть чувство тревоги, повышенная возбудимость, депрессия. Многие из них порой начинают чувствовать себя неуклюжими, неловкими из-за несоответствия темпов роста разных частей тела и резкой смены его пропорций. Появление первых признаков полового созревания нередко ведёт к переживаниям подростка, обусловленным тем, что уровень его физического развития иной, чем у сверстников.

Рост, вес и внешность являются серьёзными источниками тревоги для подростков. Подростки могут проявлять обеспокоенность любыми отклонениями от идеала, слишком ранним или поздним созреванием. Многие подростки исключительно чувствительны к своему внешнему виду и часами рассматривают себя в зеркале. Обычно мальчики озабочены своим низким ростом и малой физической силой; девочек беспокоит, что они слишком полные или слишком высокие.

В культурно-духовном контексте подростковый возраст рассматривал Э.Шпрангер. Особенности развития в подростковом возрасте объяснялись, исходя из внутренних закономерностей развития индивида, включённого в мир культуры и истории. Содержание подросткового возраста, по Э.Шпрангеру, составляет врастание человека в культуру, в дух данной эпохи. Широкое признание в психологии получило его представление о разнотипном характере перехода подростка во взрослую жизнь.

Э.Шпрангер описал три типа врастания подростка во взрослую жизнь, в культуру. Первый тип характеризуется резким, бурным, кризисным течением, переживается подростком как второе рождение, в итоге которого возникает новое Я. Второй тип - плавный, медленный постепенный рост, когда подросток приобщается к взрослой жизни без глубоких и серьёзных сдвигов в собственной личности. Третий тип представляет собой такой процесс развития, при котором подросток сам активно и сознательно формирует и воспитывает себя, преодолевая усилием воли внутренние тревоги и кризисы. Он характерен для подростков с высоким уровнем самоконтроля и самодисциплины.

Культурно-историческая традиция в изучении особенностей и закономерностей развития в подростковом возрасте была продолжена Л.С.Выготским. Он рассматривал проблему интересов подростков, называя её ключом ко всей проблеме психического развития в этом возрасте, так как здесь происходит разрушение и отмирание старых интересов и возникновение новых. Л.С. Выготский описал несколько основных групп интересов подростка, которые он назвал доминантами. Это «эгоцентрическая доминанта» - интерес подростка к собственной личности; «доминанта дали» - установка подростка на обширные, большие масштабы, которые для него гораздо более субъективно приемлемы, чем ближние, текущие, сегодняшние; «доминанта усилия» - тяга подростка к сопротивлению, преодолению, к волевым напряжениям, которые проявляются в упрямстве, борьбе против взрослых, протесте и других

негативных проявлениях; «доминанта романтики» - стремление подростка к неизвестному, рискованному, к приключениям, к героизму. Существенные изменения происходят в этом возрасте в развитии воображения, на передний план выходят фантазии, мечты.

С целью изучения этнической идентичности подростков нами организованно экспериментальное исследование на базе МОУ «Туринская средняя общеобразовательная школа №1 имени И. П. Увачана» в 2013 году. Выборка представлена 30 подростками в возрасте 12 – 14 лет. В качестве диагностического инструментария нами использовалась методика Дж. Финни, выявляющая выраженность этнической идентичности.

Характеризуя когнитивный компонент этнической идентичности, мы отмечаем, что его показатель у подростков имеет уровень выше среднего (10 баллов). Это свидетельствует о том, что подростки пользуются возможностью узнать о своей этнической группе, ее истории, традициях.

Следует отметить, что выявлен средний уровень аффективного компонента, результат которого говорит нам о том, что школьники знают о своем этническом происхождении и имеют понятие о том, что значит быть эвенком.

В ходе предварительных бесед с младшими подростками было выявлено, что они осведомлены о своем этносе. Анализируя ответы на вопрос «Какой национальности ваши родители», 80 % детей отвечали, что мама - эвенка, отец - русский, якут, украинец. Характеризуя типичного представителя данной национальности, большинство учащихся отметили наличие небольшого роста, узкого разреза глаз, темных волос, плотного телосложения. На ответ о духовно-нравственных особенностях эвенков, дети отметили такие качества, как: отзывчивость, доброта, дружелюбие, любовь к своему району, привязанность к семье. При описании праздников и традиций младшие подростки перечисляют: день Эвенкии, день оленевода, день рыбака, проводы зимы, день аборигена.

Таким образом, обращаясь к результатам исследования этнической идентичности можно сказать о том, что этническая идентичность является достаточно сложным образованием в самопознании личности, являясь одновременно целостным интегративным и многомерным психологическим феноменом, который оказывает влияние на представление личности о себе в целом, иерархии ценностей, стиль поведения и образа жизни. В новых социокультурных условиях она модифицируется, но продолжает иметь значение важнейшего фактора этносоциализации личности.

Список литературы:

1. Л. Ф. Обухова Возрастная психология Учебное пособие - М.: Педагогическое общество России. – 1999. - 442 с.
2. Г. У. Солдатова Психология межэтнической напряженности. – М.: Смысл, 1998. – 389 с.
3. Т. Г. Стефаненко Этнопсихология: учебник для вузов. – М.: Аспект Пресс, 2009. – 368 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН, ПЛАНИРУЮЩИХ ОТКАЗ ОТ РЕБЕНКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

М. А. Скоробогатова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

По данным Министерства образования и науки РФ Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей общая численность детей, оставшихся без попечения родителей, в последнее время имеет тенденцию к уменьшению. При этом одна из базовых задач демографической политики Российской Федерации состоит в сокращении числа детей-сирот и детей, находящихся в детских домах и интернатах. Президентом РФ поставлена задача создать необходимую инфраструктуру профилактической работы.

Сиротство как социальное явление существует столько же, сколько человеческое общество, и является неотъемлемым элементом цивилизации. Во все времена войны, эпидемии, стихийные бедствия, другие причины приводили к гибели родителей, вследствие чего дети становились сиротами. Видимо, с возникновением классового общества появляется и так называемое «социальное сиротство», когда дети лишаются попечения родителей в силу нежелания или невозможности осуществлять последними родительские обязанности, в силу чего родители отказываются от ребенка или устраняются от его воспитания.

Сиротство - социальное явление, характеризующее образ жизни детей, оставшихся без попечения родителей. Длительное время к сиротам относились дети, потерявшие родителей вследствие их смерти. Однако в XX-XXI веках во многих странах мира социально-экономические и нравственные процессы в обществе обусловили появление социального сиротства как социального явления, выражающегося в устранении родителей от обязанностей по отношению к своим детям.

Федеральный закон «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» использует несколько понятий детей-сирот, дающие возможность представить изучаемую проблему с разных сторон. Нам важно обратить внимание на проблему профилактики социального сиротства.

Социальные сироты - это дети, имеющие родителей, которые лишены родительских прав, страдают тяжёлыми хроническими заболеваниями, в том числе психическими, алкоголизмом, наркоманией и другие. Выделяется большая группа детей-сирот, от которых по различным причинам отказались родители (наиболее часто отказываются одинокие матери,

родившие детей вне брака, а также родители, у которых дети родились с нарушениями в психофизическом развитии).

Добровольный отказ родителей (чаще матери) от своего несовершеннолетнего ребенка, чаще всего это отказ от новорожденного в родильном доме. С юридической точки зрения отказ от ребенка – правовой акт, который официально подтверждается специальным юридическим документом. В течение 3-х месяцев родители (мать) могут изменить свое решение, и ребенок может быть возвращен в семью.

Проблема отказа матери от своего новорожденного ребенка - распространенное социальное явление. Роль социальных факторов в формировании искажений материнского поведения столь велика и очевидна, что многие исследователи непосредственно сводят именно к ним всю спорную проблему причинности социального сиротства.

Чаще всего выделяется две группы мотивов, по причине которых женщины отказываются от новорожденных детей. Одна из них, более многочисленная, – это трудная жизненная ситуация (отсутствие денег, жилья, неприятие родителей, категорический отказ мужа от ребенка). Другая группа с явными психологическими дефектами, нуждается в психологической и психиатрической помощи.

В исследованиях в области психологии материнства на современном этапе существует два основных направления изучения данного явления. Первое транслирует традиции психоаналитического и этологического направления. С этих позиций традиционно большее внимание уделено стимулам младенца, направленным на активизацию материнской заботы о нем. Второе направление – социально-культурологическое, в рамках которого изучаются культурно-исторические механизмы материнского поведения, переживания матери ставятся в зависимость от социальных норм материнства. При этом проблема готовности женщин к материнству остается весьма проблематичной. Вместе с тем, опыт многочисленных исследований в области отклоняющегося материнского поведения показывает, что на формирование готовности женщины к принятию новой социальной роли матери влияет огромное количество сложно взаимодействующих факторов, изменяющих и тем самым подготавливающих сознание и самосознание будущей матери к приему ребенка еще задолго до его рождения.

Эти факторы выделяются исследователями в этапы становления материнской потребностно-мотивационной сферы (Филиппова, 2002). На основании исследований по биологии и психологии материнства можно выделить шесть таких этапов развития: этап взаимодействия с собственной матерью, игровой, этап няньчания, этап дифференциации мотивационных основ материнской и половой сфер, взаимодействие с собственным ребенком и последний этап, на котором у матери образуется привязанность и любовь к ребенку как личности. Все эти этапы

имеют разные возрастные границы и разную роль в возникновении и развитии содержаний всех блоков материнской потребностно-мотивационной сферы. Например, первый этап (взаимодействие с собственной матерью) для человека охватывает практически всю жизнь, включая не только ранний онтогенез, отношения с матерью в процессе взросления и воспитания собственного ребенка, но и влияние образа матери на материнскую сферу женщины до конца ее жизни.

Г. Филиппова выделяет три основных потребности материнства. Во-первых, это *потребность во взаимодействии с объектом, носителем гештальта младенчества.* Потребность во взаимодействии с объектом, носителем гештальта младенчества, является ведущей и генетически исходной потребностью материнской сферы. На ее основе строятся остальные потребности. Под гештальтом младенчества подразумевается объект контакта матери, носитель специфических характерных стимулов, т. е. сам ребенок, наделенный определенными чертами. Вторая потребность – это *потребность в заботе и охране своего ребенка.* И третья потребность – *потребность в материнстве* – является самым сложным классом потребностей матери. Он подразумевает рефлексию своих состояний и стремление к их переживанию в процессе взаимодействия с ребенком.

Также Филипповой Г. выделяется содержание материнской потребностно-мотивационной сферы, состоящее из трех блоков: потребностно-эмоциональный блок – к нему относятся стимулы гештальта младенчества, эмоциональное отношение к ним, объект — носитель гештальта младенчества и эмоциональное отношение к нему как целостному объекту; операциональный блок - к этому блоку относятся операции ухода, кормления, общения, охраны, а также воспитательные средства, применяемые родителями; ценностно-смысловой блок - этот блок включает отношение матери к ребенку как самостоятельной ценности и ценность материнства как состояния «быть матерью».

Особенности материнской сферы являются относительно устойчивыми для каждой женщины, но для каждого конкретного ребенка они бывают разными. К моменту рождения ребенка у матери есть некоторый «стартовый уровень» содержаний всех блоков материнской сферы, обусловленный историей ее развития, включая опыт, полученный с предыдущими детьми.

Неблагоприятное для будущего материнства течение беременности, а также особенности поведения женщин, предрасполагающее к последующему отказу от ребенка, анализируются в работах В.И. Брутмана, М.С. Радионовой и др. (Брутман, Радионова, 1997) Они описывают исследования D.Pines, K.Bonnet, и других исследователей, посвященных этой проблеме. D. Pines предлагает объяснение, почему для некоторых женщин беременность завершается отказом от ребенка или другими

формами отклоняющегося материнского поведения. Она объединяет в единый комплекс такие черты, как инфантилизм, повышенную потребность в любви, связанную с чувством обделенности вниманием и заботой в детстве, сексуальную неразборчивость, эгоцентризм. Также для таких женщин характерным оказалось позднее обнаружение беременности во 2-м, даже в 3-м триместре беременности.

Одним из направлений изучения девиантного материнства является анализ особенностей матерей, которые были лишены возможности адекватного взаимодействия с детьми на первых этапах становления материнско-детской взаимосвязи (сепарация в связи с нарушением процесса родов, неонатальной патологией, преждевременными родами). Эти исследования показывают, что становление материнского отношения связано не только с историей жизни женщины и ее личностными качествами, но и особенностями ребенка и организацией послеродового взаимодействия с ним.

Для того, чтобы понять, чего же не хватает женщине для адекватного отношения к ребенку, необходимо рассмотреть этапы формирования материнской сферы именно с точки зрения нарушения ее содержания.

Период переживания идентификации беременности у женщин с нарушенной готовностью к материнству имеет свою специфику. Если это амбивалентное отношение, то оно характеризуется периодической сменой полярных эмоций, затягиванием решения о сохранении беременности. При осознании нежелательности беременности и невозможности ее прерывания возможны депрессивные или аффективные эпизоды, адресация к внешним причинам, мешающим принятию беременности. При этом обычны раннее появление соматических ощущений, связанных с беременностью, их сильная выраженность. В некоторых случаях в качестве причин своих состояний и переживаний расцениваются наличие соматических заболеваний, осложняющих беременность, семейные и социальные условия и т.п.

Филиппова Г. Г. выделяет шесть вариантов стилей переживания беременности: адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный и отвергающий. Для женщин, которые планируют отказа от ребенка в родильном доме характерны следующие стили переживания:

– игнорирующий – идентификация беременности слишком поздняя, сопровождается чувством досады или неприятного удивления; живот слишком маленький; соматический компонент либо не выражен совсем, либо состояние даже лучше, чем до беременности; динамики эмоционального состояния по триместрам либо на наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса;

– отвергающий – идентификация беременности сопровождается резкими отрицательными эмоциями; вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена; переживание всей

беременности как кары, помехи и т. п.; шевеление окрашено неприятными физиологическими ощущениями, сопровождается неудобством, брезгливостью; к концу беременности возможны всплески депрессивных или аффективных состояний.

Опираясь на характеристику этих стилей, используя дополнительную диагностику (например, тест на определение типа психологического компонента гестационной доминанты (Добряков, 2010), анкета «Изучение мотивов беременности» (Магденко, Кулешова, 2005), метод наблюдения, специалисты женской консультации могут провести своевременную коррекцию нарушения готовности к материнству.

Нарушения во взаимодействии матери с ребенком в период новорожденности имеют последствия не только для ребенка, но и для развития материнской сферы (Коваленко, 2000). Это касается и последствий сепарации, особенно длительной, о причинах которой мы писали выше. Но при адекватном стиле отношения к беременности это все со временем коррегируется и серьезных последствий не возникает.

Также отрицательно влияют на динамику развития материнского поведения и ее чувств к ребенку достаточно сильные нарушения во внешнем виде и поведении последнего (уродства, серьезная перинатальная патология, нарушения психики, в том числе и симптомы аутизма, свойственные недоношенным особенности внешнего вида и поведения, в частности непринятие ребенком прилегающей лозы при взятии на руки, отрицательная реакция на контакт и т.п.). В нашей работе встречались такие случаи, например, при желанной беременности женщина после родов узнает, что врачи ставят ее ребенку диагноз – синдром Дауна, и перед ней встает вопрос об отказе, который она так и не осуществила.

Таким образом, мы видим, что в настоящее время, такое явление как социальное сиротство связывается с целым комплексом причин: политических, социальных, медицинских, психологических и других. А значит, одной из актуальных и социально значимых задач, стоящих перед нашим обществом сегодня, является поиск путей снижения роста безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних, социального сиротства и повышения эффективности их профилактики.

Можно выделить несколько уровней профилактической деятельности в отношении социального сиротства:

– общесоциальный уровень (общая профилактика) предусматривает деятельность государства, общества, их институтов, направленную на разрешение противоречий в области экономики, социальной жизни, в нравственно-духовной сфере;
– специальный уровень (социально-педагогическая, социально-психологическая) состоит в целенаправленном воздействии на негативные факторы, связанные с отдельными видами отклонений или проблем;

– индивидуальный уровень (индивидуальная профилактика) представляет собой профилактическую деятельность в отношении конкретных лиц, поведение которых имеет черты отклонений или проблемности.

Эффективность осуществления психологической профилактики во многом определяется профессионализмом субъекта воздействия и комплексным характером профилактического применения. Профилактика создает предпосылки для процесса нормальной социализации личности, основывающегося на приоритете принципов законности и морали, тем самым закладывается фундамент благополучия в семьях и социальной стабильности общества в целом.

Принятие решения оставить своего ребенка у многих женщин сопровождается чувством психического напряжения, вины и собственной греховности. В таких случаях поведение женщины во время беременности можно рассматривать как своеобразные формы психологической защиты.

И какая бы ни была причина, побуждающая женщину принять решение отказаться от новорожденного ребенка, данный поступок является результатом и особой формой разрешения серьезного психологического конфликта за счет подавления одного из сильнейших природных инстинктов – инстинкта материнства. Это уже само по себе свидетельствует о силе деструктивных факторов, препятствующих его реализации, а также о качестве психологической защиты и структуры ее эмоциональной сферы. Поэтому, начиная работу с «отказницей», психолог должен видеть перед собой страдающую, испытывающую чувство вины женщину, женщину, переживающую тяжелую психическую травму, независимо от конкретных внешних форм ее поведения.

В результате опыта работы в родильном доме была признана эффективной следующая схема взаимодействия лиц, так или иначе задействованных в процессе принятия женщиной решения относительно родившегося ребенка. Чаще всего, женщина сообщает о планируемом отказе от ребенка уже после родов. Врач-неонатолог, который наблюдает этого новорожденного, передает эту информацию психологу, а также социальному работнику и юристу родильного дома. После чего проводится непосредственно консультационная работа с женщиной, планирующей отказ. В результате этой работы женщина либо начинает оформление документов на отказ от новорожденного, либо принимает решение сохранить семью. Во втором случае психолог сопровождает женщину вплоть до выписки из родильного дома и, по возможности, после.

Хочется отметить, что консультация с психологом должна быть проведена до встречи клиентки с социальным работником и юристом. Основанием к этому служит наличие специфических профессиональных умений, личностных особенностей специалиста-психолога. Если

с женщиной, планирующей отказ от новорожденного, проводят работу первые социальный работник или юрист, то есть вероятность того, что информация, которая будет поступать от них к клиентке, не будет воспринята с должным вниманием, поскольку женщина не готова думать о ситуации в ключе сохранения семьи. Социальный работник и юрист влияют на процесс принятия окончательного решения и их работа, безусловно, важна, но в данном случае мы должны сделать упор на первый контакт и разговор женщины о ее ребенке и его дальнейшей судьбе.

И для того, чтобы этот контакт был максимально эффективным, психолог должен обладать следующими умениями, личностными особенностями, которые помогают быть эффективным в работе: сочувствие, интерес к ситуации, симпатия к женщине, желание работать, дружелюбность, мягкость в общении, интуиция, эмоциональность, проницательность, тактичность, гибкость, конгруэнтность.

Опираясь на опыт работы с женщинами, планирующими отказ от новорожденного, мы можем предложить следующую структуру консультации:

1. Приветствие, знакомство. В данном случае психолог уже знает ФИО клиентки, ее возраст, зачастую в общих чертах ему известен род ее занятий, состав семьи (наличие детей, официального брака). Поэтому психолог больше нуждается в представлении для установления контакта. Таким образом, психолог сообщает клиентке свое имя, должность, цели своего посещения. При этом мы должны помнить, что целью работы с такими женщинами является принятие обдуманного решения относительно судьбы своего ребенка.

2. Присоединение. По сути, оно начинается со знакомства, происходит первоначально через подстройку по темпу речи, речевые обороты и т.д. и затем выходит на уровень поведения, психолог ищет «схожести» с клиенткой.

3. Переход к проблеме. В данном случае, начало разговора о причинах отказа. Специалист не обязательно напрямую задает вопрос, почему женщина «хочет» отказаться от ребенка. Слово «хочет» взято нами в кавычки сознательно, поскольку опыт работы показывает, что искренне желание оставить ребенка на попечение государству практически не встречается. Поэтому начиная разговор о причинах планируемого отказа лучше формулировать вопросы следующим образом: «Что заставляет делать вас думать об отказе от ребенка?», «Какова Ваша жизненная ситуация, что вынуждает Вас писать отказ?» и т.п.

4. Работа над проблемой - собственно, над тем, что мешает принять решение относительно судьбы ребенка. Здесь психолог использует техники, рекомендованные ниже. А также это могут быть другие техники, которые будут эффективны и помогут клиентке принять осознанное решение.

5. Итоги работы, обговаривается позитивный результат данной консультации, договор о следующей консультации (если таковая необходима и возможна).

Когда психолог начинает работать с женщиной, планирующей отказ, то ему, прежде всего, необходимо определиться для себя, какие чувства преобладают у него во время консультации. Потому как есть чувства, которые помогут наиболее эффективно провести работу с женщиной, а есть чувства, которые будут мешать работе и могут сделать ее неэффективной.

Те чувства и эмоции, которые делают процесс консультации более эффективным – интерес, симпатия, увлеченность, филия (дружественность, расположение), энтузиазм (в данном случае, состояние воодушевления, которое способствует желанию достигать поставленной цели).

Те чувства и эмоции, которые делают процесс консультации менее эффективным – враждебность, неприятие, пренебрежение, скука, раздражение, антипатия. Если специалист испытывает хотя бы одну из вышеперечисленных эмоций (чувств), следует отложить консультацию, под благовидным для клиентки предлогом. И возобновить ее только тогда, когда психолог поймет, что же в работе с данным человеком заставляет его испытывать негативные эмоции. Поймет и «проработает» в себе эти чувства, т.е. изменит отношение к женщине, к ее проблемной ситуации.

Для принятия решения относительно дальнейшей судьбы ребенка важна также позиция родственников по этому вопросу. И если они не оказывают поддержку женщине, то ей очень сложно, так как родственники в данном случае являются это дополнительным ресурсом. Иногда мнение родственников может стать решающим, особенно в тех случаях, если решение зависит как раз от них (например, если клиентка не является дееспособной в силу возраста).

Можно сказать, что когда мы начинаем работать с такими женщинами, главное позитивный настрой на клиента. Воспринимать женщину необходимо как человека, которому тяжело принять решение, нуждающегося в поддержке. И главное, показать ей, что мы верим ей и в нее. Необходимо относиться с доверием к словам клиентки. Огромным ресурсом для женщины является поддержка, оказываемая специалистом, поскольку женщины в большинстве своем сами очень негативно относятся к себе, как к матери, которой пришла в голову мысль отказаться от малыша. И они все больше и больше погружаются в чувство вины, что не дает им рассматривать другие варианты исхода событий. Им сложно самим снять с себя этот ярлык, а когда они видят, что человек их понимает и готов оказать им поддержку, тогда они готовы бороться.

В заключении хочется обратить особое внимание на тот факт, что целью данной профилактической работы является принятие осознанного решения в отношении дальнейшей судьбы новорожденного.

Список литературы:

1. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. 1997. № 6. – С. 38-47.
2. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002. № 1. – С. 59-68.
3. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери/Пер. с англ. Н.М. Падалко. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
4. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб.: «Питер»,2010.
5. Коваленко Н.П. Перинатальная психология. – СПб., 2000.
6. Магденко О.В., Кулешова Ю.Г. Психопрофилактика и двигательная активность в период беременности. – Новосибирск; НГУ, 2005.
7. Усыновление в России. Интернет-проект Министерства Образования и науки РФ. Департамент государственной политики в сфере защиты прав детей. Статистика. 2011. – URL: http:// http://www.usynovite.ru/statistics/2011
8. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – URL: http://psylib.myword.ru

ТЕХНИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН, ПЛАНИРУЮЩИХ ОТКАЗ ОТ РЕБЕНКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

М. А. Скоробогатова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Одним из основополагающих условий, порождающих социальное сиротство, является кризис современной семьи. Он негативно отразился на состоянии детства в стране, приведя к росту социального сиротства и увеличению числа таких специфических учреждений, как детские дома и школы-интернаты. Семья является для ребенка группой соотнесения, он идентифицируется с нею, создает и сохраняет принятые в ней взгляды, установки, обычаи, образцы поведения и общения. К сожалению, дети-сироты, не имеющие положительного опыта семейной жизни, воспитывающиеся в государственных учреждениях, впоследствии очень часто сами оставляют своих новорожденных детей на попечение государственных структур.

В то же время, появление специальности «клиническая психология» и работа таких специалистов в лечебно-профилаткических учреждениях, в сфере социальной помощи населению и сфер образования открывают большие возможности для профилактики социального сиротства.

Работа с женщинами, планирующими отказ от новорожденного ребенка начала проводиться в МБУЗ Родильный Дом №1 г. Красноярска с декабря 2009 года. Эту работу инициировала и активно поддерживает

администрация родильного дома. Также врачи детского отделения не стоят в стороне, и активно принимают участие в судьбе новорожденного.

Технология консультирования явилась результатом анализа консультаций, большинство из которых мы можем считать эффективными для психологического состояния женщины и ее новорожденного ребенка (62% женщин, получивших консультацию психолога, приняли решение оставить ребенка в семье). У психолога, работающего с такими женщинами желательно отсутствие убеждения, что женщина обязательно должна забрать ребенка домой. Потому как это уже изначально может вызвать давление на мнение женщины. Если говорить о женщинах, вставших перед выбором, то по опыту работы 99% из них винят себя в том, что собираются сделать. Они сами негативно к себе относятся, некоторые, по высказываниям, выражают ненависть к себе. И для эффективной работы необходимо присоединиться к их эмоциональному состоянию, т.е поставить себя на их место, что бы сделали в их ситуации? А если нам в голову приходит мысль – «я бы отказываться не стала» – подумайте – какие ресурсы, возможности помогают нам сделать такой выбор. И тогда поделитесь ими с женщиной (но только после того, как установите контакт, как она начнет высказывать свои соображения по поводу дальнейших действий), или поймите, что она ими не обладает (например, наличие работы, собственного жилья, поддержки близких – это может у женщины отсутствовать).

Мы можем выделить следующие техники работы с женщинами, планирующими отказ от новорожденного.

Подстройка (Деркс, Холландер, 2000).

Крайне важно осуществить эффективную подстройку к клиентке, планирующей отказ от ребенка. От этого зависит эффективность консультации. Вы можете применить много техник, которые описаны ниже как эффективные в данной работе, но они принесут мало результата, так как психолог забыл о подстройке.

Целями подстройки является – создание ситуации, в которой человек восприимчив к воздействиям извне (то есть воздействиям психолога) и новым идеям, за счет повышения чувства ценности клиента; ослабление сознательных ограничений и стереотипов.

Существуют шаблоны для осуществления подстройки:

1. Подстройка по характерным для клиента словам, которые описывают действия и отношения.
2. Отражение действий клиента (позы, выражения лица, тонуса мышц, наиболее заметных движений тела, тона голоса, особенностей интонации, ритма дыхания, пульса).
3. Необходимо дать понять клиенту, что вы понимаете ту ситуацию (тот мир), в которой оказалась (живет) клиентка и какие проблемы с ней связаны.

Присоединится к клиентской ситуации возможно через:

1. Содержание (т.е. на уровне индивидуальных убеждений, ценностей, критериев)
2. Поведение
3. И культуру (на уровне семейных, субкультурных и культурных стереотипов)

Элементы подстройки:

1. Поза.
2. Движения и жесты.
3. Тон, тип и ритм речи.
4. Выражение эмоций.
5. Темп, ритм, тип и амплитуда дыхания. (Когда человек говорит, он выдыхает. Чтобы присоединиться к нему, начните выдыхать, когда клиентка говорит. Когда она вдыхает, вдыхайте и вы. Говорите, когда она выдыхает, и вдыхайте вместе с ней. Если вам трудно уловить паттерны дыхания, обратите внимание на плечи клиентки. Поднятие и опускание плеч выдаст ее паттерн дыхания)
6. Слова, обозначающие действие, отношение клиента к чему-либо.
7. Культурные стереотипы.
8. Критерии и ценности.

Подстройка происходит через 2 основных процесса: присоединение и отзеркаливание. Разница между ними заключается в следующем. Когда вы отзеркаливаете кого-нибудь, вы «становитесь» его зеркальным отражением. Если человек положил правую ногу на левую, вы кладете левую ногу на правую. Поскольку, когда вы располагаетесь напротив человека лицом к нему, ваши направления противоположны его направлениям, вы отзеркаливаете его, скрещивая ноги противоположным образом. При отзеркаливании разговора вы возвращаете ему в точности те же слова, которые он использовал раньше.Если вы присоединяетесь к чьим-либо словам, вы не возвращаете их человеку в абсолютно той же форме. Вместо этого вы присоединяетесь к основной репрезентативной (визуальной, аудиальной, кинестетической) системе собеседника. Если он говорит: «Я не **представляю,** о чем ты говоришь», - при присоединении вы отвечаете так: «Ну конечно. Давай я **покажу тебе**, что я имею в виду». Отзеркаливание звучало бы так: «Я знаю, что ты не представляешь, о чем я говорю». При присоединении к физиологии человека, который положил правую ногу на левую, вы присоединились бы к нему, если бы тоже положили правую ногу на левую. Это похоже на перекрестное отзеркаливание. При отзеркаливании мы в точности повторяем действия человека; присоединение же осуществляется на более общем уровне.

Как можно узнать, что вы осуществили подстройку? Можно выделить пять признаков эффективной подстройки (Деркс, Холландер, 2000):

1. Проверьте присоединение к физиологии, тональности голоса и лексике человека.

2. Обратите внимание на наличие специфических внутренних ощущений, например, в области живота. Сначала это ощущение может сопровождаться дискомфортом. Впоследствии вы, возможно, будете ощущать его как теплоту согласия с другим человеком.

3. Примерно в течение минуты после появления у вас этого ощущения вы можете заметить изменение цвета лица клиентки. Вы можете почувствовать появление румянца и у себя.

4. Вы можете услышать слова, указывающие на то, что клиентка ощущает единство с вами: «Я чувствую себя так, как будто мы давно знакомы», «Мне так легко разговаривать с вами». Это часто является выражением межличностного состояния двух людей, установивших подстройку. Каждый чувствует себя в присутствии другого «как дома».

5. Вы можете вести клиентку, а она будет следовать за вами. Это является достоверным признаком эффективной подстройки. Проверьте ее наличие, произведя какие-нибудь действия: попытайтесь вызвать у человека двигательную или вербальную реакцию. Если вы почешете ухо, при хорошей подстройке женщина сделает то же самое. Если вы смените позу, признак будет заключаться в том, что ваша клиентка в скором времени сделает то же самое. Мы можем сделать то же и с предметом разговора. Женщина последовала за вами? Значит, вы осуществили подстройку.

Позиции восприятия (Деркс, Холландер, 2000).

Для того, чтобы быть наиболее эффективным в работе с женщиной, планирующей отказ от новорожденного, необходимо ознакомиться с таким понятием как позиции восприятия. Их существует 3: 1-я – Я – оценка событий со своей собственной точки зрения, связанная с вашей системой ценностей (т.е. внешний мир вашими глазами, ушами, чувствами); 2-я позиция – Другой – оценка событий с точки зрения другого человека, связанная с его системой ценностей (т.е. внешний мир чужими глазами, ушами, чувствами); 3-я – Наблюдатель – оценка событий с точки зрения независимого наблюдателя, не связанная с убеждениями и предположениями 1 и 2 позиции (как будто видеосъемка).

Работая с клиенткой, мы стараемся представить, что в данной ситуации будет видеть, слышать, чувствовать она. Находясь во второй позиции, мы представляем себя в ее теле. В этой позиции мы представляем, что смотрим на себя чужими глазами. Как мы выглядим, как звучит голос и какие ощущения мы испытываем с точки зрения другого человека? Во второй позиции у нас развивается способность к эмпатии.

Как показывает практика, работа эффективна, когда психолог работает с клиенткой, находясь во 2-й позиции, т.е. им осуществлена подстройка на глубоком уровне ценностных ориентиров. Таким образом, переход во вторую позицию невозможен без осуществления подстройки.

Наш опыт работы позволяет заметить, работа с женщиной, планирующей отказ от новорожденного максимально эффективна в том случае, если качественно осуществлена подстройка и специалист ведет работу во второй позиции восприятия.

Визуально-кинестетическая диссоциация (Деркс, Холландер, 2000).

Применяется в ситуациях, когда женщина не может избавиться от негативных чувств или неприятных воспоминаний, и это мешает принять ей решение относительно судьбы ребенка. Например, негативные переживания относительно отца ребенка, высказываний своих родственников относительно ее беременности, и конечно же, относительно самой ситуации принятия решения. Психолог, применяю данную технику, помогает женщине посмотреть со стороны на ситуацию, что способствует более адекватному взгляду и оценке сложившейся ситуации.

Модель SCORE (Дилтс, 1998).

Расшифровка аббревиатуры SCORE:

Symptom – симптомы – настоящая ситуация, то, что не устраивает сейчас, как проявляется проблема на данный момент;

Causes – причины – то есть то, почему возникла ситуация;

Outcomes – результаты – это конкретная цель или желаемое состояние, которое должно прийти на смену проблемной ситуации;

Resources – ресурсы – это элементы, ответственные за устранение причин проблемной ситуации и достижение желаемых результатов;

Effects – эффекты – это более долговременные следствия достижения конкретного результата. Положительные эффекты обычно являются причиной или мотивацией достижения результата.

Данная модель позволяет рассмотреть проблемную ситуацию с разных сторон в системе, комплексно и прийти к конкретному решению. Бывает эффективна в том случае, когда возможность консультирования ограниченна временными рамками и женщина склоняется в пользу решения о сохранении семьи, есть лишь небольшие затруднения.

Рефрейминг. Техника «встраивание новой части» (Бэндлер, Гриндер, 2001).

Рефрейминг – изменение смысла или отношения к какому-либо утверждению, ситуации, поведению. Техника «встраивание новой части» может быть эффективна в ситуации, когда женщина, планирующая отказ от новорожденного, не может представить себя матерью, и отсутствие этого представления мешает ей принять адекватное решение.

Поиск ресурсного состояния (Деркс, Холландер, 2000).

Данная техника применяется в случае, если клиентка уже приняла решение быть вместе с ребенком, но не знает, как сказать об этом родителям. Или ей все еще не хватает уверенности в решении. Тогда этой техникой мы даем ей основные ресурсные состояния (по ее запросу): уверенность, гибкость, целеустремленность, свободу, целенаправленность, целостность, взрослость и т.п.

Метафора.

Метафора (история) – это структурное изменение, посредством которого слушатель воспринимает переживания о повествования. Метафора включает в себя наличие главных героев, действующих лиц, драматизм событий, канву повествования, следующую согласно определенному протоколу и завершающуюся определенным выводом. Она призвана помочь слушателю узнать в ней себя и добавить характерные детали своей личности к определенным переживаниям, предлагаемым повествованием.

Метафора (история) должна быть:

– безобидна и занимательна;
– помочь слушателю чувствовать себя свободно;
– помочь преодолеть естественное сопротивление переменам;
– помочь психологу установить характер взаимоотношений с клиенткой;
– стимулировать гибкость реакций;
– оставлять след в памяти и тем самым закреплять в сознании внушенную мысль.

Метафора может рассказываться от 3 лица. Для усиления эффекта (подстройка, изменения характера взаимоотношений, переосмысления и др.) психолог может рассказывать метафору от своего лица.

Фокусы языка (Дилтс, 2002).

Фокусы языка – это основные речевые паттерны, применяющихся для создания у человека новых убеждений и изменения уже существующих.

«Фокусы языка» — увлекательнейший предмет. Их сила и ценность заключаются в том, что с их помощью можно научиться говорить нужные слова в нужное время — без помощи формальных техник или специальных контекстов (традиционно связываемых с терапией или дискуссиями)».

Цели применения фокусов языка:

1. Переключение с проблемы на результат.
2. Переключение внимания с ошибки на обратную связь.
3. Переключеие внимания с невозможности на «как если бы».

Элементы базовой стратегии применения фокусов языка включают в себя, прежде всего, предположение позитивного намерения, лежащего в основе ограничивающего убеждения, и поддерживающих его ценностей и критериев. И в дальнейшем, поиск альтернативных, более приемлимых и полезных способов удовлетворения этих позитивных намерений.

Нередко психолог, работающий с женщинами, планирующими отказ от новорожденного, может сталкиваться с сопротивлением с их стороны. Оно может выражаться в открытой форме, как отказ от разговора или дальнейшего обсуждения проблемы. А также это может быть

внутреннее сопротивление, которое проявляется в невозможности представить другую ситуацию развития, барьеры. В данном случае клиентка говорит о том, что она, конечно же, не против того, чтобы забрать ребенка, но есть много «НО». И задача психолога помочь клиентке выработать альтернативное видение ситуации, в комфортном для нее состоянии. Иначе решение клиентки не будет истинным ее желанием. В связи с этим предлагаем вам 5 шагов преодоления сопротивления клиентов (Кузин, 2007):

1. Договориться с клиенткой, в чем же проблема (т.е. предмет консультации). «Правильно ли я понимаю, что если Вы хотя бы …, то будет уже лучше?»
2. Договориться по поводу направления решения. Психологу здесь необходимо понимать, что цель должна выбрать сама клиентка. И формулировка цели может совсем не касаться ребенка, но решая одну задачу, решит и вопрос о его дальнейшей судьбе.
3. Предложить такое решение, которое показало бы альтернативное видение проблемы.
4. Если клиентка имеет маленькое «ДА» и большое «НО», обязательно ответить на возникающие у нее вопросы. Поможет определение цели, как цели краткосрочной, ненадолго, предложить маленькие изменения вместо глобальных.
5. Технические трудности: «ДА» большое, «НО» маленькое. Психолог задает вопросы клиентке – понимаете, что делать? Понимаете, как делать? Понимаете, зачем? Почему может не получиться?

Из опыта работы нам стало ясно, что желание отказаться от своего только что рожденного ребенка после работы с психологом лечебного учреждения часто пропадает. Данный факт может говорить о том, что нарушение готовности к материнству наиболее эффективно поддается коррекции в послеродовом периоде и периоде новорожденности. Про такие случаи желаемых отказов можно сказать, что они связаны с временными трудностями в жизни женщины и при должной помощи со стороны специалистов, будь то психолог, юрист или социальный работник, эти трудности успешно преодолеваются. В тоже время, мы можем предположить, что единожды возникнув, такая мысль опять может появиться в голове таких женщин при появлении новых жизненных трудностей. Чтобы этого избежать, необходимо, чтобы психолог и социальный работник, работавшие с женщиной после рождения ребенка, с определенной периодичностью общались с ней. Мы можем говорить не о полноценном консультировании, а о простой беседе по телефону, которая даст клиентке ощущение поддержки, ведь она, ее ребенок и ее жизненная ситуация небезразличны человеку, который с ней работал. Такое участие может быть важным для нее и явится профилактикой отказа в дальнейшем.

На данном этапе психологическое консультирование женщин, планирующих отказ от новорожденного, продолжается. Помощь женщине в осознании своих чувств, желаний и возможностей осуществляется квалифицированными специалистами, что дает высокую эффективность работы. И это, безусловно, один из способов профилактики социального сиротства, которое является актуальной проблемой не только для территории г. Красноярска и Красноярского края, но и всей России.

Список литературы:

1. Андреас К., Андреас С. Сердце разума. Практическое использование методов НЛП/Пер. с англ. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001.
2. Бэндлер Р., Гриндер Дж. Рефрейминг. Ориентация личности с помощью речевых стратегий/Пер. с англ. И.М. Ребейко. – Воронеж: НПО МОДЭК, 2001.
3. Боденхамер Б., Холл М. НЛП-практик: полный сертификационный курс. Учебник магии НЛП/Пер. с англ. С. Комаров. – СПб.: «Прайм-Еврознак», 2006.
4. Горин С. НЛП: Техники россыпью. – М.: издательство «КСП+», 2004.
5. Деркс Л., Холландер Я. Сущность НЛП. Ключи к личностному развитию/Пер. с англ. – М.: издательство «КСП+», 2000.
6. Дилтс Р. Стратегии гениев. Т. 1. Аристотель, Шерлок Холмс, Уолт Дисней, Вольфганг Амадей Моцарт/Пер. с англ. В.П. Чурсина. – М.: Независимое издательство «Класс», 1998.
7. Дилтс Р. Фокусы языка. Изменение убеждений с помощью НЛП/Пер. с англ. – СПб.: «Питер», 2002.
8. Косарева И.О., Таркина О.В. Нарративный подход в психологическом сопровождении беременности. – Самара: Универс групп, 2006.
9. Кузин А.Ю. Индивидуальное психологическое консультирование. – Томск: НОУ ЦПК «Семейное консультирование», 2007.

ГЕНДЕРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СООТНОШЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СЧАСТЬЕ И ТЕМПЕРАМЕНТА

Ю. М. Смирнова, Ю. В. Живаева

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Все люди хотят быть счастливыми, и это, наверное, одно из самых сокровенных желаний человека. Счастье может быть стойким, или, наоборот, внезапным и непродолжительным. С древнейших времен мыслители спорят между собой, что такое счастье, какими способами можно его достичь и что делает людей счастливыми или несчастливыми.

Феномен счастья полон парадоксов. Один из самых известных и психологически заостренных гласит: «чем больше человек стремится к счастью как цели жизни, тем дальше он от него удаляется» (Джидарьян И. А.,2001). Не менее парадоксальны с точки зрения житейских представлений и такие эмпирически подтвержденные факты,

что пожилые люди часто бывают счастливее молодых, или – что счастье не связано напрямую с материальным достатком (счастлив может быть и бедняк, а миллионер – наоборот, несчастен). Как альтернатива депрессии, а следовательно и связанному с ней пессимизму, счастье соответствует оптимизму. Общность понятий «счастье» и «оптимизм» очевидна; это дает основание многим авторам рассматривать оптимизм в качестве структурной составляющей счастья в его широком значении. Тем не менее, оптимизм, пересекаясь и даже совпадая по многим свои характеристикам со счастьем, по сути дела является самостоятельным и уникальным феноменом человеческой психики и личности. Уникальность оптимизма заключается прежде всего в том, что он включает в себя «векторный» компонент жизни, отражающий движение от настоящего к будущему, движение человеческого духа «вперед и выше». Именно этой своей ориентацией на лучшее будущее, верой в него, оптимизм отличается от счастья как состояния радости и удовлетворения настоящим. В тоже время без оптимизма счастье не является полноценным, т.к. перспективы на будущее, чувство веры и надежды имеют для него решающее значение. Равным образом и оптимистическое сознание предполагает уверенность человека в достижении более полного счастья и возможность быть счастливым не только в настоящем, но и в будущем

Несомненно, изучая проблематику счастья, ученые определяют акценты на личностных характеристиках человека, особенностях его характера. Безусловно, в этом контексте интересно понимание учеными такой категории как темперамент человека. Начиная с Гиппократа считалось, что реакции человека на внешние события зависят от того, какой жидкости больше в его организме («соотношение частей»- это и есть сочетание разных жидкостей в нашем теле). Если преобладает кровь, человек становится в меру активным, живым и общительным. Его называют сангвиник. Когда в организме преобладает лимфа, это ведёт к неспешности, невозмутимому спокойствию, медлительности. Такого человека называют флегматик. Если преобладает желчь, что внешне проявляется в неуёмной активности, бурной реакции на внешние обстоятельства, суетливости, - это холерик. А когда преобладает так называемая «черная желчь» (на самом деле такой жидкости в организме нет, однако древние греки верили в её существование) - человек становится очень чувствительным ко всему происходящему вокруг, слишком чутко на всё реагирует. Его называют меланхолик. Утверждение о столь прямой зависимости темперамента от жидкостей в нашем организме с современных научных позиций может выглядеть довольно наивным. Однако древние греки очень точно подметили характерные типы людей по их реакциям на происходящее вокруг. Поэтому отмеченные ими 4 типа темперамента до сих пор используются при описании психологических различий между людьми.

Известный российский ученый академик И.П.Павлов доказал, что физиологической основой темперамента является тип высшей нервной деятельности, определяемый соотношением основных свойств нервной системы: силы, уравновешенности и подвижности процессов возбуждения и торможения, протекающих в нервной системе. Тип нервной системы является генотипом, т.е. наследственным типом. И.П.Павлов выделил 4 четко очерченных типа нервной системы, т.е. определенных комплексов основных свойств нервных процессов.

Слабый тип характеризуется слабостью как возбудительного, так и тормозного процессов – меланхолик. Сильный неуравновешенный тип характеризуется сильным раздражительным процессом и относительно сильным процессом торможения – холерик, «безудержный» тип. Сильный уравновешенный подвижный тип – сангвиник, «живой» тип. Сильный уравновешенный, но с инертными нервными процессами – флегматик, «спокойный» тип. Описание особенностей различных темпераментов может помочь разобраться в чертах темперамента человека, если они четко выражены, но люди с резко выраженными чертами определенного темперамента не так уж часто встречаются, чаще всего у людей бывает смешанный темперамент в различных сочетаниях. Но преобладание черт какого-либо типа темперамента дает возможность отнести темперамент человека к тому или иному типу (Нартова-Бочавер С.К., 2008).

И наконец, мы считаем целесообразным, изучать соотношение показателей представления о счастье, с темпераментом человека учитывая гендерные различия, потому что во все времена и во всех культурах одним из самых распространенных способов классификации людей было деление на мужчин и женщин. Согласно теории, разработанной В.А. Геодакяном, с эволюционной точки зрения дифференциация полов связана с их специализацией, цель которой состоит в наилучшем приспособлении к среде и выживании. По мнению Нартова-Бочавер С.К. консервативная специализация присуща женскому организму, а оперативная - мужскому. Организм женских особей обладает более широкой нормой реакции, т.е. способностью сочетать в своем поведении несколько стратегий. Мужская выборка обладает специализированным поведением, которое можно назвать менее пластичным и гибким. Различия в признаках мужчин и женщин называются половым диморфизмом. В стабильной среде половой диморфизм отсутствует. В изменчивой, нестабильной среде появляется половой диморфизм, который возрастает в следующих поколениях (Нартова-Бочавер С.К. 2008, с. 168).

Маскулинность и фемининность определяют нашу гендерную идентичность и напрямую связаны с нашими представлениями о себе и других. М и Ж существенно отличаются друг от друга не только по физическим и физиологическим характеристикам, но и по психологическимим свойствам, чертам личности и особенностям поведения. Мужской образ –

набор черт, связанных с компетенцией и рациональными способностями, активностью и эффективностью. Женский образ, напротив, включает в себя такие черты как эмоциональная поддержка, теплота чувств, он ориентирован на социальные и коммуникативные умения. Таким образом, в нашем исследовании мы поставили перед собой цель изучить соотношение показателей представления о счастье с темпераментом у мужчин и женщин.

Выборка исследования представлена 25 мужчинами и 25 женщинами, которые проходили процедуру он-лайн тестирования по психологическому тестированию на сайте КрасГМУ. Исследование анонимно, нам представлены показатели и разделение на мужчин и женщин по ответам исследуемых. Методы исследования:

- тестовая методика: «Личностный опросник» Яна Стреляу направлена на изучение трех основных характеристик нервной деятельности, определяющих темпераментные особенности личности: 1) уровня процессов возбуждения, 2) уровня процессов торможения, 3) уровня подвижности нервных процессов (способность нервных процессов быстро сменять друг друга). Тест содержит три шкалы, которые реализованы в виде перечня из 134 вопросов, и предназначен для изучения типа нервной деятельности лиц юношеского возраста и взрослых.
- тестовая методика: опросник «Сферы жизни и уровень счастья» А. Кэмпбелла. Предлагается список из 8-ми сфер жизни, которые нужно расставить в порядке личной значимости, где 1-е место означает самую высокую значимость, 8-е - наименьшую в списке.

В ходе нашего исследования по методике «Личностный опросник» Я. Стреляу (диагностика темперамента) выявлено, что для 80% исследуемых мужчин и 68% исследуемых женщин характерен высокий уровень процессов возбуждения, что означает сильную ответную реакцию на возбуждение, стимул; быструю включаемость в работу и достижение высокой производительности; низкая утомляемость; высокая производительность и выносливость.

Для 16% исследуемых мужчин и 32% исследуемых женщин характерен средний уровень процессов возбуждения. Низкий уровень выявлен только у 4% исследуемых мужчин, что указывает на слабую и запоздалую реакцию возбуждения. Для характеризуемых исследуемых свойственно то, что быстро достигается запредельное торможение (вплоть до ступора, отказа в работе) ; высокая утомляемость, низкая работоспособность. Высокий уровень процессов торможения выявлен у 80% исследуемых мужчин и 76% исследуемых женщин, что характеризует особенности функционирования ВНД этих исследуемых следующим образом: сильные нервные процессы со стороны торможения; быстрое реагирование

ответным действиям на простые сенсорные сигналы, хорошая реакция; высокий самоконтроль, собранность, бдительность, хладнокровие Ъ/в поведенческих реакциях.

Средний уровень характерен для 20% исследуемых мужчин и 24% исследуемых женщин. Подвижность нервных процессов высокого уровня характерна для 72% исследуемых мужчин и для 80% исследуемых женщин, что указывает на легкость переключения нервных процессов от возбуждения к торможению и наоборот; быстрый переход от одних видов деятельности к другим, решительность, смелость в поведенческих реакциях. Уравновешенностью обладают 56% исследуемых мужчин и 32% исследуемых женщин. Неуравновешенность в сторону возбуждения характерна для 24% исследуемых мужчин и для 40% женщин, что указывает на вероятность неуравновешенного поведения, сильные кратковременные эмоциональные переживания, неустойчивое настроение, слабое терпение, агрессивное поведение, рискованность. Неуравновешенность в сторону торможения характерна для 20% исследуемых мужчин и 28% исследуемых женщин, что означает устойчивое настроение, слабые эмоциональные переживания, хорошее терпение, сдержанность, хладнокровие, невозмутимое отношение к опасности, хорошая помехоустойчивость.

По методике «Сферы жизни и уровень счастья» (А. Кэмпбелла) выявлено, что для 36% исследуемых мужчин и 48% исследуемых женщин характерен высокий уровень счастья (человек чувствует себя счастливым). Средний уровень счастья характерен для 40% исследуемых мужчин и 28% исследуемых женщин. Низкий уровень счастья выявлен у 24% исследуемых мужчин и у 24% исследуемых женщин. Высокий уровень мотивации характерен для 24% исследуемых мужчин и 28% исследуемых женщин. Средний уровень мотивации выявлен у 52% исследуемых мужчин и 44% исследуемых женщин. Низким уровнем мотивации обладают 24% исследуемых мужчин и 28% исследуемых женщин.

При соотношении результатов исследования по методикам «Сферы жизни и уровень счастья» (А. Кэмпбелла) и «Личностный опросник» (Я. Стреляу) у мужчин и женщин выявлена следующая закономерность: чем выше показатели по одной методике определяющей основные характеристики нервной деятельности (темпераментные особенности личности) тем выше уровень счастья, как у мужчин, так и у женщин.

Список литературы:

1. Аргайл М. Психология счастья. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2003.
2. Джидарьян И.А. Представление о счастье в российском менталитете. - СПб.: Алетейя, 2001.
3. Нартова-Бочавер С.К. Дифференциальная психология. – М.: Флинта; МПСИ, 2008.
4. Эммонс Р. Психология высших устремлений: мотивация и духовность личности / Под ред. Д.А.Леонтьева. - М, 2004.

СУВЕРЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ КАК ОСНОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Р. А. Сурвила

Лесосибирский педагогический институт – филиал ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

В настоящее время в современной российской науке одним из актуальных предметов исследования является здоровье человека. Долгое время здоровье рассматривалось в рамках биологии человека, медицинской науки. В последние десятилетия появляются новые области исследования, предметом изучения которых является здоровье. В последние десятилетия активно развивается психология здоровья как самостоятельное психологическое направление. Психология здоровья - это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития (Ананьев, 2000).

В центре внимания психологов находятся различные уровни здоровья: психическое, психологическое, социальное. Относительно категории личности изучается феномен «психологическое здоровье», которое, по мнению И. В. Дубровиной, относится к личности в целом и находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа (Дубровина, 1997).

О.В.Хухлаева формулирует определение психологического здоровья как “динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества и являющихся предпосылкой ориентации индивида на выполнение своей жизненной задачи, самоактуализацию” (Амбросьева, 2008).

По определению В.Э.Пахальяна, психологическое здоровье – это “динамическое состояние внутреннего благополучия (согласованности), которое позволяет человеку актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности на любом этапе» (Гаврилина, 2002).

Остановимся на определении И.В.Дубровиной, в соответствии с которым психологическое здоровье – это “психологические аспекты психического здоровья, то есть совокупность личностных характеристик, являющихся предпосылками стрессоустойчивости, социальной адаптации, успешной самореализации” (Дубровина, 1997).

Обобщенная модель психологического здоровья включает в себя аксиологический, инструментально-технологический, потребностно-мотивационный, развивающий и социально-культурный компоненты.

Аксиологический компонент содержательно представлен ценностями «Я» самого человека и «Я» других людей. Он предполагает осознание человеком ценности, уникальности себя, окружающих, идентификацию как с живыми, так и неживыми объектами, единство со всей полнотой мира. Из этого вытекает наличие позитивного образа «Я», то есть

абсолютного принятия человеком самого себя при достаточно полном знании себя, а также и принятие других людей вне зависимости от пола, возраста, культурных особенностей и т.п. Безусловной предпосылкой этого является личностная целостность, а также умение принять свое «темное начало» и вступить с ним в диалог. Кроме того, необходимыми качествами являются умение разглядеть в каждом из окружающих «светлое начало», даже если оно не сразу заметно, по возможности взаимодействовать именно с этим «светлым началом» и дать право на существование «темному началу» в другом так же, как в себе.

Инструментальный компонент предполагает владение рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать сознание на самом себе, внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Этому соответствует умение человека понимать и описывать свои эмоциональные состояния и состояния других людей, возможность свободного и открытого проявления чувств без причинения вреда другим, осознание причин и последствий как своего поведения, так и поведения окружающих, умение найти ресурсы для действия в трудных ситуациях, решения проблем, умение видеть их обучающие воздействие.

Потребностно-мотивационный компонент определяет наличие у человека потребности в саморазвитии, в самоизменении и личностном росте. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, выступающий двигателем его развития. Он полностью принимает ответственность за свою жизнь и становится «автором собственной биографии».

Развивающий компонент предполагает наличие такой динамики в умственном, личностном, социальном и физическом развитии, которая вписывается в границы нормы, присущей данным историческим и культурным условиям, и не создает предпосылок для возникновения психосоматических заболеваний.

Социально-культурный компонент определяет возможность человека успешно функционировать в окружающих его социально-культурных условиях, приобщение к национальным духовным ценностям, которые, в свою очередь, являются частью общечеловеческих знаний. Это означает, что человек обладает мультикультурной социальной компетентностью, умением понимать людей различных культур и взаимодействовать с ними.

В качестве главных критериев психологического здоровья можно выделить следующие:

- Позитивное самоощущение (позитивный основной эмоциональный фон настроения), позитивное восприятие окружающего мира.
- Высокий уровень развития рефлексии.
- Наличие стремления улучшать качество основных видов деятельности.

– Успешное прохождение возрастных кризисов.
– Адаптированность к социуму, умение выполнять основные социальные и семейные роли (Хухлаева, 2001).

А. В. Клочко, О. М. Краснорядцева отмечают, что особого внимания заслуживает еще один показатель психологического здоровья человека, отражающий такую способность, как самосозидание, самоорганизация и позволяющий говорить о его личности как о суверенной. Суверенность характеризует не только здорового, активного, полно функционирующего, независимого, сохраняющего динамическое равновесие, самоактуализирующегося и самореализующегося человека, но еще и созидающего свой мир и самого себя; суверенная личность «отличается от других тем, что … способна самостоятельно, без посредников выходить к культуре и вычерпывать из нее основания для сохранения и развития своего многомерного мира, то есть самой себя». Другими словами, становясь суверенной личностью, человек получает возможность менять образ жизни, стимулируя тем самым дальнейшее развитие собственного мира. Суверенность обеспечивает человеку возможность самостоятельного выхода к культуре через порождение новых качеств, мерностей, которые детерминируют дальнейшее развитие человека. Процесс онтогенетического развития можно рассматривать как постепенное усложнение системной организации. По мере появления определенных новых «мерностей» (значений, смыслов, ценностей) в усложняющейся психологической системе, она (система) будет становиться все более и более автономной, независимой, открытой навстречу новым изменениям (Клочко, Краснорядцева, 2002).

Психологическая (личностная) суверенность — это способность человека контролировать, защищать и развивать свое психологическое пространство, основанная на обобщенном опыте успешного автономного поведения. Она представляет собой форму субъектности человека и позволяет в разных формах спонтанной активности реализовать потребности. Несколько иначе суверенность может быть понята как состояние границ психологического пространства, являющихся инструментом равноправного взаимодействия и селекции внешних влияний, обозначающих пределы личной ответственности и определяющих идентичность человека.

Психологическая суверенность подразумевает не сопоставление поступка с заданными извне нормами и образцами поведения, а внутреннее эмоциональное согласие с обстоятельствами жизни человека. В противоположность исследованиям в рамках психосинтеза, гуманистической и экзистенциальной психологии личности, суверенность представляет собой не просто признак гармонии с самим собой, но и синергичное отношение к жизненным ситуациям, Поэтому суверенность может быть изучена только через отношение к разным измерениям психологического пространства.

Психологическое пространство личности (ППЛ) определяется как субъективно значимый фрагмент бытия, определяющий актуальную деятельность и стратегию жизни человека. Оно включает комплекс физических, социальных и чисто психологических явлений, с которыми человек себя отождествляет (территорию, личные предметы, социальные привязанности, установки). Эти явления становятся значимыми в контексте психологической ситуации, приобретая для субъекта личностный смысл, и начинают охраняться всеми доступными ему физическими и психологическими средствами. Ключевое место в феноменологии психологического пространства занимает состояние его границ — физических и психологических маркеров, отделяющих область личного контроля и приватности одного человека от таковой области другого.

Оно подвижно и зависит от интенсивности и осмысленности жизнедеятельности человека: так, оно может расширяться при наличии «рыхлых» и неопределенных перспектив, что соответствует стадии жизненного поиска, оставаться стабильным в случае обретения ответа и стягиваться при возникновении сверхценной идеи, в состоянии влюбленности и т. п. ППЛ можно рассматривать и как устойчивую характеристику личности, и как ее состояние (Нартова-Бочавер, 2008).

Выделяют шесть измерений (секторов) психологического пространства личности: физическое тело, территория, личные вещи, привычки, друзья (социальные связи) и вкусы (ценности). Рассмотрим каждое измерение более подробно.

Суверенность физического тела. Собственное тело – первое измерение психологического пространства личности, которое возникает в онтогенезе. Человек открывает его раньше другой реальности и учится им пользоваться благодаря развитию сенсорики и моторики. Насилие над телом может выражаться во фрустрации базовых потребностей в пище или комфорте; насильное кормление, неудобная поза, жесткое обращение – все это различные формы внедрения в личное жизненное пространство личности. Телесность выражается в базисных потребностях, без удовлетворения которых человек самоподтверждаться не может. Важнейшие биологические потребности, которые конституируют человеческую телесность, – это пищевая потребность, конформность местоположения и размещения в пространстве (поза), начиная с пубертата – сексуальная потребность. Телесность во всех своих формах (пищевое поведение, секс, комфортность позы, удобная одежда) выполняет в онтогенезе психологического пространства различные функции.

Основные функции телесности в жизни человека: установление контакта с собственными потребностями и частями тела (самопринятие), установление контакта с окружающей средой (предвосхищение изменений и получение обратной связи), обеспечение базового доверия к миру, развитие субъективности (независимости от среды и ее изменений),

возможность исследовательской и конструктивной деятельности, возможность освоение территории, возможность устанавливать длительную, надежную привязанность (Нартова–Бочавер, 2003).

Суверенность территории. В психологии чаще изучается территориальность в узком смысле слова: как та площадь (обычно в домашней среде), которую субъект считает личной и безопасной для себя.

В физическом пространстве личная территория обычно начинает выделяться по мере развития локомоций, когда человек может перемещаться из одной комнаты в другую, самостоятельно открывать дверь, устанавливая, таким образом, границы. Понятие территориальности было введено впервые в XVII веке английским исследователем Дж. Реем, изучавшим поведение соловья.

В этологии, науке об инстинктивных основах поведения (которые не отменяются и у человека как биосоциального существа), многие виды активности объясняются понятием территориальности: вдобавок к тому, что каждый вид располагается в определенном ареале, отдельные особи закрепляют за собой также «личные» участки территории, площадь которой достаточна для того, чтобы обеспечить себя пропитанием (Абрамова, 1995).

Внутри и вне личной территории особь ведет себя по-разному: наиболее напряженными во взаимодействии оказываются границы, где происходят сражения, которые ведут к пространственному разрежению популяций, обеспечивая каждой особи обладание определенным объектом или территорией, необходимыми для воспроизведения вида. В результате предупреждается совместное пользование такими объектами, которое во многих случаях было бы губительным или, по крайней мере, менее эффективным.

Таким образом, границы отделяют индивидуальную жизнь особи (или частную жизнь, как это принято говорить о людях) от жизни видовой, общественной, причем это отделение эволюционно оправданно, обеспечивая безопасность нормальной жизнедеятельности живого существа (Фетискин, 2002).

Реальное или предполагаемое изменение границ индивидуальной территории служит сигналом для специфического поведения особи: либо защиты посредством агрессивно-оборонительного поведения, либо бегства до места большей безопасности. При этом зоной особой психологической напряженности является граница личной и чужой территории. По мнению К. Лоренца и Н. Тинбергена, эти инстинктивно закрепленные образцы поведения, сложившиеся в течение тысячелетий, продолжают функционировать и у человека, частично трансформировавшись в социальные инстинкты, а частично проявляясь в динамике внутреннего мира личности.

Применительно к поведению человека понятие «личное пространство» было впервые использовано Р. Соммером, основоположником науки проксемики. Она изучает закономерности пространственного

размещения и поведения людей в аспекте переживания ими субъективного комфорта, что достигается благодаря наличию у каждого невидимой пространственной «оболочки». Соммер, однако, рассматривал личное пространство преимущественно территориально и как стабильное образование.

Функции территориальности в жизни человека: обозначение социальной идентичности (статус в группе); возможность контролировать интенсивность социальных контактов; возможность контролировать поток информации; возможность защититься от сверхсильной стимуляции среде и вторжений; возможность конструктивной деятельности; возможность психологической реабилитации (Нартова–Бочавер, 2003).

Суверенность личных вещей. Очень часто усиление контроля над миром личных вещей открывает процесс восстановления самоуважения у женщин, переживших кризис расставания с мужчиной.

У мужчин есть также особо интимные предметы (по наблюдению автора в основном фонари и ножики, в мечтах ружья и пистолет), нечасто используемые знаки самовыражения их «внутреннего ребенка.

Предметы и у взрослых являются текстом, иносказательным сообщением другим людям о себе. Вещи отражают меру самоуважения и духовной развитости субъекта, и многие люди взаимодействуют между собой именно на языке вещей.

Основные функции личных вещей: орудие деятельности; коммуникативные послания; средства самопрезентации; средства поддержания личной и социально идентичности; средства установления контакта с действительностью; средства замещения социальных объектов; ресурс самоподдержки и стихийной психотерапии; маркеры личной территории (Нартова-Бочавер, 2008).

Суверенность временного режима (привычек). Привычки как временная форма владения пространством также являются предметом идентификации человека. В этологии в качестве гомолога привычек, по-видимому, может рассматриваться дневной и ночной образ жизни животных на одной и той же территории, благодаря чему они могут избежать соперничества и борьбы. Уважение к привычкам человека выражается в предоставлении ему возможности завершить начатое дело не прерывая его (Нартова–Бочавер, 2008).

Суверенность социальных связей. Отсутствие суверенности в установлении социальных отношений приводит либо к отчужденности, либо к симбиотической зависимости. Можно выделить несколько форм искаженных социальных контактов, которые свидетельствуют о нарушении дистанции. Так, может иметь место насильственное внедрение, когда ребенок или взрослый вынужденно общается с тем, кого он не выбирал. Ощущение, что все кругом – другие, может свидетельствовать о деперсонализации, собственной неуместности в социальных обстоятельствах бытия.

Основные функции суверенности социальных связей: установление отношений психологической интимности; установление сексуальной интимности; выбор референтной группы или значимого другого; развитие самосознания; принятие личной ответственности за отношения с людьми (Нартова-Бочавер, 2003).

Суверенность вкусов и ценностей. Вкусы мы понимаем как выражение пристрастности по отношению к объекту, не жизненно важному, но необходимому для поддержания идентичности. Стремление настаивать на своих вкусах не может быть объяснено одновременно в контексте производимого человеком действия, оно предполагает индивидуализированную интерпретацию (Нартова–Бочавер, 2003).

Развитие суверенности и уточнение границ происходит в течение всей жизни человека, однако, особенно интенсивно эти процессы протекают в дошкольном и подростковом возрасте. В подростковом возрасте суверенность находить свое выражение в стремлении как к социальной, так и территориальной автономии, неприкосновенности своего личного пространства.

Противоположная характеристика суверенности – депривированность, которая проявляется в переживании подчиненности, отчужденности, фрагментарности собственной жизни и характеризуется затруднениями в поиске объектов среды, с которыми человек себя идентифицирует. Отсюда следует, что депривированным пространство будет обозначаться в случае нарушения его границ: недостаточной способности обозначать свои границы (как в материальном, так и в социальном плане), недостаточной дифференцированности в отношениях с другими людьми (Нартова-Бочавер, 2008).

Таким образом, психологическая суверенность является важным показателем состояния границ психологического пространства личности, нарушение которых ведет к проявлению и в то же время причине различных форм психических нарушений. Можно сказать о том, что развивая суверенность человек формирует своё психологическое здоровье.

Список литературы:

1. Абрамова Ю. Т. Психология среды: истоки и направления / Ю. Т. Абрамова // Вопросы психологии. – 1995. – № 2. – С. 130-131.
2. Амбросьева Н.Н. Классный час с психологом: сказкотерапия для школьников. – М., 2008.
3. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья. – СПб.: БПА, 2000. – 148 с.
4. Гаврилина Л. К. Теория и практика личности. – Сыктывкар, 2002.
5. Дубровина И. В. Школьная психологическая служба. – М., 1997.
6. Дьяченко М. И. Краткий психологический словарь: Личность образование, самообразование, профессия / М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович. – Мн.: «Хэлтон», 1998. – 399 с.

7. Клочко А. В. Суверенность личности как основание психологического здоровья / А. В. Клочко, О. М. Краснорядцева // Сибирская психология сегодня. – Кемерово. – 2002. – С. 34-41.
8. Нартова–Бочавер С. К. Понятие «Психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение / С. К. Нартова–Бочавер // Психологический журнал. – 2003. – № 6. – Т. 24. – С. 37-48.
9. Нартова–Бочавер С. К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытие. – СПб.: Питер, 2008. – 400 с.
10. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – С. 193-197.
11. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 208 с.

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ – ГИПЕРАКТИВНОСТИ КАК СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Е. В. Ткачева, Ю. В. Живаева

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

В последние годы достигнуты большие успехи в изучении одной из самых актуальных проблем психологии – синдрома дефицита внимания/гиперактивности у детей. Актуальность проблемы определяется высокой частотой данного синдрома в детской популяции и его большой социальной значимостью. Дети с синдромом дефицита внимания имеют нормальный или высокий интеллект, однако, как правило, плохо учатся в школе. Помимо трудностей обучения, синдром дефицита внимания проявляется двигательной гиперактивностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими.

СДВГ – это одна из форм проявления минимально-мозговой дисфункции (ММД), то есть очень легкой недостаточности мозга, который проявляется в дефиците определенных структур и нарушении созревания более высших этажей мозговой деятельности. ММД относят к категории функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга. ММД не является медицинским диагнозом в прямом смысле этого слова, скорее это только констатация факта наличия легких нарушений в работе мозга, причину и суть которых еще предстоит выяснить для того, чтобы начать лечение. Детей с реактивным типом ММД и называют иначе гиперактивными . Сейчас все чаще звучит этот диагноз. Статистика (Заваденко Н.Н.) говорит о том, что в России

таких детей 4-18 %, в США – 4-20 %, Великобритании – 1-3 %, Италии – 3-10 %, В Китае – 1-13 %, в Австралии – 7-10 %. Мальчиков среди них в 9 раз больше, чем девочек [3].

Классификация. Согласно DSM-IV выделяют 3 варианта течения синдрома дефицита внимания/гиперактивности в зависимости от преобладающих клинических симптомов:

– синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность;
– синдром дефицита внимания без гиперактивности;
– синдром гиперактивности без дефицита внимания.

Некоторые исследователи подвергают сомнению объединение синдрома дефицита внимания и синдрома гиперактивности, так как до 40% всех больных страдают только дефицитом внимания без гиперактивности. Дефицит внимания без гиперактивности чаще наблюдается у девочек.

Синдром дефицита внимания может быть как первичным, так и возникать в результате других заболеваний, то есть иметь вторичный или симптоматический характер (генетически детерминированные синдромы, психические заболевания, последствия перинатальных и инфекционных поражений центральной нервной системы).

В семьях детей с синдромом дефицита внимания/гиперактивности нередко имеются близкие родственники, имевшие в школьном возрасте аналогичные нарушения . Для выявления наследственной отягощенности необходим длительный и подробный расспрос, так как трудности обучения в школе взрослыми людьми сознательно или бессознательно «амнезируются». В родословных детей с синдромом дефицита внимания/гиперактивности также часто прослеживается отягощенность по обсессивно-компульсивному синдрому (навязчивые мысли и принудительные ритуалы), тикам и синдрому Жиль де ля Туретта. Вероятно, существует генетически детерминированная взаимосвязь нейромедиаторных нарушений в головном мозге при данных патологических состояниях.

Предполагается, что синдром дефицита внимания/гиперактивности детерминируется мутациями 3 генов, регулирующих дофаминовый обмен – гена D4 рецепторов, гена D2 рецепторов и гена, ответственного за транспорт дофамина . S. Faraone, J. Biederman обсуждается гипотеза, что носителями мутантного гена являются дети с наиболее выраженной гиперактивностью.

Наряду с генетическими, выделяют семейные, пре- и перинатальные факторы риска развития синдрома дефицита внимания/гиперактивности. К семейным факторам относят низкое социальное положение семьи, наличие криминального окружения, тяжелые разногласия между родителями. Особенно значимыми считаются нейропсихиатрические нарушения, алкоголизация и отклонения в сексуальном поведении у матери . Пре- и перинатальные факторы риска развития синдрома дефицита внимания

включают асфиксию новорожденных, употребление матерью во время беременности алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, курение.

Предполагается, что в основе патогенеза синдрома лежат нарушения активирующей системы ретикулярной формации, которая способствует координации обучения и памяти, обработке поступающей информации и спонтанному поддержанию внимания. Нарушения активирующей функции ретикулярной формации, по всей видимости, связаны с недостаточностью в ней норадреналин. Невозможность адекватной обработки информации приводит к тому, что различные зрительные, звуковые, эмоциональные стимулы становятся для ребенка избыточными, вызывая беспокойство, раздражение и агрессивность. Нарушения в функционировании ретикулярной формации предопределяют вторичные нарушения нейромедиаторного обмена головного мозга. Теория о связи гиперактивности с нарушениями обмена дофамина имеет многочисленные подтверждения, в частности, успешность терапии синдрома дефицита внимания/гиперактивности дофаминергическими препаратами. Возможно, что нарушения нейромедиаторного обмена, приводящие к гиперактивности, связаны с мутациями в генах, которые регулируют функции дофаминовых рецепторов. Отдельные биохимические исследования у детей с синдромом дефицита внимания/гиперактивности свидетельствуют, что в головном мозге нарушается обмен не только дофамина, но и других нейромедиаторов – серотонина и норадреналина.

Помимо ретикулярной формации, важное значение в патогенезе синдрома дефицита внимания/гиперактивности имеет, вероятно, дисфункция лобных долей (префронтальной коры), подкорковых ядер и соединяющих их проводящих путей . Одним из подтверждений данного предположения является сходство нейропсихологических нарушений у детей с синдромом дефицита внимания и у взрослых при поражении лобных долей мозга. При спектральной томографии головного мозга у 65% детей с синдромом дефицита внимания/гиперактивности обнаружено снижение кровотока в префронтальной коре головного мозга при интеллектуальных нагрузках, тогда как в контрольной группе – лишь у 5% .

Критерии диагноза и клинические проявления. Адекватная диагностика синдрома дефицита внимания/гиперактивности невозможна без четкого соблюдения критериев диагноза. К ним, согласно DSM-IV, относятся:

- наличие у ребенка дефицита внимания и/или гиперактивности;
- раннее (до 7 лет) появление симптомов и длительность (более 6 мес) их существования;
- некоторые симптомы наблюдаются и дома, и в школе;
- симптомы не являются проявлением других заболеваний;
- нарушение обучения и социальных функций.

Следует отметить, что наличие нарушений обучения и социальных функций является необходимым критерием для установления диагноза «синдром дефицита внимания/гиперактивности». Кроме того, диагноз синдрома дефицита внимания/гиперактивности может быть поставлен только тогда, когда очевидны трудности в обучении (т. е. не ранее 5-6-летнего возраста).

Согласно DSM-IV, диагноз дефицита внимания может быть установлен при наличии по крайней мере 6 из описанных ниже симптомов. Ребенок имеет дефицит внимания, если он:

– не обращает внимания на детали и допускает ошибки в работе;
– с трудом поддерживает внимание в работе и игре;
– не слушает то, что ему говорят;
– не в состоянии следовать инструкциям;
– не может организовать игру или деятельность;
– имеет сложности в выполнении заданий, требующих длительной концентрации внимания;
– часто теряет вещи;
– часто и легко отвлекается;
– бывает забывчив.

Для диагностики гиперактивности необходимо наличие по крайней мере 5 из перечисленных ниже симптомов. Ребенок гиперактивен, если он:

– совершает суетливые движения руками и ногами;
– часто вскакивает со своего места;
– гиперподвижен в ситуациях, когда гиперподвижность неприемлема;
– не может играть в «тихие» игры;
– всегда находится в движении;
– очень много говорит.

Ребенок импульсивен (т.е. не способен остановиться и подумать, прежде чем заговорить или совершить действие), если он:

– отвечает на вопрос, не выслушав его;
– не может дождаться своей очереди;
– вмешивается в разговоры и игры других.

В значительном проценте случаев клинические проявления синдрома возникают в возрасте до 5-6 лет, а иногда уже на 1-м году жизни. Дети 1-го года жизни, у которых впоследствии отмечаются явления гиперактивности, часто страдают нарушениями сна и гипервозбудимостью. В дальнейшем они становятся крайне непослушными и гиперподвижными, их поведение с трудом контролируется родителями. Вместе с тем дети, имеющие в дальнейшем синдром дефицита внимания без гиперактивности, в младенчестве могут умеренно отставать в двигательном (начинают переворачиваться, ползать, ходить на 1-2 мес позднее) и речевом развитии, они инертны, пассивны, не очень эмоциональны.

По мере роста ребенка становятся очевидными нарушения внимания, на которые родители, как правило, сначала не обращают внимания.

Нарушение внимания и/или явления гиперактивности - импульсивности приводят к тому, что ребенок школьного возраста при нормальном или высоком интеллекте имеет нарушения навыков чтения и письма, не справляется со школьными заданиями, совершает много ошибок в выполненных работах и не склонен прислушиваться к советам взрослых. Ребенок является источником постоянного беспокойства для окружающих (родителей, педагогов, сверстников), так как вмешивается в чужие разговоры и деятельность, берет чужие вещи, часто ведет себя совершенно непредсказуемо, избыточно реагирует на внешние раздражители (реакция не соответствует ситуации). Такие дети с трудом адаптируются в коллективе, их отчетливое стремление к лидерству не имеет под собой фактического подкрепления. В силу своей нетерпеливости и импульсивности, они часто вступают в конфликты со сверстниками и учителями, что усугубляет имеющиеся нарушения в обучении. Ребенок также не способен предвидеть последствия своего поведения, не признает авторитетов, что может приводить к антиобщественным поступкам. Особенно часто асоциальное поведение наблюдается в подростковом периоде, когда у детей с синдромом дефицита внимания/гиперактивности возрастает риск формирования стойких нарушений поведения и агрессивности. Подростки с данной патологией чаще склонны к раннему началу курения и приему наркотических препаратов , у них чаще наблюдаются черепно-мозговые травмы. Родители ребенка, страдающего синдромом дефицита внимания и/или гиперактивности, иногда сами отличаются резкими сменами настроения и импульсивностью. Вспышки ярости, агрессивные действия и упрямое нежелание ребенка вести себя в соответствии с родительскими правилами могут приводить к неконтролируемой реакции со стороны родителей и к физическому насилию.

При неврологическом осмотре ребенка с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью или без нее очаговая неврологическая симптоматика, как правило, отсутствует. Могут отмечаться недостаточность тонкой моторики, нарушения реципрокной координации движений и умеренная атаксия. Чаще, чем в общей детской популяции, наблюдаются речевые нарушения.

Дифференциальный диагноз синдрома дефицита внимания/гиперактивности необходимо проводить со специфическими нарушениями обучения (дискалькулия, дислексия и др.), астеническими синдромами на фоне интеркуррентных заболеваний, заболеваниями щитовидной железы, олигофренией легкой степени и шизофренией. Дифференциальный диагноз нередко бывает затруднителен, так как синдром дефицита внимания может сочетаться с рядом других заболеваний и состояний, наиболее часто - с психиатрической патологией (депрессиями, паническими атаками, навязчивыми мыслями и т.д.).

Система лечения и наблюдения детей с дефицитом внимания разработана недостаточно, что обусловлено неясностью патогенеза заболевания. Выделяются немедикаментозные и медикаментозные методы коррекции.

Немедикаментозная коррекция включает в себя методы модификации поведения, психотерапию, педагогическую и нейропсихологическую коррекцию. Ребенку рекомендуется щадящий режим обучения - минимальное количество детей в классе (идеально не более 12 человек), меньшая продолжительность занятий (до 30 мин), пребывание ребенка на первой парте (контакт глаз учителя и ребенка улучшает концентрацию внимания). Важным с точки зрения социальной адаптации является также целенаправленное и длительное воспитание у ребенка социально поощряемых норм поведения, так как поведение некоторых детей носит черты асоциального. Необходима психотерапевтическая работа с родителями, чтобы они не расценивали поведение ребенка как «хулиганское» и проявляли больше понимания и терпения в своих воспитательных мероприятиях. Родителям следует следить за соблюдением режима дня «гиперактивного» ребенка (время приема пищи, выполнение домашних заданий, сон), предоставлять ему возможность расходовать избыточную энергию в физических упражнениях, длительных прогулках, беге. Следует также избегать утомления при выполнении заданий, так как при этом может усиливаться гиперактивность. «Гиперактивные» дети чрезвычайно возбудимы, поэтому необходимо исключить или ограничить их участие в мероприятиях, связанных со скоплением большого числа людей. Так как ребенок испытывает сложности в концентрации внимания, нужно давать ему только одно задание на определенный промежуток времени. Важен выбор партнеров для игр - друзья ребенка должны быть уравновешенными и спокойными.

Медикаментозная терапия синдрома дефицита внимания/гиперактивности целесообразна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции. Применяются психостимуляторы, трициклические антидепрессанты, транквилизаторы и ноотропные препараты. В международной педиатрической неврологической практике эмпирическим путем установлена эффективность двух препаратов - антидепрессанта амитриптилина и риталина, относящегося к группе амфетаминов.

Список литературы:

1. Заводенко Н.Н., Петрухин А.С., Семенов П.А. и др. Лечение гиперактивности с дефицитом внимания у детей: оценка эффективности различных методов фармакотерапии. Московский мед журн 1998; – С. 19-23.
2. Заводенко Н.Н., Петрухин А.С., Соловьев О.И. Минимальные мозговые дисфункции у детей. – М., 1997.
3. Возможности практической психологии в образовании / Под ред. Пилипко Н.В. – М., – 2001.
4. Заваденко Н.Н. Факторы для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей // Мир психологии. – 2000. – № 1.

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК БАЗОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЮДЕЙ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И. Ю. Ткачук, Ю. В. Живаева

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»

В современном обществе возросло количество людей имеющих онкологические заболевания. И не многие из людей, столкнувшихся с эти заболеванием способны бороться с болезнью. Многие не могут также осознать перспективу дальнейшей жизни с эти заболеванием.

Жизненная стойкость личности – это интегральная характеристика человека, позволяющая сопротивляться негативным влияниям среды, эффективно преодолевать жизненные трудности, трансформируя их в ситуации развития. Компоненты жизненной стойкости не только детерминируют характер личностной реакции на внешние стрессовые и фрустрирующие обстоятельства, но и позволяют эти обстоятельства обратить в возможности самосовершенствования (Джидарьян И.А., Антонова, 1995).

Жизнестойкость представляет собой систему представлений о себе, о мире, об отношениях с миром. Это диспозиция, включающая в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых.

Компоненты жизнестойкости развиваются в детстве и отчасти в подростковом возрасте, хотя их можно развивать и позднее. Их развитие решающим образом зависит от отношений родителей с ребенком. В частности, для развития компонента участия принципиально важно принятие и поддержка, любовь и одобрение со стороны родителей. Для развития компонента контроля важна поддержка инициативы ребенка, его стремления справляться с задачами все возрастающей сложности на грани своих возможностей. Для развития принятия риска важно богатство впечатлений, изменчивость и неоднородность среды.

С. Мадди подчеркивает важность выраженности всех трех компонентов для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессогенных условиях. Можно говорить как об индивидуальных различиях каждого из трех компонентов в составе жизнестойкости, так и о необходимости их согласованности между собой и с общей (суммарной) мерой жизнестойкости (Леонтьев Д.А.,2006).

Способы поведения в трудных жизненных ситуациях имеют индивидуальный характер и у взрослого человека становятся устойчивыми

личностными образованиями, основу которых составляют психологические механизмы самоконтроля и саморегуляции.

Жизненная стойкость личности выступает наиболее универсальным фактором сопротивления жизненным невзгодам. Экспериментально выявлено, что именно эта черта характера – основа открытого и энергичного противостояния стрессовым событиям и кризисам (Леонтьев Д.А., 2002).

В отечественной психологии проблема жизненных ситуаций, и особо-трудных и экстремальных жизненных ситуаций разрабатывается многими авторами, опирающимися на такие понятия, как копинг-стратегии, стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями, посттравматическое стрессовое расстройство: это Ф.Е. Василюк, Ц.П. Короленко, В. Лебедев, М. Ш. Магомед-Эминов, К. Муздыбаев, Н.Н. Пуховский, М.М. Решетников, Н.В. Тарабрина и другие. Но данная проблематика по большей части рассматривается в направлении профилактики психических нарушений, возникающих в результате воздействия экстремальных факторов (Джидарьян И.А., Антонова, 1995).

Онкология — раздел медицины, изучающий опухоли (причём не только злокачественные, как иногда считается, но и доброкачественные), их этиологию и патогенез, механизмы и закономерности возникновения и развития, методы профилактики и лечения.

Когда мы говорим рак, то имеем ввиду более чем 100 различных разновидностей этой болезни. Она поражает почти все ткани организма, но при этом у всех видов рака есть общие черты. Наиболее частыми формами злокачественных опухолей были рак легкого (1,3 млн.), желудка (1,0 млн.), верхнего пищеварительного тракта (0,9 млн., в основном за счет рака пищевода), рак печени (0,7 млн.).

Рак вызывается по большей части соматическими мутациями.Каждый индивидуальный случай рака происходит в результате накопления нескольких мутаций. Клетки нашего организма распределены по категориям, типам, которые определенно отличаются друг от друга. Таких категорий около 200. Это дифференцированные клетки.

Рак представляет собой болезнь делящихся клеток. Считается, что большинство видов рака происходит из трансформированных стволовых недодифференцированных клеток, обладающих способностью к пролиферации.

Главный фактор риска злокачественных новообразований - возраст; две трети больных старше 65 лет. Вероятность онкологических заболеваний резко увеличивается с возрастом: до достижения 39 лет заболевает 1 из 58 мужчин и 1 из 52 женщин; в возрасте 40-59 лет - 1 из 13 мужчин и 1 из 11 женщин, в возрасте 60-79 лет - 1 из 3 мужчин и 1 из 4 женщин.

Общие принципы выбора заболевшим человеком тех или иных типов психического реагирования на заболевания, закономерности формирования отношения к болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния пациентов, у которых возникли болезни.

Психические расстройства различной степени выраженности (от психологических донозологических реакций на диагноз и прогноз заболевания до острых психозов) при онкологической патологии – частое явление, наблюдаемое как онкологами, хирургами, гинекологами, так и психиатрами и психологами.. Онкологический процесс выступает для психической деятельности в, двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых и, как следствие, повышенно значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор, с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства. К тому же, если онкологический процесс локализуется в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах, то велик риск развития так называемого психоэндокринного снмптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями.

Выделяется пять фаз реагирования на злокачественные новообразования и рак (Kubler-Ross):

1 фаза *(анозогнозическая)* появляется вслед за первым предположением о наличии у пациента злокачественного новообразования. Она характеризуется отрицанием наличия у себя онкологической патологии, преуменьшением тяжести своего состояния, *анозогнозией,* убежденностью, что диагноз является ошибочным.

2 фаза *(дисфорическая)* наступает после подтверждения диагноза и проявляется бурным протестом, дисфорией, склонностью совершать какие-либо агрессивные действия в отношении окружающих или себя (например, суицидальные).

3 фаза *(аутосуггестивная)* характеризуется принятием фактов о наличии у пациента злокачественного процесса и необходимости длительного и интенсивного лечения в сочетании с «ведением торга» — «главное чтобы не было болей».

4 фаза *(депрессивная)* наступает после длительного периода терапии и проявляется постепенной утратой надежды на выздоровление, появлением пессимизма, подавленности и пассивности.

5 фаза *(апатическая)* появляется на последних этапах заболевания и выражается «примирением» больного с судьбой, принятием] любого исхода и сопровождающееся безразличием по отношению к внешним и внутренним процессам.

Частота и выраженность психических реакций на онкологическую патологию зависит во многом от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других факторов. Однако, не только локализация и характер онкологического заболевания влияют на частоту появления психических нарушений. Немаловажную роль играют такие факторы, как особенности характера человека, заболевшего онкологическим заболеванием, наличие в преморбиде акцентуированных черт характера.

Проявления психологических сдвигов и выраженность психических нарушений практически не коррелируют с тяжестью онкологического заболевания, что демонстрирует связь между возникновением, формированием и качественными характеристиками психических нарушений при онкологических заболеваниях с патофизиологическими механизмами, находящимися не в линейной зависимости друг от друга. При этом заметной становится роль субъективно-психологическая. Следует отметить, что поиск корреляций между тяжестью онкологического заболевания и тяжестью психологических переживаний беспредметен, поскольку, если оценить тяжесть рака позволяют количественные математические критерии (величина опухоли, стадия онкологического процесса, наличие изменений в лимфатической системе и характер метастазирования), то проанализировать и выразить количественно тяжесть психологического состояния или психопатологических симптомов и синдромов представляется затруднительным (даже психотическое нарушение позволительно назвать лишь условно тяжелее непсихотического), что связано с вовлеченностью в процесс личности с ее экзистенциальными параметрами априорно неподдающимися «учету и контролю».

Клинико-психологические и психопатологические особенности при онкологической патологии зависят от этапа основного заболевания. Выделяют, как правило, следующие этапы: *поликлинический (диагностический), этап «поступления в клинику», предоперационный (предлечебный), послеоперационный, этап выписки и катамнестический.*

Особый интерес представляет вопрос о влиянии психических переживаний, расстройств и преморбидных характерологических особенностей человека на протекание онкологического процесса (H.J.Eysenck). Риск развития рака, по его мнению, связан с такими особенностями личности, как эмоциональная лабильность, экстраверсия, аномальное выражение эмоций (чрезмерное подавление чувств), а также депрессия и безнадежность. Как полагает H.Eysenck, тревога и нейротизм защищают

от рака. Острый стресс, снижая эффективность иммунной системы, способствует возникновению рака. Увеличение уровня кортикостероидов, которое имеет место при депрессии, снижает клеточный иммунитет и способствует развитию рака. АКТГ, связанный с тревогой и нейротизмом, наоборот, способствует укреплению защитных сил организма. Особо акцентируется внимание на том, что индивидуальные различия и генетические факторы могут оказывать существенное влияние на проявление соответствующих показателей.

Резюмируя, следует сказать, что онкологические заболевания и психическое состояние пациентов имеют двухканальную связь. С одной стороны, онкологическая патология провоцирует появление разнообразных психических переживаний (от донозологических до выраженных клинических психопатологических), с другой стороны, в появлении онкологических заболеваний, а также вероятности излечения от них существенна роль психологического преморбида и типов психического реагирования на заболевание.

Большое количество исследователей рассматривает жизнестойкость в связи с проблемами преодоления стресса, адаптации-дезадаптации в обществе, физическим, психическим и социальным здоровьем. Сам С. Мадди рассматривает открытый им феномен гораздо шире, включая его в контекст социальной экологии, считая, что это качество является основой жизнестойкости не только индивидуальной, но и организационной. Развитие личностных установок, включаемых им в понятие «жизнестойкость», могло бы стать основой для более позитивного мироощущения человека, повышения качества жизни, превратить препятствия и стрессы в источник роста и развития. А главное – это тот фактор, внутренний ресурс, который подвластен самому человеку, это то, что он может изменить и переосмыслить, то, что способствует поддержанию физического, психического и социального здоровья, установка, которая придает жизни ценность и смысл в любых обстоятельствах. С нашей точки зрения, речь в изложенных концепциях идет не о разных подходах к проблеме психологической устойчивости и жизнестойкости человека, а о разных уровнях анализа этого процесса: от адаптации к самодетерминации и реализации своего жизненного предназначения.

Список литературы:

1. Джидарьян И.А., Антонова Е.В. Проблема общей удовлетворенности жизнью: теоретическое и эмпирическое исследование // Сознание личности в кризисном обществе. М., 1995. – С. 76-94.
2. Леонтьев Д.А. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
3. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации / Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В.Ломоносова. Вып. 1 / Под ред. Б.С.Братуся, Д.А.Леонтьева. М.: Смысл, 2002. – 325 с.

4. Линч М. Базовые потребности и субъективное благополучие с точки зрения теории самодетерминации / Психология. Журнал высшей школы экономики. Том 1, № 3. 2004. – С. 137-142.
5. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение // Психологический журнал. – 2003. – Том 24. – № 6. – С. 27-36.
6. Шевеленкова Т.Д. Исследование личностного способа существования человека в современном мире (опыт гуманистического направления в зарубежной психологии) / Сб.: Психология личности в условиях социальных изменений – М., Институт психологии РАН, 1993. – С. 21-37.

ГУМАНИСТИЧЕСКИЕ ЦЕННОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ НАИВЫСШИХ ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ НРАВСТВЕННЫХ КАЧЕСТВ СТУДЕНТОВ

М. П. Федоренко, С. М. Колкова

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

В качестве так называемого конституирующего начала личности многие исследователи (Б.Г.Ананьев, К.К.Платонов, С.Л.Рубинштейн, В.А.Ядов и др.) выделяют ценности и ценностные ориентации. В отечественной науке ценностной проблематике большое внимание уделено в философских работах В.П. Тугаринова, М.С. Кагана, В.В. Водзинской, О.Г. Дробницкого, А.А. Ручка, Л.П. Буевой, В.А. Василенко и др. В философском подходе акцентируется разработка методологических принципов анализа мотивов, ценностей и ценностных ориентаций. В педагогике ценности и ценностные ориентации рассматриваются в связи с разработкой гуманистической парадигмы образования и воспитания в трудах Ш.А. Амонашвили, И.Ф. Исаева, В.А. Сластенина, Е.Н. Шиянова, Н.Г. Нагибулиной, М.Н. Дудиной, Л.А. Беляевой и др. Психологическое направление в аксиологической проблематике представлено трудами Дж. Дьюи, А.Г. Маслоу, К. Роджерса, Ш. Шварца. В отечественной науке психологическое направление продолжили Л.С. Выготский, Д.Н. Узнадзе, Б.С. Братусь, А.В. Петровский, Г.Е. Залесский, К.А. Абульханова-Славская. В решении вопроса о статусе жизненных ориентаций существенное значение имеет концепция личностного смысла А.Н. Леонтьева. В социологии ценностная проблематика заняла свою нишу благодаря классическим работам Э. Дюркгейма, М. Вебера, У. Томаса, Ф. Знанецкого, К.Клакхона, А. Кребера, Т. Парсонса, М. Рокича и др.

Мир ценностей формирующейся личности, на которую оказывают влияние происходящие перемены, стал более изменчив и противоречив, что требует пристального внимания к процессу изучения динамики

жизненных ориентаций молодежи, ценностей гуманизма. На сегодняшний день российское общество характеризуется нестабильностью системы ценностей и ценностных ориентаций, сталкивается с нарастающей деградацией социально-экономических, интеллектуальных и гуманистических устоев.

Суть современного гуманизма состоит в том, чтобы не провозглашать абстрактные права человека, а его самого считать неким эталоном. Гуманизм – это не восхваление любой личности, а требовательное и ответственное отношение к ней на основе сочетания личностных и общественных интересов. Гуманизм есть сохранение, поддержка и развитие в человеке человечности, и это должно относиться к каждому индивиду, независимо от его социального статуса.

Если раньше преимущественно говорили о проблемах экологии в контексте производственно-технического и потребительского воздействия общества на природу, то в последние десятилетия все больше говорят об экологии человека, культуры, духовной жизни, о крушении системы ценностей. Растет агрессивность, толерантность людей к преступлениям и т.д.

Особую роль общечеловеческие, общегуманистические ценности играют в духовно-нравственном развитии личности, становлении молодого поколения, в силу особой активности, быстроты реакции на внешние и внутренние изменения и высокой социальной мобильности студенческая молодежь является более уязвимой и восприимчивой ко всем социальным изменениям, чем другие группы общества. В связи с этим необходимо изучения процессов изменения ценностного сознания именно студенческой молодежи с ее потребностями в осознании жизненных целей, ценностей, возможностей самореализации в той сфере, на том пути, который уже выбран или «задается» высшей школой.

В нашем исследовании гуманистических ценностей в структуре жизненных ориентаций приняли участие студенты факультета клинической психологии КрасГМУ. Предположением было то, что у студентов данной профессии гуманистические ценности являются доминирующими.

Понятие ценностных ориентации имеет междисциплинарный характер, является полисемантичным и сложным для теоретико-методологического анализа. В современной социально-философской и социально-психологической литературе отсутствует общепризнанное определение ценностных ориентации, что обусловлено сложностью объекта исследования и разнообразием исследовательских подходов.

Тем не менее, большинство исследователей (В.С.Мухина, Н.А.Волкова, И.М.Попова и др.) склоняются к мнению о том, что ценностные ориентации представляют собой субъективный механизм управления человеческим поведением.

Значительный вклад в изучение аксиологической проблематики внесли как отечественные, так и зарубежные исследователи различных направлений: философских, психологических, культурологических, педагогических и социологических. В отечественной науке ценностной проблематике большое внимание уделено в философских работах В.П.Тугаринова, М.С.Кагана, В.В.Водзинской, О.Г.Дробницкого, А.А.Ручка, Л.П.Буевой, В.А.Василенко и др. В философском подходе акцентируется разработка методологических принципов анализа мотивов, ценностей и ценностных ориентаций. Сторонники социокультурного подхода в ценностной проблематике подчеркивают своеобразие культур как различных ценностных систем. В российской науке данный подход представляют А.К.Абишева, А.С.Ахиезер, Б.С.Ерасов. В педагогике ценности и ценностные ориентации рассматриваются в связи с разработкой гуманистической парадигмы образования и воспитания в трудах Ш.А.Амонашвили, И.Ф.Исаева, В.А.Сластенина, Е.Н.Шиянова, Н.Г.Нагибулиной, М.Н.Дудиной, Л.А.Беляевой и др. Психологическое направление в аксиологической проблематике представлено трудами Дж.Дьюи, А.Г.Маслоу, К.Роджерса, Ш.Шварца. Педагогическое направление базируется на ценности как познавательно-действующей системе, которая служит опосредующим и связующим звеном между общественным сознанием, идеологией, заложенной в систему образования, и деятельностью педагога. В отечественной науке психологическое направление продолжили Л.С.Выготский, Д.Н.Узнадзе, Б.С.Братусь, А.В.Петровский, Г.Е.Залесский, К.А.Абульханова-Славская. В решении вопроса о статусе жизненных ориентаций существенное значение имеет концепция личностного смысла А.Н.Леонтьева. Представители психологического направления рассматривали природу ценностей как биопсихологические потребности человека, т.е. как выражение естественных потребностей человека. В социологической теории ценность определяется как особое общественное отношение, благодаря которому потребности и интересы социального субъекта (человека, группы людей, общества) переносятся на предметы и духовные явления, придавая им определенные социальные свойства с точки зрения их значимости для бытия этого субъекта.

Современные подходы в изучении ценностной проблематики представляют собой синтез классических и новых нестандартных подходов, так называемые комплексные теории. Многообразие подходов в изучении данной проблематики породило множество различных классификаций ценностей.

Ценности различают: по объективным характеристикам значимых явлений, (материальные и духовные); по субъекту деятельности (ценности общества, народа, нации, класса, коллектива, индивида); по типу

потребностей субъекта (моральные, экономические, политические, религиозные и др.). К системе ценностей социального субъекта часто относят самые различные ценности, которые складываются по степени их общественной значимости и важности в определенную иерархическую структуру, подразделяясь на ценности более или менее высокого порядка. В нашем исследовании мы опираемся на классификацию ценностей Г.В.Осипова, а также классификацию гуманистических ценностей А.С.Ахиезера и С.Я.Матвеевой. Из общей системы ценностей и соответствующих ориентаций мы выделяем «жизненные ценности и ориентации», которые играют существенную роль в формировании образа жизни современной студенческой молодежи, его духовно-нравственного фундамента. В этом смысле речь идет о ценностях изначальных, глубинных (примордиальных). Среди жизненных ценностей особое место принадлежит гуманистическим. Это понятие связано с выделением совокупности общечеловеческих нравственных качеств, образующих смысловое ядро духовности личности, определяющее ее отношение к другим людям: доброта, чуткость, сострадание, отзывчивость, любовь к себе и другим людям, справедливость и др., что входит в понятие духовности как проявления наивысших общечеловеческих нравственных качеств. В современную эпоху глобальных противоречий и рисков гуманистические ценности приобретают особое значение, поскольку являются духовно-нравственным стержнем мирового сообщества и отдельных обществ.

Проблематикой гуманизма исследователи занимались в разные исторические эпохи и, соответственно, этот философский принцип наполнялся разным содержанием. Определение гуманизма базируется на таких понятиях, как личность, права человека, принципы равенства и справедливости, блага человека как критерия оценки социальных институтов. Существенную роль в развитии идей гуманизма во второй половине XX в. выполнили работы А.Печчеи, члена международной неправительственной организации «Римский клуб», который рассматривал проблемы человечества и личности в контексте глобальных проблем, одной из которых считал «новый гуманизм». Поиски новых форм гуманизма, соответствующих духу времени, продолжены в современной западной философии в работах К.Леви-Строса, М.Фуко, Ж.Маритена («интегральный гуманизм»), П.Пупара (идея «мультикультурализма»).В российской науке в рамках меняющегося общества исследователи предлагают свое видение решения проблемы гуманизма. Ю.Г.Волков, И.Т.Фролов утверждают, что необходима другая онтология человека и человеческого «я». Основной целью будущего общества станет целостно развитая личность, представляющая собой творческую индивидуальность. Главная ценность гуманистического общества – это достоинство и свобода человека. Разработчики концепции «нового гуманизма XXI века» В.Н.Кузнецов и его

последователи В.И.Добреньков, П.А.Цыганков, Р.Г.Яновский, А.С.Капто предложили социологическую концепцию новой Московско-Шанхайской модели миропорядка. Ее методологическим основанием служит геокультурная парадигма понимания мира XXI века как Культуры – Сети. Новый миропорядок предполагает культуру компромисса, культуру консенсуса, культуру согласия. Смысл «нового гуманизма XXI века» – в обогащении, сохранении и развитии человека и общества, в предотвращении опасностей, угроз, рисков, страхов. Носителем этого гуманизма, естественно, должна стать молодежь.

В нашем исследовании мы опираемся на классификацию ценностей Г.В.Осипова, а также классификацию гуманистических ценностей А.С.Ахиезера и С.Я.Матвеевой. Исследование проводилось с использованием методики «Определения ценностных ориентаций» М.Рокича, тестов «Диагностика принятия других (по шкале Фейя)», «Диагностика доброжелательности (по шкале Кэмпбелла)»

Полученные при выполнении теста «Диагностика доброжелательности (по шкале Кэмпбелла)» результаты указывают, что у студентов факультета клинической психологии КрасГМУ был выявлен низкий (24%), средний (36%) и высокий (40%) показатель доброжелательного отношения к другим .

Результаты теста «Диагностика принятия других (по шкале Фейя)» показали, что у студентов был выявлен высокий показатель и средний с тенденцией к высокому принятия других (56%) , и низкий также с средним с тенденцией к низкому показателю принятия других (44%)

Полученные при выполнении методики «Определения ценностных ориентаций» М.Рокича результаты исследования показали, что у студентов преобладают ценности принятия других (52%), такие как: терпимость к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения; честность, искренность; чуткость (заботливость); самоконтроль; широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи и привычки).

40 % опрошенных ставят на 1 место ценности личной жизни, личного благополучия: любовь; наличие хороших и верных друзей; удовольствия; свобода; материальное благополучие.) 8 % опрошенных дали противоречивые результаты, что может свидетельствовать о несформированности системы ценностей, либо о неискренности при выполнении данной методики.

Также, можно констатировать следующий факт, такие ценности, как красота природы и искусства, жизненная мудрость, познание не имеют особого значения для студентов.

В целом по результатам исследования гипотеза о том, что у студентов факультета клинической психологии КрасГМУ гуманистические

ценности являются доминирующими подтвердилась. В иерархии жизненных ценностей на первые места студенты поставили гуманистические ценности: человечность, честность , принятие других, любовь, дружба, верность семье.

Также, в ходе проведенной работы выяснилось, что во – первых, среди гуманистических ценностей на приоритетном месте у студентов остается честность, искренность, а также умение понять чужую точку зрения. Во-вторых, большинство студентов стремится развить в себе деловые качества: уверенность, целеустремленность, независимость, – и только потом духовно-нравственные. Однако в других людях студенты ценят в первую очередь именно те качества, которые мы относим к гуманистическим: доброта, отзывчивость, терпимость, честность и порядочность. На наш взгляд, гуманистические ценности не являются для студентов абстрактным идеалом, к которому необходимо стремиться, а скорее встроены в общий ряд качеств, которыми большинство из них, по их мнению, обладают, что можно считать позитивным моментом. Проблема в том, насколько гуманистичны обстоятельства их жизни, в какой мере обеспечены условия развития гуманистического потенциала личности в процессе получения высшего образования. Вышесказанное обозначает необходимость дальнейших исследований обозначенного феномена и важность акцентуации в учебно-вопитательном процессе на этом направлении развития юношей и девушек в студенческом возрасте.

Список литературы:

1. Волков Ю. Г. Личность и гуманизм. Социологический аспект. – Челябинск, 1995. – 226 с.
2. Непомнящая Н.И. Ценностность как личностное основание. Типы. Диагностика. Формирование. МОДЭК, 2000. – 176 с.
3. Пантилеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. – М.: МГУ, 1991. – 110 с.
4. Шубина О.А. К истории вопроса о понятии «толерантность» / О.А.Шубина // Проблема толерантности в социально-гуманитарном образовании: материалы VII региональной научно-практической конференции 25 декабря 2003 г. – Екатеринбург: Изд-во УрГПУ, 2003. – С. 32-37.
5. Шубина О.А. Гуманизм как социальная ценность / О.А. Шубина // Материалы XI Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов». Выпуск 13. – М.: Изд-во МГУ, 2004. – С. 405-406.
6. Шубина О.А. Образ жизни и ценности современного студенчества (на примере изучения студентов Сургутского государственного уни-верситета) / О.А. Шубина // Северный регион: наука, образование, культура. – 2007. – № 1. – С. 130-135.
7. Шубина О.А. К вопросу о гуманизме в российской философской мысли / О.А. Шубина // Современные гуманитарные исследования. – 2007. – № 6 (19). – С. 102-106.

Подписано в печать 18.11.2013 г.
Бумага офс. 80 г/м^2. Усл. печ. л. 24,41.
Тираж 100 экз. Заказ № 955.

Отпечатано в ООО «Версо».
660079, г. Красноярск, ул. А. Матросова, 30к.
Тел.: 235-04-89, 235-05-89, e-mail: versona24@yandex.ru